



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Narrativas de identidade e saúde mental em contexto migratório:
Perspetivas da antropologia médica e da psiquiatria cultural

Maria Conde Moreno

Mestrado em Antropologia

Professora Doutora Catarina Lopes Oliveira Fróis
Professora Associada com Agregação
Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025



CIÉNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Antropologia

Narrativas de identidade e saúde mental em contexto migratório:
Perspetivas da antropologia médica e da psiquiatria cultural

Maria Conde Moreno

Mestrado em Antropologia

Professora Doutora Catarina Lopes Oliveira Fróis
Professora Associada com Agregação
Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025

Agradecimentos

Esta dissertação foi escrita enquanto me encontrava em situação de migração temporária a realizar um estágio de psiquiatria cultural em Montreal. Os meus agradecimentos dividem-se, por isso, entre os dois lados do Atlântico.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Catarina Fróis, minha orientadora de dissertação. Desde o momento em que lhe apresentei o tema, mostrou interesse e entusiasmo em acompanhar de perto o desenvolvimento do trabalho. A sua disponibilidade constante e a paciência com que me lembrava, vezes sem conta, que “isto é linguagem médica!”, ajudaram-me a construir mais facilmente pontes como interna de psiquiatria e estudante de antropologia.

Agradeço também à minha orientadora de internato, Dra. Inês Coelho, por reconhecer o valor de explorar outras áreas como forma de enriquecer a minha formação em psiquiatria. O mesmo se aplica ao diretor do internato, Dr. Rui Durval, com quem tive o gosto de debater alguns temas aqui tratados.

Este trabalho só foi possível graças aos colegas de internato que, mesmo em dias de consulta particularmente exigentes, reservaram tempo e disponibilidade para pensar em doentes que pudessem ser incluídos na pesquisa. Não menciono os seus nomes apenas para salvaguardar a privacidade dos participantes.

Se tenho hoje o impulso de procurar compreender, de forma empática, o que o “outro” sente ou como vive, sei que o devo aos meus pais, verdadeiros humanistas. Cresci rodeada de livros de ciências sociais e humanas e foi nesse ambiente que se enraizou a curiosidade que me levou a cruzar psiquiatria e antropologia. Agradeço-lhes o apoio e incentivo constantes a que seguisse o caminho da curiosidade intelectual.

A minha vinda para Montreal aprofundou ainda mais esta relação com o campo da antropologia médica. Neste contexto, agradeço ao meu namorado pela cumplicidade, pelo humor que atravessa o quotidiano mesmo à distância e pela visita que me recarregou de energia para o tempo que me restava longe de casa.

No departamento de Consultoria Cultural do B. Mortimer Jewish General Hospital, fui acolhida por uma equipa motivada e generosa. Deixo um agradecimento especial à antropóloga Alessandra Miklavcic, pelas várias reuniões em que me incentivou a olhar com mais atenção para os “vazios” e limitações do meu estudo, mostrando-me o valor do que não se vê à primeira vista; ao Dr. G. Eric Jarvis e ao Professor Doutor Laurence Kirmayer, figuras de referência em psiquiatria cultural, sempre disponíveis para discutir trabalhos académicos dos que passam pelo serviço.

Por fim, agradeço aos dez participantes do estudo, pela generosidade com que partilharam as suas histórias.

RESUMO

Esta dissertação analisa as interseções entre migração, identidade e saúde mental a partir das narrativas de doença. Inspirado pela antropologia médica e pela psiquiatria cultural, o estudo procura compreender como migrantes seguidos em consulta de psiquiatria num hospital de Lisboa descrevem os impactos dos percursos migratórios na sua saúde mental e os significados que atribuem às suas experiências de sofrimento. O estudo recorreu a uma abordagem de natureza qualitativa, baseada nas narrativas dos próprios participantes, obtidas através de entrevistas semiestruturadas, visando recolher os seus testemunhos pessoais. O material recolhido foi sujeito a uma análise temática, que permitiu identificar alguns padrões comportamentais e significados em torno da doença mental.

A análise dos relatos revela vivências com barreiras de ordem social, política, económica e institucional geradoras de stress psicológico e vulnerabilidade emocional e a utilização de estratégias protetoras, como reconfigurações constantes da sua identidade, recurso a laços transnacionais e a práticas culturais de resiliência. As narrativas dos migrantes refletem igualmente conceitualizações da doença mental onde, nuns casos, predominam leituras biomédicas centradas no “eu” e, noutras, explicações de natureza cosmocêntrica de base cultural.

O estudo pretende contribuir para o debate entre antropologia e psiquiatria, sublinhando a relevância da narrativa na compreensão da saúde mental de migrantes e da importância de reforçar a sensibilidade cultural dos profissionais e serviços de saúde mental em Portugal.

Palavras-chave: psiquiatria cultural; antropologia médica; narrativas de doença mental; migração; identidade; adaptação cultural.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the intersections between migration, identity, and mental health through the lens of illness narratives. Drawing on medical anthropology and cultural psychiatry, the study seeks to understand how migrants followed in psychiatric consultations at a hospital in Lisbon describe the impacts of migratory trajectories on their mental health and the meanings they attribute to their experiences of suffering.

The study employed a qualitative approach, based on participants' own narratives collected through semi-structured interviews, in order to gather their personal testimonies. The material was subjected to thematic analysis, which made it possible to identify certain behavioral patterns and meanings surrounding mental illness.

The analysis of the accounts reveals experiences marked by social, political, economic, and institutional barriers that generate psychological stress and emotional vulnerability, as well as the use of protective strategies such as the constant reconfiguration of identity, recourse to transnational ties, and cultural practices of resilience. Migrants' narratives also reflect conceptualizations of mental illness in which, in some cases, biomedical interpretations centered on the "self" predominate, while in others, culturally grounded cosmocentric explanations prevail.

The study aims to contribute to the dialogue between anthropology and psychiatry, highlighting the relevance of narrative in understanding migrants' mental health and the importance of strengthening the cultural sensitivity of mental health professionals and services in Portugal.

