



CIEA7 #4:

THE SUFFERING OF MIGRANTS AND REFUGEES OF/IN AFRICA AND THEIR  
CAREGIVERS: NEW MODELS, NEW PRACTICES, NEW ACTORS.

Maria Cristina Santinho<sup>©</sup>

cristina.santinho@gmail.com

**“Podemos pedir abrigo na prisão?”:**

Violência quotidiana e desencontros terapêuticos. Refugiados e  
requerentes de asilo em Portugal (estudo de caso)

*A partir de um Estudo de investigação / acção levado a cabo pela associação Grupo Imigração e Saúde (GIS), sobre a saúde física e mental dos refugiados, pretende-se reflectir sobre os desencontros terapêuticos dos refugiados e requerentes de asilo e o Sistema Nacional de Saúde em Portugal, a partir de um cenário mais alargado de violência estrutural que marca o seu quotidiano e que os empurra para a margem das margens da população migrante.*

*A ineficácia do sistema de integração e a ineficácia do sistema de saúde, constituem-se como duas faces de uma mesma moeda no que respeita à ausência de correspondência dos pressupostos legais de protecção a refugiados determinados pela Convenção de Genebra e a vida de todos os dias no país que supostamente lhes concede asilo mas que dificilmente lhes dá acolhimento.*

*Perante esta situação, que estratégias encontram os refugiados e requerentes de asilo para fazer face aos desencontros sociais e terapêuticos, quando o próprio sistema só tem para lhes oferecer um penso-rápido (bandage) para o sofrimento?*

Refugiados, Saúde, Violência estrutural.

---

<sup>©</sup> CRIA; CEA – ISCTE-IUL. Doutoranda do Departamento de Antropologia do ISCTE-IUL, com bolsa da FCT.

## ESCUTAR, DIALOGAR E AGIR: A EXPERIÊNCIA NO TERRENO

A *Associação Grupo Imigração e Saúde (GIS)* é constituída por cientistas sociais, técnicos de várias instituições e imigrantes que pretendem reflectir sobre a forma como em Portugal se aborda a questão da saúde nas diversas vertentes relacionadas com a população imigrante. No ano passado – em 2009 portanto – esta associação desenvolveu um projecto de investigação / acção<sup>1</sup> sobre uma população migrante muito específica e minoritária em Portugal: os refugiados e requerentes de asilo. Convém desde já clarificar que estes não são apenas de origem africana, se bem que a maioria de facto o é, provindo de países como a Guiné Conakry, Somália, República Popular do Congo, Costa do Marfim, Mauritânia, Eritreia, Camarões ou Nigéria, para referir apenas alguns.

Até ao momento da realização deste estudo, a saúde dos refugiados e requerentes de asilo, nunca tinha sido alvo de reflexão aprofundada em Portugal. Apesar de, segundo as narrativas manifestadas pelos próprios refugiados<sup>2</sup>, a saúde não ser efectivamente uma das suas preocupações prioritárias, o sofrimento físico e mental contudo, plasma-se no modo como vivem o seu quotidiano, desde o momento da fuga dum lugar de guerra e conflito ao qual não podem regressar sob pena de perderem as suas vidas, passando pelas longas e tortuosas viagens erráticas em busca de um lugar para viver em paz, até finalmente chegarem (muitas vezes involuntariamente) a Portugal, país que a maioria desconhece e do qual não possui quaisquer referências geográficas, socioculturais, linguísticas ou sequer, redes familiares ou sociais que lhes sirva de conforto e apaziguamento.

Após a recepção dos refugiados e requerentes de asilo no Centro de Acolhimento da Bobadela (instalações de acolhimento pertencentes ao Conselho Português de Refugiados), e de acordo, por um lado, com o enquadramento legal previsto nas condições de acolhimento e, por outro lado, dos protocolos existentes

---

<sup>1</sup> O resultado deste projecto está publicado e intitula-se: *“Quando não existe uma segunda casa: estudo sobre a saúde dos Refugiados numa Perspectiva de Vulnerabilidade”*. Foi financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e pelo Fundo Europeu para os Refugiados (FER).

<sup>2</sup> No texto refiro-me essencialmente ao termo “refugiados”, apenas como simplificação de linguagem. Contudo há que referir que desde que se endureceram as políticas de controlo de fronteiras nos Estados Unidos da América, em particular após o “11 de Setembro”, e também na União Europeia, os Estados aumentaram a suspeita da existência de “falsos refugiados” (não correspondendo supostamente ao perfil descrito na Convenção de Genebra de 1951). Como consequência foi criada a figura jurídica de “requerentes de asilo”, sendo que a estes não está garantida a permanência no país onde solicitaram protecção, nem a documentação que lhes permitiria integrar-se mais facilmente na sociedade. Muitos destes “requerentes de asilo”, ao fim de algum tempo, acabam por ser empurrados pelas políticas burocráticas de asilo, para as fileiras dos imigrantes indocumentados ou ilegais.

entre o CPR e as instituições de saúde públicas ou privadas que prestam na prática apoio de saúde aos refugiados e requerentes de asilo e apesar de legalmente estar salvaguardado o acesso dos refugiados e requerentes de asilo ao Serviço Nacional de Saúde, na prática, a acessibilidade é dificultada, pelas seguintes razões principais:

1) Desconhecimento geral por parte dos técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos) dos hospitais e centros de saúde sobre o que significa ser refugiado, para além do desconhecimento do estatuto legal que lhes garante o apoio e o acesso gratuito à saúde;

2) Barreiras linguísticas e culturais que impedem na consulta (de saúde física ou mental) o diálogo entre o médico e o paciente;

3) Ausência de um serviço de mediação e acompanhamento dos refugiados à consulta;

4) Desconhecimento do modo como funciona o SNS por parte dos refugiados e falta de informação disponível em diversas línguas nesta matéria: a quem se devem dirigir, porque têm que esperar tanto tempo para serem atendidos quando estão em sofrimento;

5) Inexistência de explicação efectiva sobre a função e a toma de medicamentos prescritos: esta situação verifica-se também em parte pela ausência de um sistema articulado, ou estruturado, entre os diversos serviços de saúde física ou mental que prestam apoio a este grupo alvo e o próprio CPR;

6) Ausência de reconhecimento do significado médico, social, cultural e simbólico desses serviços: muitos refugiados são provenientes de contextos nacionais onde não existe um serviço nacional de saúde organizado e estruturado, recorrendo exclusivamente a curandeiros ou terapeutas tradicionais a quem reconhecem exclusiva autoridade para tratar a doença e obter a cura). A este respeito, afirma Mollica (1988; pp: 300): *Os pacientes refugiados procurarão um sistema de saúde que vá ao encontro das expectativas culturais e do sistema tradicional, bem como com a sua história do trauma. Os utentes estão pouco familiarizados com a psiquiatria ocidental e os cuidados prestados ao nível de saúde mental. De um modo geral, os sintomas físicos são tratados no âmbito de médicos ou de médicos tradicionais (curandeiros), ao passo que os sintomas emocionais são tratados pela família, amigos e líderes religiosos.* Efectivamente, no nosso estudo constatámos que alguns dos refugiados após algum tempo de permanência na Bobadela, dirigiam-se ao centro de Lisboa com o objectivo de procurarem junto de outros imigrantes algumas das ervas e ingredientes com o fim de curarem alguns dos sofrimentos que os atormentavam, nomeadamente ervas para a dor de estômago ou dor de cabeça.

7) Incapacidade (reconhecida) por parte do SNS de prestar serviços de saúde singulares e culturalmente adaptados às características e necessidades específicas dos refugiados;

8) Inexistência de formação básica sobre saúde mental dos refugiados, por parte dos técnicos da instituição de acolhimento (CAR) e, de um modo geral, inexistência de serviços de saúde culturalmente competentes. Esta ausência de formação, leva a que os técnicos de serviço social desta instituição reencaminhem preferencialmente os requerentes de asilo para as consultas de psiquiatria com base em critérios demasiado subjectivos e que têm essencialmente que ver com alguma manifestação de inquietação ou maior agressividade dos mesmos face às orientações logísticas dadas pelos próprios técnicos ou em relação a outros requerentes de asilo com quem compartilham o mesmo espaço de acolhimento.

Assim, um dos objectivos deste projecto, era efectivamente o de explorar os desencontros entre as políticas de saúde portuguesas que na lei, lhes salvaguarda o direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, e uma realidade que está ainda muito, muito longe, de poder responder às necessidades concretas de cada homem, mulher, menor não acompanhado ou refugiado em Portugal. O propósito não era só o de compreender esse desencontro, era também e principalmente o de poder proporcionar aos próprios refugiados que nos procurassem nas instalações disponibilizadas para o efeito no Centro de Acolhimento da Bobadela, um serviço que pudesse ajudar a ultrapassar algumas ansiedades de saúde, originadas por possíveis situações de trauma vividas no passado, mas essencialmente e pelo que vimos a constatar, por ansiedades concretas ancoradas no presente, eixos de angústia em torno da possibilidade de o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras não lhes revalidar o título de residência por razões humanitárias, ou de não lhes ser atribuído o subsídio necessário para assegurar uma casa e condições para viver, ou de não encontrarem um trabalho digno e remunerado, tendo em conta os seus conhecimentos e saberes, ou ainda de não conseguirem comunicar com o médico ou o psiquiatra que os atende no Centro de Saúde ou noutra instituição, mas que não tem tal como vimos, a formação ou a sensibilidade necessária para poder compreender os seus sofrimentos e ansiedades específicas.

Estes desencontros terapêuticos, estas esperas sistemáticas por soluções que dificilmente vêm ao encontro das suas necessidades quotidianas vai-os afastando cada vez mais, da oportunidade de sentirem que podem contribuir tal como

desejariam, para a sociedade que lhes dá asilo, mas dificilmente lhes dá oportunidades de integração e perspectivas de vida condigna no futuro.