Keywords: cultural psychiatry; medical anthropology; mental illness narratives; migration; identity; cultural adaptation.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Introdução	1
Capítulo 1 Enquadramento Teórico	5
1.1 Perspetivas sobre o processo migratório	5
1.2. Compreender a doença e o sofrimento em populações migrantes	12
1.3 Estigma e Saúde Mental	19
1.4 Psiquiatria e Poder	23
Capítulo 2 Considerações Metodológicas	27
2.1 Participantes	29
2.2 Procedimentos de recolha e análise de dados	30
2.3 Considerações éticas	31
2.4 Limitações Metodológicas	32
Capítulo 3 Migração, Adaptação e Identidade	35
3.1 Trajetos Migratórios: Motivações, Desafios e Laços Transnacionais	35
3.1.1 Fatores Push e Pull : Motivações e Obstáculos para a Migração	35
3.1.2 Laços Transnacionais e a Dor da Ausência	38
3.1.3 Impacto da Pandemia nos Percursos Migratórios	41
3.2 Adaptação Cultural e Vida Quotidiana: Estratégias e Conflitos	42
3.2.1 Reconfiguração de Hábitos e Rotinas	42
3.2.2 Conflitos Culturais, Negociação de Valores e Estratégias	44
3.2.3 Redes de Amizade com Portugueses	46
3.3 Identidade e Sentido de Pertença em Contextos de Mobilidade	47
3.3.1 Identidade em Trânsito: Fluidez e Coexistência Cultural	48
3.3.2 Sentimentos de (Não) Pertença e Fragmentação do Eu	49
Capítulo 4 Narrativas de Doença e de Práticas de Cura em Saúde Mental	53
4.1 Saúde Mental na Diáspora: Desafios e Mecanismos de Adaptação	53
4.1.1 Desafios da Comunicação	53
4.1.2 Barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental	56
4.1.3 Fatores de Risco Pós-migratórios	58
4.2 Cultura e Doença	60

4.2.1 Significados culturais de doença e de processos de cura	60
4.2.2 Redes de Apoio na Comunidade e Práticas Tradicionais/Religiosas	63
4.2.3 Perceções de Cuidados de Saúde Mental Formais	64
4.3 Xenofobia, Discriminação e Racismo	65
4.3.1 Colonialismo e trauma geracional	68
 Capítulo 5 Discussão Dos Resultados	
5.1 Narrativas de plasticidade identitária e cultural na migração	74
5.2 Plasticidade nas narrativas de saúde mental	79
5.3 Aquilo que não se vê	83
 Conclusões	87
Referências Bibliográficas	93
Anexos	101

Introdução

No meu primeiro dia como interna de psiquiatria no Hospital Júlio de Matos perguntaram a cada novo interno porque tinha escolhido aquela especialidade. Respondi que via a psiquiatria como uma especialidade humanista, próxima das ciências sociais e porque considerava fascinantes as questões relacionadas com o comportamento humano e as diferentes culturas. Terminado o primeiro dia, cada um de nós levava consigo uma recomendação de literatura adequada às razões de escolha da psiquiatria, e eu uma curiosidade renovada pela antropologia.

A minha travessia epistemológica da psiquiatria para a antropologia médica foi uma jornada de transformação que começou logo no primeiro ano como interna de psiquiatria, quando tive dúvidas no diagnóstico de uma doente. Apesar de todas as pistas clínicas apontarem para uma esquizofrenia, algo não batia certo na trajetória de vida emocional da doente com tal diagnóstico. Na reunião de equipa expus os meus argumentos e uma médica sénior retorquiu: “Pega no DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) lê em voz alta todos os critérios da esquizofrenia.” Constrangida, li os critérios e apercebi-me que, de facto, ao levar à letra os critérios do sistema classificativo, não havia espaço para grandes dúvidas. Saí da reunião desiludida comigo e com a especialidade. Afinal, a psiquiatria consiste em ver objetivamente se a pessoa que tenho à frente cumpre pelo menos 3 de 5 critérios obrigatórios e está feito o diagnóstico?

A desilusão durou pouco tempo. Vezes sem conta debatíamos diagnósticos no serviço e raramente o fazíamos tomando o DSM como referencial contendo toda a verdade e acabávamos por debater a infância, vida social e história familiar do doente, para conhecer o seu percurso de vida e as suas vivências psicopatológicas.

Ao longo do internato, percebi que quanto mais diferenciada da minha realidade fosse a mundividência da pessoa a avaliar mais gostava do desafio. Inicialmente, o meu interesse materializou-se no estudo das manifestações de doença mental em pessoas Surdas. Assim, observei consultas especializadas à procura de respostas para perguntas como: “Como é que as alucinações auditivas (ouvir vozes) se manifestam em alguém que não ouve?”, ou “Como é que as mudanças na linguagem - sintoma comum de algumas doenças mentais - aparecem na linguagem gestual, à base de sinais?”.

Mais tarde foi emergindo o meu interesse pelas questões da saúde mental em populações migrantes. Com efeito, nestas últimas décadas, a composição demográfica do país tem vindo a alterar-se de forma mais acelerada com o afluxo de imigrantes oriundos de países de língua oficial portuguesa, da Europa de Leste e do subcontinente

asiático, levantando desafios complexos para os profissionais e serviços de saúde e, em particular, de saúde mental.

As experiências migratórias implicam não só vivenciar percursos caracterizados por tensões, ruturas e negociações, mas também lidar com situações materiais complexas como documentação, emprego ou habitação ou domínios íntimos como identidade, pertença, memória ou saudade. As pesquisas na área das migrações têm enfatizado esta complexidade, particularmente com os conceitos de transnacionalidade (Glick Schiller, Basch & Szanton Blanc, 1995; Vertovec, 2001), ou interseccionalidade (Crenshaw, 1989; Anthias, 2012). Estas abordagens teóricas chamam a atenção para o carácter dinâmico dos percursos migratórios, onde diversas identidades, como a condição socioeconómica, género, etnia ou estatuto documental são constantemente negociadas no contexto de um processo continuo de reconfiguração. Há muito que a migração já não é entendida como um simples movimento linear de ir da “origem” para o “destino”.

Na literatura é reconhecido que os migrantes podem ter um risco acrescido de doenças mentais como depressão, ansiedade, stress-pós-traumático e mesmo doenças psicóticas. (Bhugra & Becker, 2005; Kirmayer et al., 2011; Bhat et al., 2024). Ainda assim, onde existe vulnerabilidade existe também resiliência e muitos migrantes apresentam capacidade de adaptação, redes de suporte protetoras e capacidade de mobilizar recursos pessoais e culturais. Dada a panóplia de fatores que pode afetar a saúde mental dos migrantes, torna-se evidente a necessidade de as análises irem para lá de modelos mais lineares, centradas nas experiência vividas e subjetivas dos migrantes. Ora, o diálogo entre a antropologia e a psiquiatria emerge como importante resposta a esta mesma necessidade. A antropologia médica sustenta que a saúde e a doença são moldadas por contextos culturais e sociais e que o sofrimento não é apenas biológico, mas também simbólico e relacional, expressando-se por meio de formas culturalmente específicas de linguagem (Kleinman, 1980; Good, 1994).

Acompanhando este movimento, estudos no âmbito da psiquiatria cultural, como os de Kleinman (1980), Good (1994), Kirmayer (2007), Lewis-Fernández & Kirmayer (2019) e Rousseau, Guzder & Kirmayer (2014), vêm afirmando a subdisciplina da psiquiatria ao visar a incorporação das dimensões culturais nos diagnósticos clínicos e processos de cura.