Esta investigação pretendeu ser também uma “solidariedade pragmática” (Agier: 2008) no sentido em que no escasso tempo da sua duração: 1 ano de vigência e 5 meses de trabalho efectivo junto dos refugiados e requerentes de asilo, foi constituída uma equipa interdisciplinar – da qual fizeram parte antropólogas, psicólogas, enfermeiras e sociólogas –, sensibilizada para contextos transculturais, e com experiência de trabalho efectivo junto das populações imigrantes e que para além das consultas de enfermagem, ou da mediação e acompanhamentos dos refugiados junto aos médicos do Serviço Nacional de Saúde, procurava eliminar barreiras linguísticas e culturais, disponibilizava tempo para a partilha das experiencias, das angústias ou das dúvidas tanto na saúde como principalmente dos labirintos burocráticos e institucionais da sociedade de asilo.

Durante o tempo de intervenção deste projecto no terreno (5 meses), foram acompanhados pela equipa 50 requerentes de asilo: 11 mulheres e 39 homens, (sendo que destes, 7 eram menores de 18 anos), equivalendo a um total de 249 atendimentos. Estavam representadas 17 nacionalidades diferentes, correspondentes a 22 idiomas sendo os mais representativos os Maninké e Pullar, ambos da região da África Ocidental. Como acontece também com os outros centros de acolhimento e asilo no espaço europeu, a heterogeneidade dos refugiados reflete-se igualmente na diversidade religiosa (dos refugiados acompanhados pelo projecto, 46% eram muçulmanos, 22% católicos de várias origens, mas também hindus e ortodoxos por exemplo) e também diversidade profissional entre as quais surgem por exemplo: administradores, camponeses, bancários, militares, professores, pescadores, entre muitas outras.

O espaço de escuta e consulta de enfermagem localizava-se como já foi dito, na Bobadela, a poucos km de Lisboa, nas instalações do Centro de Acolhimento de Refugiados (CAR), parte integrante do Centro Português para os Refugiados (CPR), a única instituição laica reconhecida pelo ACNUR e pelo Estado português para o acolhimento transitório de requerentes de asilo e refugiados reinstalados e que tem capacidade para acolher cerca de 34 refugiados, distribuídos por 8 quartos. A permanência limite dos requerentes de asilo é de 3 meses, excepto no caso da existência de menores não acompanhados que permanecerão no CAR até atingirem os 18 anos.

Se bem que todas as consultas de enfermagem da equipa do projecto se realizaram num gabinete no interior das instalações do CAR, a escuta e o acompanhamento dos refugiados estendeu-se frequentemente para além deste local. Uma das funções das antropólogas e da psicóloga era o de acompanhar os requerentes de asilo ao Centro de Saúde, ao Hospital, mas também aos diversos locais onde os requerentes de asilo necessitavam de se dirigir para tratar de algumas questões relacionadas com a sua presença em Portugal, como por exemplo: contactar com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras ou estabelecer contactos telefónicos com os donos de casas ou quartos para alugar<sup>3</sup>.

As entrevistas no SEF e o aluguer de casa ou quarto eram fontes permanentes de angústia. As primeiras porque dela dependiam a permanência em Portugal com direito a documentos que validassem a sua presença como “*residentes por razões humanitárias*”<sup>4</sup> e o medo constante da possibilidade da deportação, a segunda porque lhes é exigida a saída do Centro de Acolhimento logo três meses após a chegada ao mesmo o que provoca enorme ansiedade, num contexto em que não existe para a maioria, família ou rede sociais de apoio que lhes apazigúe a aflição.

Pelos resultados do trabalho de campo efectuado pela equipa do projecto, constatámos que a simples existência de um espaço com técnicas não associadas ao CPR nem ao SEF mas que estavam ali inteiramente disponíveis para os ouvir e tentar resolver algumas das suas preocupações e sofrimentos, representou aparentemente um benefício para o seu bem-estar. Foram bastante recorrentes os casos em que homens e mulheres refugiadas entravam no gabinete sem aparente motivação específica relacionada com a saúde e aí permaneciam partilhando as suas preocupações ou dúvidas, o que acabou por facilitar a abordagem no campo da saúde. A escuta das narrativas sem barreiras linguísticas, culturais ou de tempo, respeitando sempre os momentos de silêncio, sem pressão de horários ou de nº de atendimentos cumprido (como acontece na consulta do Centro de Saúde), foi sem dúvida alguma, um dos principais motivos da confiança que os refugiados depositaram na equipa do projecto. Para a escuta voluntária dessas narrativas, também contribuiu

---

<sup>3</sup> Importa a meu ver referir a seguinte questão: apesar de desconhecerem o país, a língua e as instituições portuguesas, os refugiados por indicação dos técnicos do CPR, fazem os percursos entre o CAR e essas mesmas instituições sem usufruírem do acompanhamento do pessoal desta instituição.