Na minha atividade profissional enquanto médica interna de psiquiatria, em que o quotidiano decorre em ambiente hospitalar, o contacto com a antropologia deu-me ferramentas para olhar para este mundo clínico com outras lentes, razão por que me encontro em Montreal, no presente momento, a realizar um estágio de psiquiatria cultural no serviço de Consultoria Cultural do Sir Mortimer B. Davis Jewish General

Hospital, afiliado à Universidade McGill. Neste serviço, figuras de referência em psiquiatria cultural, como Laurence Kirmayer ou Eric Jarvis, trabalham lado-a-lado com especialistas em antropologia médica, como Alessandra Miklavcic. Os seus ensinamentos foram uma fonte de inspiração para mim e ajudaram-me a tomar decisões no que respeita a esta pesquisa.

Contribuíram igualmente para a opção de realizar esta pesquisa as experiências vivenciadas na minha prática clínica, marcadas por alguma frustração de atender em consulta um número crescente de migrantes e, ao mesmo tempo, sentir que a resposta oferecida, por mim própria enquanto profissional e pelos serviços, era visivelmente insuficiente. Tal insuficiência manifestava-se em vários planos: na dificuldade em compreender os significados culturais atribuídos à doença; nas barreiras linguísticas e institucionais que condicionavam o acesso aos cuidados; ou na tendência para o excessivo recurso aos modelos biomédicos para reduzir experiências que mostravam ser complexas a categorias diagnósticas estandardizadas.

As insuficiências atrás enunciadas e a sensação de desajustamento entre a riqueza das narrativas dos pacientes e os instrumentos disponíveis para as compreender e, a partir delas, derivar para o diagnóstico e para os processos de cura, foram os motivos principais para avançar com a presente pesquisa.

Neste contexto, defini como principal objetivo para esta dissertação saber de que forma migrantes utentes dos serviços de saúde mental num hospital da cidade de Lisboa revelam conexões entre experiências migratórias, saúde mental e construção identitária, através das suas próprias narrativas. Para responder ao objetivo principal, formulei quatro perguntas de investigação: (i) que fatores desencadeantes atribuem ao seu sofrimento psicológico? (ii) de que forma reconfiguram a sua identidade e sentido de pertença em situações de adaptação cultural? (iii) que sentido atribuem aos sintomas que sentem e aos processos de cura? (iv) que contributos oferecem as suas narrativas à antropologia para o aprofundamento da compreensão das relações entre cultura e doença mental?

Este estudo recorreu a uma metodologia de natureza qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas, visando conhecer opiniões, percepções, sentimentos, emoções, expectativas, medos, em narrativas dos próprios entrevistados, como forma de conhecer as suas experiências subjetivas face à doença. Como defende Kleinman (1988), as narrativas de doença são moldadas por normas sociais, crenças religiosas e valores culturais, que permitem aos indivíduos ordenar e dar sentido a experiências fragmentadas e revelam como interpretam sintomas e se aderem ou não a tratamentos.

Esta dissertação está dividida em 6 capítulos.

O capítulo 1 é dedicado ao enquadramento teórico, apresentando-se reflexões sobre o conceito de migrante internacional e tipos de migração; as abordagens conceptuais do fenómeno migratório; a caracterização das populações migrantes em território português; o contributo da antropologia médica e da psiquiatria cultural para a compreensão da doença em populações migrantes.

O capítulo 2 apresenta a metodologia utilizada, apresentando os objetivos, instrumentos de recolha de informação, a seleção da amostra e constrangimentos verificados. É também neste capítulo que é situada a minha própria posição como investigadora, descrevendo como naveguei a complexa interseção entre estes dois campos de conhecimento.

Os resultados obtidos são apresentados nos capítulos 3 e 4. O capítulo 3 foca-se no processo migratório dos participantes, analisando as suas experiências vividas, os desafios encontrados e os processos de desconstrução e reconstrução da identidade. Explora as complexas formas de adaptação cultural que ocorrem no contexto de mobilidade e, no final, é apresentada uma vinheta etnográfica ilustrativa.

O capítulo 4 é dedicado à análise das narrativas, identificando indicadores de sofrimento psíquico e os significados culturais da doença e os processos de cura. Este capítulo também explora como o legado do colonialismo e o trauma geracional se manifestam nas narrativas. Por fim, inclui também uma vinheta etnográfica que aprofunda estas temáticas.

O capítulo 5 discute e analisa dos resultados, articulando as descobertas empíricas com o enquadramento teórico do estudo. Aqui, os dados qualitativos recolhidos são interpretados à luz das teorias da antropologia médica e da psiquiatria cultural.

Finalmente, o capítulo 6 apresenta a conclusão. Consolida-se a discussão, retomando-se as questões de investigação e apontando possíveis implicações práticas e recomendações para investigações futuras.

Capítulo 1

Enquadramento teórico

Este capítulo elabora sobre o conceito de migrante internacional e as razões que levam os indivíduos a migrar. Considera a evolução das perspetivas de análise do fenómeno migratório, desde as abordagens tradicionais até aos novos conceitos do transnacionalismo e da interseccionalidade. Apresentam-se ainda alguns dados sobre a evolução das populações migrantes em território português, bem como sobre direitos legais que lhes são garantidos. Analisa o contributo da antropologia médica e da psiquiatria cultural para a crítica das visões puramente biomédicas da doença, defendendo a necessidade de incluir na sua compreensão dimensões sociais e culturais. Finalmente, são abordadas algumas questões sobre saúde mental em migrantes, designadamente impactos do estigma e da discriminação interseccional, bem como sobre o “poder psiquiátrico” como instrumento de controlo social.

1.1 Perspetivas sobre o processo migratório

Conceito de migrante

Desde os primórdios da humanidade que os seres humanos se movimentam pelo planeta de forma mais ou menos livre em busca de alimento, segurança e proteção. Ao longo da história, grandes vagas de migrantes configuraram os sistemas económicos, políticos e sociais de países, regiões e continentes. Ainda assim, nunca como nos dias de hoje, as questões associadas ao fenómeno das migrações assumiram dimensão e complexidade tão significativas.

A Organização Internacional para as Migrações, na sua mais recente estimativa global, apontou para a existência, em 2020, de 281 milhões de migrantes internacionais (3,6% da população mundial). A Europa surge como o continente com o maior número - 87 milhões, ou seja, cerca de 31%. A mesma organização, no seu Relatório Anual de 2024, identificava os Estados Unidos, Alemanha, Arábia Saudita, Reino Unido e França surgiam como os principais cinco países de destino, enquanto a Índia, China, México, Ucrânia e Federação Russa como os principais países de origem.