<sup>4</sup> Na última década, em particular após o “11 de Setembro”, as políticas de endurecimento do controlo de fronteiras nos Estados Unidos e também na Europa, centraram-se na suspeita da existência de *falsos refugiados* que se faziam passar por refugiados sendo que seriam maioritariamente imigrantes económicos. O conceito de “*residentes por razões humanitárias*”, veio assim substituir em grande parte o conceito de *refugiado*, pelo que a maioria destes nunca atinge o verdadeiro estatuto de *refugiado*, mas sim o de *requerente de asilo*.

a necessidade constante dos residentes em serem ouvidos e principalmente esclarecidos pelas técnicas de serviço social do CAR. Muito pouco disponíveis pela pressão do trabalho, apenas dedicavam um dia por semana para os atendimentos solicitados pelos residentes. As filas de espera iam-se prolongando por todo o dia e uma porta trancada com código de acesso barrava a entrada dos residentes para a área de atendimento. Ao contrário, a porta de entrada do gabinete do projecto sempre aberta para que os refugiados pudessem entrar a qualquer hora e falar sobre qualquer assunto, contribuiu para a facilidade de comunicação e escuta das suas narrativas e esclarecimento das dúvidas e ansiedades que estes nos quisessem colocar.

As manifestações mais frequentes de sofrimento físico apresentadas pelos refugiados à equipa de enfermagem do projecto oscilavam entre problemas cardíacos (arritmias), dores de cabeça intensas, dores de estômago, insónias, sensação de medo ou pânico, alterações menstruais e problemas dermatológicos. Do ponto de vista da avaliação clínica decorrente destas manifestações, previamente diagnosticadas pelos médicos e acompanhada pela nossa equipa de enfermeiras, foi também possível intervir aliviando nalguns casos os sintomas decorrentes das perturbações apresentadas. O apaziguamento de alguns destes sintomas, decorreu em parte da mediação efectuada entre médicos e refugiados efectuado pelas antropólogas no contexto de consulta no Centro de Saúde, em simultâneo com a explicação sobre a função dos medicamentos e acompanhamento diário da toma dos mesmos efectuado pelas enfermeiras da equipa.

Depreendemos contudo da eventualidade de estes sintomas voltarem a surgir posteriormente, pois como constatámos, é necessário muito mais do que a simples prescrição medicamentosa ou terapêutica, quando o verdadeiro problema surge num espectro muito mais amplo de sofrimento mental e social, como a incerteza quanto ao modo de vida depois da saída do Centro de Acolhimento. Seguramente, serão conseguidos resultados mais positivos se o enfoque incidir não meramente na observação da doença do ponto de vista da patologia, mas na experiência da doença sentida pelo refugiado e analisada por equipas terapêuticas multidisciplinares, tendo em conta o contexto político e social em que as suas vidas se desenrolam. Efectivamente, como afirma Paul Farmer (2004), *“Uma falha na compreensão dos processos sociais, conduz a falhas no processo analítico, com uma significativa implicação nas políticas e práticas de saúde”*.

As metodologias efectuadas neste estudo, foram sobretudo de carácter antropológico, com recurso à observação participante, em particular no acompanhamento de refugiados à consulta médica mas também nos espaços de convívio do Centro de Acolhimento, realização de entrevistas semi-directivas centradas preferencialmente no eixo da saúde, “escuta-activa” (*active-listening*), recolha de histórias de vida, elaboração e aplicação de questionários que permitissem quantificar o número e a caracterização pessoal de pessoas alvo deste estudo – mulheres, menores não acompanhados e refugiados reinstalados<sup>5</sup>.

Em relação ao trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem, é de assinalar que os rastreios e intervenção de alguns tratamentos de saúde foram delineados para serem aplicados à totalidade da população residente durante a aplicação do estudo e que voluntariamente se dirigissem ao gabinete do projecto, no Centro de Acolhimento. Complementarmente, foram feitos encaminhamentos para o Serviço Nacional de Saúde sempre que foram detectados problemas específicos que necessitassem de observação / tratamento médico seguido do posterior acompanhamento já no gabinete do projecto.

Uma reflexão possível resultante da aplicação de uma destas metodologias implica necessariamente uma auto-crítica e resultou da análise da dificuldade que a equipa sentiu na tentativa de aplicação dos questionários previamente preparados. Estes, não foram sempre a melhor solução para avaliar o estado de saúde dos refugiados, ou sequer a pertinência desta temática nas condições de asilo. A forma de contornar esta situação em projectos futuros, envolve, de acordo com o observado, propor uma abordagem terapêutica adaptada às reais necessidades dos refugiados e requerentes de asilo e obriga a que as premissas e as metodologias de investigação utilizadas permitam a expressão e participação da pessoa, sendo que tal só pode acontecer através de uma escuta completamente livre do que a mesma nos deseja comunicar, conciliando novas metodologias com a pressão da necessidade de apresentar resultados numéricos, por parte de uma das entidades financiadoras.

De igual modo, apresentar contradições sobre as falhas nos Serviços de Saúde orientadas para os refugiados, ou de modo mais lato, sobre as falhas aos direitos consagrados na lei que protege os refugiados, e de um modo mais geral, os imigrantes, não é resolver essas mesmas contradições. É necessário encontrar novas

---

<sup>5</sup> O conceito de *refugiados reinstalados*, corresponde a pessoas que já adquiriram o estatuto previamente à entrada em Portugal, mas que por alguma razão não puderam permanecer nesse país. São várias as razões para que tal aconteça. As principais relacionam-se com a pressão demográfica no 1º país de asilo (como é o caso de Malta, por exemplo) ou a falta de condições de saúde para garantir a sobrevivência. Efectivamente, durante o tempo do nosso projecto, uma das famílias de refugiados reinstalados vinha já de um campo de refugiados na Tanzânia. Pelas terríveis condições de saúde em que se encontravam, tiveram que ser evacuados do Campo, tendo sido negociada com o ACNUR a sua vinda para Portugal.



abordagens culturalmente competentes que abram espaço a parcerias efectivas entre as instituições públicas e privadas, as associações e os próprios refugiados e requerentes de asilo que, melhor do que ninguém conhecem as suas reais necessidades.

### **Uma história de desencontros...**

A temática da saúde dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, está como disse, carregada de desencontros, contradições e desatenções que colocam em ruptura um sistema de saúde público ou privado com as necessidades sentidas pelos sujeitos em análise e portanto, pelo contexto social e político que determina o asilo em Portugal. Esses desencontros derivavam também, da posição hegemónica que a bio-medicina exerce em Portugal, pouca adaptada à diversidade e outras noções de sofrimento e mal-estar resultantes não necessariamente de factores físicos ou mentais, mas de violências quotidianas passadas e presentes a que estão sujeitos os refugiados no seu processo de *inclusão* na sociedade portuguesa. Para estes, claramente, a procura de cuidados de saúde, é acima de tudo, um pedido de atenção, de reconhecimento e de cidadania, estando longe de a assumir como uma necessidade prioritária.

A antropologia médica crítica – foco teórico deste texto – tem a particularidade de estar mais atenta às determinantes estruturais e às relações de poder que estão na base dos problemas de saúde, isto é: dá particular atenção científica ao contexto social e político em que as problemáticas da saúde emergem, através da observação das dependências que vinculam a estrutura de saúde de cada contexto nacional, às lógicas globais dos sistemas sociais por um lado, e por outro aos conflitos pessoais e grupais que podem emergir dessas dependências ou desencontros. A inadequação de cuidados de saúde resultará em parte, das lógicas de poder de um sistema biomédico que reflecte as próprias lógicas estruturais da sociedade: o médico surge na maioria dos casos, como autoridade incontestável, versus o paciente “vítima”, “vulnerável” e “ignorante” quanto aos seus padecimentos. Nas palavras de Pussetti (2009; pp21): “As interpretações do sofrimento apelam a uma consciência da história do discurso que as elabora, e o seu contexto é sempre o das relações de poder locais: um posicionamento crítico considera necessariamente as práticas e estratégias terapêuticas no interior das relações de força que as geram e sustentam, avaliando a posição dos interlocutores e a ideologia veiculada pelas categorias diagnósticas”. Efectivamente, uma resposta recorrente escutada nas entrevistas sobre o estado de saúde era:

Eu antes tinha sentia-me bem, nunca tive problemas. Mas agora, sinto-me mal. O meu corpo está fraco. Não consigo dormir nem comer. Estou sempre a pensar como é que vou conseguir trabalho para mandar dinheiro para a minha família que ficou lá. Eu tinha uma boa vida até que tive que fugir para não me matarem... Ninguém me dá trabalho aqui.

Ou num testemunho recolhido por um refugiado ex-funcionário de uma organização de direitos humanos no Congo, que já havia saído do Centro de Acolhimento há alguns meses:

O subsídio<sup>6</sup> que me dão, não dá para pagar o quarto, comer e pagar os transportes para andar à procura de trabalho. Às vezes penso: fugi das balas, mas aqui morro todos os dias mais um bocadinho. De que me serve ter asilo se não consigo sobreviver com dignidade? Já pensei em pedir asilo numa prisão. Aí temos cama e temos comida...A liberdade não me serve de nada se não tenho trabalho nem dinheiro para viver... Fazem de nós vítimas à força.

A condição de refugiado ou requerente de asilo, definido juridicamente e socialmente como diferente do estatuto de imigrante, faz com que a forma de se relacionarem no contexto de asilo os coloque aqui em Portugal, num limbo de ausência de reconhecimento e até indiferença por parte da sociedade de acolhimento, assumindo todos eles, refugiados e requerentes de asilo com os quais trabalhei, uma narrativa de sofrimento e verbalização de vitimização assumida pelos próprios, sempre associada à sua condição de asilo, ainda que referindo igualmente que essa vitimização lhes é imposta pela sociedade portuguesa, nas violências quotidianas plasmadas na incessante procura por um emprego ou no apelo ao reconhecimento social das suas capacidades criativas e dos seus saberes para a sociedade que lhes deu asilo, mas que lhes nega oportunidades.

Assim, a violência simbólica e discriminatória que está na base dos cuidados de saúde dos refugiados e imigrantes faz parte de um contexto mais alargado, em que a violência possui uma complexa relação com as políticas de cidadania e de direito humanos.