As razões que levam os indivíduos a migrar são muito diversas. De um modo geral, podemos falar de motivos de repulsa (“push”) ou de atração (“pull”)¹. Os primeiros correspondem aos motivos que levam os migrantes a abandonar o seu local de origem — pobreza, desemprego, catástrofes naturais, situações de instabilidade política, guerras, alterações climáticas. Os fatores “pull” referem-se às condições atrativas dos

¹ Os conceitos push e pull foram introduzidos pela primeira vez em 1966, por Everett Lee.

países de destino - melhores condições de vida, designadamente mais oportunidades de emprego e de educação, melhores condições salariais, de saúde ou mais segurança.

Há várias décadas que a literatura sobre migração tem vindo a debater estes conceitos com estudos empíricos em várias geografias, como por exemplo a obra mais global *The Age of Migration*, de Castles e Miller (2020), ou estudos de Malheiros (2012) sobre o fenómeno migratório em Portugal e Espanha. Além disso, os *handbooks* de migração publicados pela Cambridge University Press, a Oxford University Press e a SAGE oferecem uma análise abrangente e atualizada dos modelos “push”-“pull”, contextualizando-os no âmbito de políticas, dinâmicas sociais e redes transnacionais da migração global (Portes 2019; Castles, de Haas, e Miller 2020; Bakewell 2023). Estas coletâneas permitem compreender que estes fatores não atuam isoladamente, mas em interação com contextos estruturais e redes sociais que influenciam as decisões.

A OIM (2019) define o conceito de migrante internacional como “qualquer pessoa que reside num país diferente do país de nascimento ou cidadania habitual (...), alguém que atravessou uma fronteira, independentemente do seu estatuto jurídico, de o ter feito voluntária ou involuntariamente e das causas para o movimento ou duração da estada” (p. 17) Esta organização constata que nem todos os países utilizam a mesma definição de migrante na produção de estatísticas, sendo que a mais amplamente aceite é a que consta nas atuais Recomendações sobre Estatísticas das Migrações Internacionais das Nações Unidas que define como migrante internacional “toda a pessoa que muda de país de residência habitual, distinguindo-se dos migrantes de curto prazo (que mudam de país de residência habitual por períodos de três meses a um ano) e os migrantes de longo prazo (que se deslocam por períodos superiores a um ano)” (World Migration Report, 2024, p.21).

Nem todas as migrações ocorrem de forma planeada e desejada e nem sempre os migrantes obtêm de forma célere a regularização da sua situação legal. Há, pois, que considerar a existência de diferentes termos - “refugiado”, “requerente de asilo”, “migrante em situação irregular” - para designar vários tipos de migrações. A Convenção de Genebra de 1951 e Protocolo de 1967 define como refugiados os “indivíduos que temendo fundadamente ser perseguidos por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertença a um determinado grupo social ou opiniões políticas, se encontram fora do país da sua nacionalidade e não querem ou não podem regressar a ele” (UNHCR, Convention and Protocol Status of Refugees, p. 14). Mais recentemente, agências das Nações Unidas, como o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados e a Organização Internacional para as Migrações, têm assinalado restrições de ordem jurídica em vários países e alertado para a necessidade de não ampliar ou desvirtuar o conceito, seja para não abranger fluxos provocados por razões de ordem económica ou

de alterações climáticas, seja por excluir indivíduos perseguidos por questões de identidade de género ou orientação sexual.

Para estas organizações internacionais, as pessoas que partem do seu país em busca de proteção internacional, mas que aguardam pela conclusão do processo de decisão sobre o pedido de reconhecimento do seu estatuto de refugiado são considerados requerentes de asilo. A pessoa não é juridicamente considerada refugiada, mas usufrui de certos direitos (por exemplo o direito de não ser extraditado para o país onde corre risco até conclusão do processo) consagrados em normas estabelecidas por organizações internacionais e regionais.²

Os migrantes em situação irregular residem num determinado país sem que o seu estatuto ou condição tenha sido aprovado pelas autoridades locais. Apesar da situação irregular em que se encontram, são reconhecidos a estes migrantes certos direitos, como o direito à vida e à integridade física ou, em certos países, à saúde e à educação. Muitos destes migrantes são vítimas de tráfico humano por terem sido deslocados contra a sua vontade ou enganados com o objetivo de serem explorados. Ao longo deste estudo a palavra “migrante” será utilizada de acordo com o conceito de “migrante internacional” tal como definido pela OIM, abrangendo a diversidade de estatutos e condições de quem cruza uma fronteira.

Novas abordagens

Nas últimas décadas, o conceito de transnacionalismo surgiu como um novo paradigma para a compreensão das dinâmicas contemporâneas da migração internacional.

Schiller et al. (1995) definem o conceito como sendo o processo pelo qual os migrantes “constroem e mantêm campos sociais que ligam simultaneamente o país de origem e o país de destino”. As autoras apelidam essas pessoas de “transmigrantes” devido a sustentarem uma rede de conexões que unem as suas sociedades de origem às sociedades onde se fixaram, por via de tecnologias de comunicação, visitas, transações económicas, circulação de bens, bem como a disseminação de ideias, práticas e valores culturais através de fronteiras.

Vertovec (2001) amplia o conceito para incluir, para além do “transmigrante”, comunidades, instituições e até Estados. O autor lembra que o fenómeno transnacional foi intensificado com a globalização, a maior acessibilidade dos transportes e a evolução das tecnologias de comunicação, mas que essas práticas de ligação através de fronteiras não são inteiramente novas. Redes e fluxos migratórios existiram ao longo da

² Por exemplo, a Diretiva 2013/33/EU (Diretiva Condições de Acolhimento) garante os direitos materiais dos requerentes de asilo (alojamento, saúde, educação, trabalho em certas condições) durante todo o processo de análise do pedido.

história, só que atingiram agora uma escala e visibilidade sem precedentes. Para o autor, importa analisar de que forma é que estes fatores reconfiguraram redes pré-existentes e questionar se o transnacionalismo funciona como fator facilitador ou obstaculizador da integração dos migrantes nas sociedades de destino. Aponta, ainda, para a complexidade das identidades, sustentando que, enquanto parte destas redes, os migrantes constroem identidades negociadas em simultâneo com base em pertenças a lugares de origem e de destino: “As pessoas vivem em mundos sociais que se situam dualmente em locais físicos e comunidades em dois ou mais Estados-nação. Esses espaços sociais transnacionais (...) afetam a construção, negociação e contestação das identidades culturais e sociais. (Vertovec, 2001, p. 578)