Vários autores (Christie, 2008; Joop, 2002; Silove, 2005; Farmer, 2004) referem-se à violência e ao trauma por ela provocado, não apenas como um episódio dramático e pontual retido no passado, mas fundamentalmente como algo estrutural – resultando de um confronto crónico com o bem estar dos seres humanos, localizado

---

<sup>6</sup> O subsídio deste refugiado é de 187€ mensais.

por vezes em instituições capazes de provocar o mal ou a morte lenta (ainda que involuntariamente ou inconscientemente) através da impossibilidade de deixarem estes usufruir de uma satisfação básica das suas necessidades. Deste modo, a violência estrutural é o resultado do modo como as instituições estão organizadas, avessas à mudança e rápida adaptação às necessidades de grupos particulares ou ainda como resultado das recentes políticas internacionais que cada vez mais, barram o acesso e a integração de refugiados sob a suspeita (infundada) de "invasão massiva" das fronteiras europeias.

Salvaguardar a existência de estudos no domínio da saúde e dos direitos humanos, que prezem as diferentes subjectividades relativas ao corpo e à mente dos pacientes e em particular os processos políticos, económicos e sociais que definem o universo da sua vida actual, implica também, evitar a criação de processos hegemónicos que dominem os indivíduos através de desequilíbrios de poder entre a sociedade de asilo e aqueles que a procuram.

A proposta da antropologia médica (Good, Kleinman, Brodwin) sustenta uma outra perspectiva da doença, ou sofrimento, afirmando que estes pertencem a um universo de representações colectivas e não individuais, não constituindo portanto uma entidade, mas sim um modelo explanatório que necessita dialogar com outros factores como sejam a experiência subjectiva do paciente inserido num determinado contexto social: "*Disease belongs to culture, in particular to the specialized culture of medicine. And culture is not only a mean of representing disease, but is essential to its very constitution as a human reality.*" (Good: 1994 pp53). A antropologia médica através da aplicação do seu método de estudo etnográfico, estará pois em condições de fornecer elementos de proximidade, de forma a dialogar com a cultura da própria bio-medicina, ampliando para ambas as partes (médico e paciente) o espectro de conhecimentos sobre os determinantes socioculturais da saúde. A inclusão de representações das experiências e linguagens locais sobre corpo, doença e sofrimento é um dado crucial para a reconfiguração da saúde / doença no discurso médico e dos debates sobre as políticas da saúde, num contexto em que a própria verbalização do sofrimento é condicionado por factores tão complexos como o idioma, a cultura, ou o eventual trauma, como é o caso dos refugiados e requerentes de asilo. Neste caso específico dos refugiados, assistimos efectivamente a uma *décalage* entre os idiomas do sofrimento físico ou mental condicionadas culturalmente e socialmente (também por motivos políticos, e económicos) e a usual linguagem médica ou psicológica,

frequentemente hermética e portanto manipulável por quem a domina sem a descodificar, alargando assim o fosso de entendimento entre médico e cliente.

A partir da realidade encontrada em múltiplos terrenos, a proposta que Farmer (2004) faz para alterar este *status quo* baseia-se na ideia de que é necessário avançar com novas estratégias que envolvam transversalmente desde os decisores políticos de organizações como a Organização Mundial de Saúde (WHO), até às pessoas necessitadas de apoio médico. Do mesmo modo, poderemos afirmar que a metodologia de *escuta* aplicada aos requerentes de asilo e refugiados desvela uma realidade em que são principalmente os factores de sobrevivência quotidiana o motivo prioritário pelo qual os refugiados sofrem, relegando para segundo plano as suas preocupações sobre saúde.

### **A hegemonia dos modelos médicos no contexto nacional**

O modelo médico tem sido usado na construção social da realidade dos problemas sociais, através da conotação moral da doença que sublinha a percepção humanitária do doente como vítima, sendo que o efeito da medicalização dos problemas públicos acaba por ser a sua despolitização. No meu entender, esta questão é também levantada no tratamento dos refugiados em Portugal, na medida em que o enfoque dos seus sofrimentos físicos ou mentais é desprovido de uma aproximação ao seu passado histórico e presente, configurado fundamentalmente por razões políticas de atentados aos direitos humanos ou também por políticas de saúde nacionais que obliteram o contexto mais alargado da sua história de vida.

A construção social da doença é pois mascarada pelas “evidências” bio-fisiológicas que analisadas *per se*, não configuram necessariamente uma doença – em particular no domínio da saúde mental dos refugiados – sendo que as doenças são essencialmente, segundo Conrad e Shneider (1992), construções sociais: “ *Illness and disease are human constructions; they do not exist without someone proposing, describing, and recognizing them*”. (1992: 30). Ainda de acordo com estes autores, todas as desordens mentais funcionais não possuem uma evidência fisiológica que lhes corresponda. Contudo, são definidas e tratadas como doenças. A este propósito considero pertinente estabelecer um paralelo com a visão de Fassin, ao reportar-se à excessiva patologização do trauma dos refugiados, ainda que no caso francês se registre o oposto do que Conrad e Schneider propõem, na medida em que por exemplo em França, existe de facto uma apropriação política da doença para efeitos de atribuição do estatuto de asilo, o que não acontece por enquanto em Portugal.