Em reforço do fim do paradigma tradicional nos estudos sobre migrações, Amelina & Faist (2012) e Anderson (2019) questionaram as premissas do nacionalismo metodológico, defendendo que se deve olhar de forma crítica para as categorias “migrante” e “cidadão”, na medida em que ambas são criadas através de práticas sociais e políticas. Ou seja, tal como o transnacionalismo se opõe à dicotomia simplista origem-destino, o seu posicionamento procura desconstruir categorias estanques como “migrante” e “cidadão nacional”, por vezes utilizadas como realidades distintas e opostas. Para Amelina & Faist (2012), “a centralidade do Estado-nação como unidade natural de análises de migração é problematizada e deve ser repensada”. (Amelina & Faist 2012, p. 28)

A abordagem dinâmica das migrações em oposição ao modelo tradicional é também ampliada por Schiller & Salazar (2013) ao introduzirem a noção de “regimes de (i)mobilidade”. Para estes autores, os movimentos das pessoas são configurados por regimes políticos, económicos e simbólicos que facilitam, restringem ou impedem esses movimentos, considerando a imobilidade como fazendo parte integrante das experiências migratórias. Esses regimes de mobilidade e imobilidade estão profundamente marcados por relações de poder transversais a diferentes categorias sociais, como género, classe, raça e estatuto legal:

Um estudo sobre mobilidades deve ser capaz de, simultaneamente, normalizar uma variedade de formas de mobilidade, sem, contudo, minimizar as formas pelas quais o estatuto legal, assim como as categorias globais “racializantes”, podem fazer uma enorme diferença em termos da facilidade de viajar, das repercussões de tentar deslocar-se e de saber se o viajante ganha ou perde estatuto por ser de outro lugar. (Schiller & Salazar, 2013, p. 7)

Estamos, assim, perante uma nova abordagem interseccional que ajuda a compreender como essas categorias se cruzam e se combinam para moldar a experiência migratória.

O conceito da interseccionalidade, usado pela primeira vez em 1989 por Kimberlé Crenshaw, tornou-se nas últimas décadas uma ferramenta muito utilizada nas pesquisas sobre migrantes, designadamente migrantes racializados e mulheres migrantes. Crenshaw definiu interseccionalidade como a forma como múltiplas identidades sociais e “categorias de opressão” (como raça, género, classe, etnia, sexualidade) se sobrepõem e interagem, criando experiências únicas de marginalização ou privilégio que não podem ser entendidas isoladamente: “a experiência é maior que a soma do racismo e do sexism; qualquer análise que não a leve em conta não pode abordar suficientemente a particular forma pela qual as mulheres negras são subordinadas” (Crenshaw, 1989, p. 140). Deste modo, a interseccionalidade oferece um quadro analítico essencial para compreender como diferentes formas de opressão e privilégio se cruzam na experiência dos migrantes, moldando o seu acesso a recursos, oportunidades e reconhecimento social.

O contexto português

As estimativas da Organização Internacional para as Migrações apontavam para a existência de 1 milhão de migrantes internacionais em Portugal, em 2020. A evolução da imigração no país registou um crescimento significativo nos últimos dez anos. Segundo dados da Pordata³, em 1960 viviam em Portugal cerca de 29.428 estrangeiros, a maioria dos quais espanhóis (40%) e brasileiros (22%). Em 1975 o número de estrangeiros era de 31.983 e em 1980 sobe para 50.750. Na viragem do século, em 2000, o crescimento acelera para 207.507 e em 2020 atinge os 661.607. Os últimos dados oficiais referem-se a 2023 com registo de um crescimento exponencial para 1.044.606 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência. Estimativas mais recentes da Agência para a Integração Migrações e Asilo apontavam para a existência, no final de 2024, de 1.546.521 cidadãos estrangeiros em Portugal, ou seja, cerca de 15% do total da população.⁴

As nacionalidades mais representadas foram variando ao longo dos anos em função de fatores “push” e “pull” específicos de cada época. Até finais do século XX, a presença de migrantes em Portugal esteve associada a laços histórico-culturais e a relações económicas. A ligação ao passado colonial continuava a ser forte e os padrões migratórios caracterizavam-se por fluxos provenientes dos países africanos de expressão portuguesa, moldados pela reunificação familiar de grupos de migrantes jovens. A partir da década de 80, os países da Europa de Leste e o Brasil afirmaram-se

³ <https://ffms.pt/pt-pt/estudos/barometros/barometro-da-imigracao-perspetiva-dos-portugueses>

⁴ <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/4a518251d7-1744128191/relatorio-intercalar-recuperacao-de-processos-pendentes-na-aima-populacao-estrangeira-em-portugal.pdf>

progressivamente como as principais origens. Os fluxos de entrada foram impulsionados pela procura de mão-de-obra no país e pelas crises económicas e políticas nos países de origem. Já nas primeiras décadas deste século, e aproveitando os vistos Schengen de curta duração, enquanto os fluxos do Brasil se mantinham, tornou-se cada vez mais expressiva a migração originária de países asiáticos, nomeadamente de países como a Índia, Nepal, Bangladesh ou a China. Parte desses migrantes vem de uma nova classe média urbana, instruída e com aspirações de modernidade e não apenas em busca de escapar da pobreza extrema. Como refere Mapril (2014): “Uma das facetas mais interessantes dessa população é o seu perfil educacional e económico. Eles vêm do que foi grosso modo descrito como as 'novas' classes médias de Bangladesh. Suas famílias são tanto rurais quanto urbanas, possuem propriedades e negócios.” (Mapril, 2014, p. 694).

De acordo com os dados oficiais publicados no Relatório Anual 2023 da Agência para Integração Migrações e Asilo, as nacionalidades com maior representação entre os residentes estrangeiros incluem a brasileira (35,3%) seguindo-se os nacionais de Angola (5,3%), Cabo Verde (4,7%), Reino Unido (4,5%) e Índia (4,2%).

De acordo com as conclusões do *Barómetro da Imigração* (FFMS, 2024), um número significativo de portugueses partilha atitudes de resistência face a migrantes do subcontinente indiano, ao contrário do que acontece com migrantes oriundos do continente europeu, como o Reino Unido, Itália, França ou Ucrânia. Os resultados verificaram também um aumento expressivo, em comparação com um estudo semelhante de 2010⁵, de portugueses que consideram os migrantes como uma ameaça simbólica aos valores e tradições nacionais, associada à percepção de que os migrantes do subcontinente indiano são culturalmente muito distantes, como refere uma das suas conclusões:

Existe uma clara segmentação e diferenciação nas atitudes em relação a vários grupos-tipo de imigrantes, dependendo da sua origem. Desse grupo, destacam-se negativamente os imigrantes do subcontinente indiano. Este grupo é alvo de elevada oposição, é fortemente associado a mais desvantagens e é percebido como o mais diferente pela população portuguesa. (*Barómetro da Imigração*, 2024, p. 47)

Em comparação com 2010, são menos os inquiridos que consideram os migrantes africanos como muito distintos culturalmente, sugerindo uma evolução gradual nas representações sociais. O Barómetro aponta ainda para a existência de uma percepção errada sobre a presença de migrantes em Portugal: cerca de 40% dos inquiridos

⁵ O Barómetro da Imigração utiliza como termo de comparação o estudo do Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa (2010), *Os Imigrantes e a Imigração aos Olhos dos Portugueses*.

acredita que os migrantes representam mais de 20% da população, quando o número real rondava os 10% à data do inquérito. Esta sobre-estimativa é associada a atitudes mais negativas de desconfiança interpessoal ou a falsas crenças, nomeadamente a de que a presença de estrangeiros aumenta a criminalidade.