Desse modo, quando a doença ou mal-estar é deficientemente entendida, tal pode resultar de um agravamento da situação do próprio doente, em particular quando o seu estado de enfermidade resulta de um mal-estar social. Os modelos médicos ocidentais, assumem-se também como tendo uma base científica e portanto são encarados tanto pela comunidade científica como pela maioria dos utentes com neutralidade ou isenção moral, mas acima de tudo com legitimidade de diagnóstico ou intervenção clínica. Não são considerados como contendo juízos de valor, políticos ou económicos, mas sim como resultantes de condições racionais, cientificamente provadas e portanto indiscutíveis. É esta hegemonia de modelos médicos que em parte justifica a ausência de um enfoque social e cultural nos cuidados de saúde dos refugiados. Os cuidados médicos são repetidamente deixados a cargo exclusivo dos médicos do Centro de Saúde, hospitais ou consultório psiquiátrico, sem que haja como vimos anteriormente, uma articulação estruturada e permanente com as entidades responsáveis pelo seu acolhimento (CPR/CAR), o que explica em parte, a descontinuidade dos tratamentos por parte dos refugiados que, não lhes reconhecendo por si só o alívio ou a eficácia desejada, são relegados para segundo plano e rapidamente substituídos pela necessidade de procurar trabalho, ou teto para dormir.

Garantir os direitos através da lei (como acontece em Portugal relativamente às mesmas condições de acesso que os cidadãos nacionais), não é só por si suficiente, como já vimos. O *estado de negação* (“*states of denial*”) que sugere Cohen (2001), encontra-se por exemplo, na ausência de cuidados de saúde culturalmente competentes que, acima de tudo, tenham em consideração a necessidade de providenciar condições mínimas de bem-estar, para minorar o sofrimento, como o direito ao trabalho, o direito a reconstituir as suas redes familiares, o direito a decidirem eles próprios as suas trajectórias de vida. Estes direitos, não serão suficientes, apenas porque estão consagrados na lei. Precisam ser efectivos para que constituam por si próprios uma barreira contra o sofrimento.

A saúde surgirá dependendo de dois factores fundamentais: garantindo políticas que de modo pragmático reconheçam que a necessidade de implementar na prática o que está escrito na lei relativa a efectivação da possibilidade de encontrarem trabalho, casa, reconstituírem as suas redes familiares e de amizade, enfim, serem cidadãos de pleno direito e em paralelo, no contexto restrito do cuidado físico e mental, desenvolvendo projectos e acções que dentro e fora do Estado, se foquem nas idiosincrasias de cada pessoa, na sua história de vida, na história de sofrimento,

nos seus próprios conhecimentos, interpretações e soluções para o mal-estar, e essencialmente na sua capacidade de resiliência. Consideramos esta não somente na sua capacidade de adaptação mas essencialmente de transformação, dando sentido à aptidão para encontrarem formas de resistência e luta pela concretização do que está previsto na lei de asilo portuguesa, mas que dificilmente se traduz em realidades concretas.

### **Saindo da invisibilidade**

Finalmente, perante este cenário, e já fora do contexto do projecto enunciado, pretendo apresentar algumas pistas que nos ajudem a entender de que modo os refugiados e requerentes de asilo que permanecem em Portugal<sup>7</sup> encontram algum apaziguamento para a sua situação de vítimas de uma violência directa no passado e também estrutural no presente.

Uma das mais prementes necessidades, é encontrarem aqui um sentido de pertença, de grupo ou comunidade, enfim, um ensaio de rede social. Se bem que estes últimos conceitos estão amplamente debatidos no seio das ciências sociais, aqui apenas pretendo ilustrar alguns modos como os refugiados tentam criar visibilidade social através da expressão dos seus sentimentos e também reivindicações. O primeiro e mais visível elemento manifesta-se através do envolvimento de vários refugiados (17 pessoas de 12 nacionalidades diferentes) no *Grupo de Teatro "Refugiacto"*<sup>8</sup>. Desde a sua formação, a meu ver, tem tido um papel fundamental na tentativa de construção de um sentido de grupo, de criação de uma identidade, de partilha de memórias, sonhos, receios, alegrias, frustrações, conquistas. O *Refugiacto*, tem dado aos refugiados a possibilidade de saírem da invisibilidade a que a sociedade tantas vezes os vota, através da criação e partilha de actos cénicos não só poéticos e culturais mas também de intervenção política e crítica social. Para além de ao longo destes 6 anos terem feito inúmeras apresentações das suas peças em muitos palcos formais e informais pelo país fora, saliento ainda o facto de as suas peças serem normalmente acompanhadas de tertúlias em que se debate o tema dos refugiados aproveitando assim para esclarecer um pouco mais o público que os escuta. As peças encenadas são sempre o resultado consensual de um longo e importante debate em

---

<sup>7</sup> Muitos requerentes de asilo (eventualmente a maioria), sobretudo os mais jovens, desaparecem repentinamente e sem aviso do CAR, ou mesmo do contacto periódico com o SEF ou com a Santa Casa da Misericórdia (instituição pública parceira do CPR e que é a responsável pela atribuição do subsídio). Este "desaparecimento" atribui-se sobretudo ao facto de viajarem clandestinamente para os países europeus onde pelo menos parte da sua família reside como imigrante, tentando assim reatar as redes sociais anteriormente perdidas.

<sup>8</sup> Este grupo de teatro foi criado em 2004 pela professora Isabel Galvão, também responsável pelas aulas de português no CAR. Um dos mais recentes encenadores é o refugiado iraniano Davoud Ghorbanzadeh, encenador e ex-professor de teatro na Universidade de Teerão.

várias línguas entre os membros do grupo de teatro, e acabam por representar os problemas, as angústias e por vezes as perplexidades que vivem os refugiados na tentativa de integração na sociedade portuguesa. Peças como “Aqui”, “Ecos de Esperança” e “Abrigo”, para além de um sketch sobre as dificuldades sentidas pelos refugiados nos “desencontros terapêuticos” num cenário de consulta com os médicos no Centro de Saúde em Portugal, dão visibilidade às suas experiências, aflições e esperanças e são a meu ver, mais do que um lugar de partilhas e solidariedades entre os membros do grupo de teatro, um verdadeiro acto terapêutico encontrado não no consultório de um psiquiatra, mas num ambiente seguro e empático. A partilha das suas histórias de vida faz-se também num lugar onde acreditar que a história traumática de cada um, pode também transformar-se numa nova história já não de humilhação e sofrimento, mas de prazer e orgulho. Enfim, a oportunidade de recriar uma nova vida em liberdade e dignidade.

Por último, um novo exemplo onde a resiliência pode também favorecer a transformação e a reivindicação de novas condições de integração por parte dos refugiados e requerentes de asilo, é o da recém formada Associação de Refugiados em Portugal. Constituída por requerentes de asilo de várias proveniências geográficas, é a meu ver, o primeiro símbolo de verdadeira liberdade de expressão e agencialidade, através da recusa da vitimização que a maioria das instituições teima em lhes colar. Num artigo de Edward Said publicado em 1984 e citado por Ilana Feldman (2208), este chamava a atenção para o facto de que os refugiados palestinianos não tinham “*permissão para narrar*”; isto é, não tinham espaço para contar as suas histórias, ou fazer as suas próprias reivindicações. Do mesmo modo que os refugiados palestinianos, também os refugiados portugueses não tiveram até agora, um modo de se expressarem livremente na sociedade portuguesa, uma vez que a sua voz tem estado condicionada e controlada pelas instituições representantes de um discurso hegemónico e que têm a cargo a sua suposta integração. Para tal contribui também o facto de em Portugal, ao contrário de muitos outros países onde os refugiados se constituem em comunidades e possuem as suas próprias identidades salvaguardadas pelas redes sociais de pertença, aqui e tal como referi anteriormente, essas comunidades não existem (os refugiados são de proveniências muito heterogéneas e em número muito reduzido).

A criação da Associação de Refugiados em Portugal, pode vir a constituir-se assim como um primeiro espaço real e simbólico em que os refugiados desenvolvem agencialidade através de projectos e acções que venham ao encontro das suas

necessidades e de acordo com as suas capacidades e aspirações. É através da (relativa) autonomia que uma organização destas proporciona que se podem romper as primeiras barreiras de acesso e produção de poder, entendendo este aqui meramente, como o simples acto que pode permitir sair da marginalização social. Esta tentativa de colectivo destaca-se ainda pela heterogeneidade dos refugiados que a constituem, ou seja, configura-se como um processo de construção social pela diferença. A construção de uma identidade múltipla, resultante de uma tentativa de fuga do espectro do trauma e da violência estrutural.

## BIBLIOGRAFIA

- Associação Grupo Imigração e Saúde; 2009: "Quando não existe uma segunda casa: Estudo sobre a Saúde dos Refugiados numa Perspectiva de Vulnerabilidade".
- Cohen, Stanley. 2001; *States of denial: knowing about atrocities and suffering*; Ed: Wiley-Blackwell
- Conrad, P.; Schneider, J.; 1992: *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* : Edition: 2; Edição de Temple University Press
- Delvecchio, [Mary-Jo Good](#), [Paul E. Brodwin](#), [Arthur Kleinman](#), [Byron J. Good](#): 1994; *Pain as Human Experience: an Anthropological Perspective*; University of California Press
- Farmer, Paul; 2004; *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*; Editora: University of California Press
- Feldman, Ilana; 2008: "Refusing Invisibility: Documentation and Memorialization in Palestinian Refugee Claims". In: *Journal of Refugee Studies* Vol. 21, No. 4; The Author [2008]. Published by Oxford University Press. (PDF)
- Good, Byron; 1994; *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*; CambridgeUniversityPress.
- Mollica, Richard; 1988; *The Trauma Story: Refugee Survivors of Violence and Torture*, mMazel Publishers, New York.
- Pussetti, Chiara; 2009: *Migrantes e Saúde Mental: a Construção da Competência Cultural*, Estudo 33 da Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, OI, ACIDI, Lisboa.
- Silove; Dereck, 2005: "The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma", *Toward an Integrated Conceptual Framework*.