Especificamente no que respeita ao enquadramento legal dos migrantes no Serviço Nacional de Saúde, a legislação portuguesa⁶ garante aos migrantes com residência legal o acesso ao sistema. A partir desse momento, o migrante reúne condições para usufruir de cuidados médicos em unidades públicas como centros de saúde e hospitais, em iguais condições aos cidadãos nacionais. Para que o Serviço Nacional de Saúde cubra as despesas, o migrante deve possuir documentos associados ao número de utente, autorização de residência válida, número de identificação fiscal português e morada em Portugal.

Os requerentes de asilo têm direito de acesso ao serviço nacional de saúde desde o momento em que formalizam o pedido de asilo e beneficiam de isenção do pagamento de taxas moderadoras. (Lei n.º 27/2008; ACSS 2017)

No caso de migrantes em situação irregular, o acesso é mais restritivo. A legislação isenta de pagamento cuidados urgentes e vitais, bem como cuidados materno-infantis ou que minimizem riscos públicos (como vacinação e tratamento de doenças transmissíveis)⁷. Contudo, vários estudos mostram que, na prática, persistem barreiras significativas ao acesso, incluindo dificuldades burocráticas, barreiras linguísticas e desconhecimento da legislação por parte dos serviços de saúde. (Dias et al. 2013)

Propostas legislativas recentes, aprovadas em dezembro de 2024 por uma maioria de deputados na Assembleia da República, pretendem alterar a Lei de Bases da Saúde de 2019, só permitindo aos migrantes irregulares aceder a cuidados de saúde em casos de emergência ou mediante pagamento, exigindo documentação adicional para os que recorrem a uma “utilização abusiva” do SNS, como é o caso de estrangeiros não residentes que se deslocam a Portugal com o propósito de acederem a cuidados e tratamentos médicos. Estas propostas são contestadas por organizações como a Ordem dos Médicos e sindicatos, por causarem constrangimentos aos profissionais do SNS, colocados perante o dilema de decidir entre seguir princípios deontológicos ou cumprir um normativo administrativo e arriscar penalizações legais.

⁶ O enquadramento legal dos migrantes no serviço nacional de saúde encontra-se expresso na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Base 21), no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto e no Regulamento do Registo Nacional de Utentes e ordem

associada nº 1668/2023, de 2 fevereiro.

⁷ Despacho n.º 25360/2001

1.2 Doença e sofrimento em populações migrantes - diferentes experiências, significados diferentes

A antropologia médica é um ramo do conhecimento multidisciplinar que se situa no cruzamento entre medicina e antropologia. A Society for Medical Anthropology – constituída em 1967 como uma secção da Associação Americana de Antropologia – define a subdisciplina da seguinte forma:

Subcampo da antropologia que se apoia na antropologia social, cultural, biológica e linguística para melhor entender os fatores que influenciam a saúde e o bem-estar (amplamente definidos), a experiência e a forma de distribuição da doença, a prevenção e tratamento, os processos de cura, as relações sociais da gestão da terapêutica e a importância cultural e existência de sistemas médicos pluralistas.⁸

Este ramo do conhecimento considera não apenas a doença como fenómeno biológico, mas também como experiência social e cultural, incorporando a dimensão histórica e política das práticas de saúde, incluindo desigualdades no acesso aos cuidados, legados coloniais e a forma como estruturas sociais moldam experiências individuais e coletivas de sofrimento e cura (Manderson, Cartwright & Hardon, 2017; Farmer, 2004; Baer et al., 2020). A antropologia médica investiga, por exemplo, interpretações locais sobre processos corporais, percepções de risco e vulnerabilidade face à doença, práticas preventivas e de mitigação de danos, modalidades de cura tradicionais e a negociação cultural entre diferentes sistemas médicos. A disciplina destaca ainda a importância de compreender a pluralidade de sistemas médicos e práticas terapêuticas. Trata-se, portanto, de um campo que procura considerar de forma integrada os aspectos sociais, culturais, políticos e históricos da experiência humana em torno da saúde e da doença, reconhecendo a diversidade de práticas, conceções e significados atribuídos ao corpo, à doença e à cura (Baer, Singer & Susser, 2020; Manderson et al., 2017).

Arthur Kleinman, antropólogo e psiquiatra, foi um dos pioneiros a alertar para a influência da cultura nas práticas médicas. O autor faz uma distinção entre os conceitos de *disease*, *illness* e *sickness* e desenvolve uma extensa crítica da visão puramente biomédica da doença por negligenciar outras importantes dimensões (Kleinman, 1980; 1988) Neste trabalho serão utilizados os termos em inglês, uma vez que, em português, todos eles se traduzem por “doença” e, por vezes, por “perturbação”, sem refletirem plenamente as diferenças de significado que Kleinman enfatiza.

Para o autor, o conceito de *disease* respeita à dimensão biomédica da doença, nela incluindo os processos fisiopatológicos (sintomas, lesões, sinais e outras condições

⁸ <https://medanthro.net/about/history-of-sma/about-medical-anthropology/>

anormais) que ocorrem, a forma como estes são medidos, compreendidos e medicamente tratados; *Illness* significa a experiência subjetiva dos sintomas e do sofrimento, as percepções que o doente, a sua família e a rede de apoio têm da doença, como a vivem e que respostas procuram; *sickness* corresponde à dimensão social da doença, ou seja, à forma como a sociedade e a cultura respondem perante a doença – isto é, as expectativas associadas a uma determinada patologia, eventuais estigmas associados, respostas de apoio ou de exclusão. Kleinman (1978) advoga ainda a insuficiência das abordagens biomédicas tradicionais para resolver os problemas de acesso a cuidados de saúde e que “conceitos derivados da investigação antropológica e transcultural podem fornecer um quadro alternativo para identificar questões que necessitam de resolução” (p. 192).

O autor sublinha a importância das “narrativas de doença” como ferramentas fundamentais para compreender como os indivíduos interpretam e atribuem significado à doença dentro dos seus contextos socioculturais. As narrativas de doença não são mais do que a forma que o paciente escolhe para contar a história da sua doença. O autor salienta que, ao escutar as histórias pessoais dos pacientes, clínicos e antropólogos têm acesso aos contextos culturais que moldam os comportamentos em saúde e a procura de ajuda para alívio do sofrimento: “A experiência da doença pelos pacientes é uma fonte essencial de conhecimento para compreender o contexto social e cultural da saúde e da cura” (Kleinman, 1988, p.3).

Para que as narrativas não percam significado é necessário serem escutadas de forma empática pelos profissionais de saúde, aquilo que Kleinman (1988) designa como “empathetic witnessing”. As narrativas de doença são frequentemente expressões de sofrimento em que emergem questões de identidade social, relações familiares, significados culturais e por vezes observações de natureza política. Ao considerar na sua avaliação essas histórias, os clínicos validam a experiência do paciente, tornam-se testemunhas que reconhecem a sua vulnerabilidade, sem tentar minimizá-la. Esta prática vai além da observação clínica e ajuda o paciente a dar sentido ao seu sofrimento e às suas experiências.

As ideias de Kleinman foram ampliadas por autores como Young (1982), Good (1994), ou Joralemon (2017). Young aprofundou o conceito de *sickness*, explorando como é que os diagnósticos psiquiátricos são socialmente construídos e refletem relações de poder presentes nos contextos institucionais. Para o autor, as categorias diagnósticas em saúde mental são fenómenos biológicos, e simultaneamente produtos de contextos históricos, culturais e sociais que influenciam como a doença mental é definida, interpretada e tratada.

Good (1994) vai mais longe e argumenta que até a dimensão biológica da doença tem influência cultural. Para o autor, os sistemas médicos são moldados por linguagens simbólicas e significados culturalmente específicos, sublinhando que o conhecimento médico e as categorias criadas são influenciados por histórias locais, lógicas culturais, processos semióticos e linguagens específicas, sendo falacioso acreditar numa ciência pura e hermeticamente fechada a influências externas. O autor designa esta falácia como o “problema da crença” em medicina e chama a atenção para a importância de interpretar os próprios construtos biomédicos sob uma lente antropológica: “Alegações de que a biomedicina fornece representações diretas e objetivas da ordem natural, uma ordem empírica de universais biológicos, externa à cultura, já não parecem sustentáveis e devem ser submetidas a análise crítica.” (p. 22)

Por fim, Joralemon (2017) propõe a integração de fatores biológicos e culturais em investigações sobre questões de saúde à escala internacional, tornando as suas ideias especialmente relevantes para o campo da saúde pública global: “As perspetivas da antropologia médica podem ser aplicadas a algumas das questões de saúde mais problemáticas atualmente, que afetam não apenas nações individuais, como no caso da cólera, mas toda a comunidade mundial” (p. 54)

Emergência da psiquiatria cultural

A psiquiatria cultural surge da colaboração entre a psiquiatria e a antropologia médica e as questões nas quais se centra estão relacionadas com a influência da cultura na saúde mental, as vivências psicopatológicas da doença (alucinações, ilusões, delírios, obsessões, estados confusionais e outras), os idiomas para expressar sofrimento ou as práticas de diagnóstico e de cura. Como refere Kirmayer:

A psiquiatria cultural situa-se no cruzamento de disciplinas preocupadas com o impacto da cultura no comportamento e na experiência. Surge de uma história de encontros entre pessoas de diferentes origens, que procuram compreender e responder ao sofrimento humano em contextos onde se poderiam confundir as qualidades estranhas da psicopatologia com a estranheza do “outro” cultural.” (2007, p.1)

Na perspetiva de Kirmayer (2018), a psiquiatria cultural pretende promover uma prática clínica mais humana e culturalmente sensível e, além disso, uma autorreflexão dentro da disciplina da psiquiatria, ao introduzir cultura *na* psiquiatria e cultura *da* psiquiatria.

Com raízes históricas nas práticas dos tempos coloniais, a psiquiatria cultural tem evoluído no sentido de incorporar perspetivas antropológicas que entendem a saúde mental como um fenómeno moldado por sistemas simbólicos e práticas sociais em locais e contextos históricos específicos. Ou seja, podemos falar de uma evolução da

etnopsiquiatria de Devereux (1970), de inspiração psicanalítica para a psiquiatria transcultural (Kleinman, 1977), cujo foco é estabelecer comparações entre as manifestações de saúde mental e sofrimento de povos e etnias distintas, segundo perspectivas mais alinhadas com o relativismo cultural (Kirmayer, 2018; Antić , 2021).

Uma noção central da psiquiatria cultural são as formulações culturais do “eu” (“self”). Kirmayer chama a atenção para o facto de as formas de cura simbólicas, isto é, baseadas em narrativas e na produção de significados – como é o caso da psicoterapia – serem dependentes da formulação cultural de pessoa ou do “self”, distinguindo quatro formulações culturais distintas: egocêntrica, sociocêntrica, ecocêntrica e cosmocêntrica.

O “self” egocêntrico predomina nas sociedades ocidentais e é caracterizado por uma conceção individualista da pessoa, valorizando a autonomia e em que a identidade da pessoa está totalmente localizada no "eu". Nestes contextos, a psicoterapia revela-se eficaz como método de cura simbólica, ao partir do indivíduo e da sua narrativa interna para promover o alívio do sofrimento. O “self sociocêntrico” está presente em culturas asiáticas tradicionais e em grupos (comunidade cigana/romani), incorpora a rede social, familiares e comunidades como parte essencial da identidade, valorizando a interdependência e a cooperação. Neste modelo, os processos de cura devem envolver a rede de suporte e as intervenções familiares ou comunitárias. Os “selfs” “ecocêntrico” e “cosmocêntrico”, comuns em culturas indígenas e tradicionais, entendem o “eu” como parte integrante de uma teia complexa que une o mundo físico e mundo espiritual, incluindo a relação do indivíduo com o meio natural, animais, antepassados ancestrais e espíritos. Nestes casos, a identidade e os processos de cura envolvem práticas simbólicas e rituais (como o xamanismo), que restauram equilíbrio e harmonia com o ambiente e o cosmos.

Com base nestes princípios, Kirmayer e Lewis-Fernández (2019) consideram nas suas análises as expressões idiomáticas de angústia (“idioms of distress”), ou seja, modos culturalmente específicos e padronizados de expressar e comunicar o sofrimento. Muitas vezes, estas formas de expressão diferem substancialmente entre diferentes culturas. Nichter (1981) sublinha que tais expressões correspondem a linguagens simbólicas alternativas, nas quais se manifesta o sofrimento psicossocial e profundamente enraizados em narrativas e metáforas ligadas aos valores sociais e à identidade cultural de cada grupo. Como Clifford Geertz defendeu, a cultura não é uma força causal, mas sim o contexto onde o comportamento e as experiências ganham significado: “O Homem é um animal suspenso em teias de significados que ele próprio teceu” (1973, p. 5). Um exemplo disso pode ser observado na terminologia usada para os ataques de pânico: enquanto no mundo ocidental se fala em “ataque de pânico”, no Camboja utiliza-se o termo “ataque de kyal”, que remete para algo semelhante ao vento

que percorre o corpo, refletindo um modelo mental idiossincrático inscrito na cultura cambojana.

Nas últimas décadas, o crescente interesse pelos chamados síndromes ligados à cultura – “culture-bound syndromes” (CBS) - levou à sua inclusão na 4^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado em 2000. Anos depois, em 2013, nos Apêndices da 5^a edição do mesmo Manual⁹, são descritos 25 exemplos de síndromes. De facto, a atual explicação para as patologias psiquiátricas que só existiriam em locais específicos do planeta é que em muitos casos não estamos perante patologias distintas, mas sim de formas diferentes de expressar sofrimento. Como lembram vários autores (Bleakley, 2017; Vaz da Silva, 2021; Kirmayer, 1993 e 2023), há que prestar atenção às metáforas utilizadas pelas pessoas e, para além das metáforas, entrar na “rede dos significados locais, reconhecendo-os como dispositivos teóricos e terapêuticos eficazes, para depois os utilizar de forma original, criando um espaço de significados comuns.” (Pussetti, 2006, p. 23).

Kirmayer (2023) desenvolveu o conceito de “cultural poetics”, isto é, o estudo de como experiências de doença e cura são expressas e compreendidas através de linguagem, metáforas e formas culturais simbólicas. O autor é de opinião que esta abordagem tem implicações na construção de teoria, treino e prática clínica em psiquiatria:

A poiesis chama a atenção para as formas através das quais experiências que não se enquadram em narrativas convencionais podem ser expressas e exploradas. (...) A atenção à dimensão poética na psiquiatria cultural pode aumentar a empatia, clarificar as fontes de sofrimento e incapacidade, e fornecer recursos para intervenções de ajuda e cura. (p. 764)

A ferramenta que permite aos clínicos aplicar este tipo de princípios na prática clínica é a “Cultural Formulation Interview” (CFI). Composta essencialmente por questões semiabertas, aborda aspectos como a identidade cultural, explicações culturais da doença, stressores psicossociais ou redes de suporte social. Apesar de reunir consenso quanto à sua utilidade como instrumento de apoio na prática clínica, melhorando resultados e promovendo serviços com sensibilidade cultural, autores como Jarvis et al. (2020) e Aggarwal et al. (2020) reconhecem que é pouco utilizada pelos psiquiatras generalistas. Lewis-Fernández et al. (2020) sinalizam algumas limitações que dificultam a sua aplicabilidade, designadamente em casos de doença mental grave

⁹ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais é uma referência internacional para diagnóstico de perturbações mentais, utilizado sobretudo nos Estados Unidos e organizações internacionais de investigação. Em Portugal e outros países europeus, o manual mais utilizado é a Classificação Internacional de Doenças, da OMS (CID), que já foi atualizado por 11 vezes, a última em 2022.

em fase de descompensação aguda, devido a constrangimentos temporais da prática clínica em psiquiatria (com consultas mais exigentes em termos de tempo com o doente), ou à necessidade de treino na sua aplicação.

Migrantes e saúde mental

Muitos estudos epidemiológicos sobre doença mental têm mostrado que coexistem fatores de vulnerabilidade e resiliência à doença mental nas populações migrantes e que os percursos em saúde mental são influenciados por uma interação de fatores individuais, socioculturais e legais (Bhugra & Becker, 2005; Rousseau & Frounfelker, 2018; Bhat et al., 2024).

Um dos fatores mais influenciadores diz respeito aos motivos da emigração. Migrar em razão de reagrupamento familiar ou por ofertas de trabalho, são realidades muito distintas de uma migração forçada. Estudos empíricos como os de Kirmayer et al. (2011), Bhugra et al. (2015), ou Farahani et al. (2021) tem concluído que as taxas de depressão, ansiedade e perturbação de stress pós-traumático são geralmente mais elevadas entre migrantes forçados (refugiados e requerentes de asilo, por exemplo) do que entre migrantes voluntários, devido à maior exposição a eventos traumáticos e à persistência de fatores de stress, designadamente permanecer durante anos em situação de “limbo” no plano legal.

Kirmayer et al (2011) verificaram também que, no período inicial, os migrantes tendem a apresentar melhores indicadores de saúde mental quando comparados com a população nacional. Esta situação é justificada pelo que vários autores apelidam de “Efeito do Migrante Saudável”. Ou seja, numa fase inicial, os migrantes apresentam melhores indicadores de saúde mental e física pelo facto de o processo migratório funcionar como “filtro”. Com efeito, para migrar é necessário passar por uma série de situações de difícil gestão que requerem um bom estado de saúde e uma maior capacidade de resiliência e adaptação (Rousseau & Frounfelker, 2018; Yoon et al., 2013). Contudo, a sua saúde tende a deteriorar-se ao longo do tempo, aproximando-se da população em geral.

Para uma melhor compreensão do fenómeno importa também considerar a possibilidade de enviesamentos no apuramento de dados, originando uma sub-deteção de problemas de saúde. O médico Pablo-Méndez introduziu em 1994, o conceito “Viés do Salmão” para explicar a ocorrência de uma taxa de mortalidade menor em migrantes hispânicos nos Estados Unidos do que a registada pela população local comparável. A diferença é justificada com a tendência para os migrantes, quando gravemente doentes, regressarem ao país de origem por razões relacionadas com redes de suporte social, crenças de saúde, motivos religiosos ou maior facilidade de acesso a serviços de saúde.

Os estudos sobre saúde mental da população migrante tendem a analisar o fenômeno migratório segundo três fases, que, embora definidas de forma sequencial, se podem sobrepor: pré-migratória, migratória e pós-migratória (Bhurga et al, 2004, Kirmayer et al, 2011). Alguns autores, como Gushulak (2006), chamaram a atenção para uma fase de retorno, que pode incluir um retorno definitivo ou visitas ao país de origem. Cada uma destas fases contém fatores de risco e fatores protetores específicos na saúde mental, sendo que a fase com mais impacto a longo prazo é a pós-migratória.

Os fatores de risco na fase pós-migratória surgem frequentemente associados a stress psicológico causado por problemas de adaptação a uma nova cultura, ao chamado “luto cultural” (Eisenbruch, 1991). Este conceito tem sido explorado também pela antropologia médica e enfatiza o quanto a perda de redes de apoio, o afastamento físico e emocional de familiares ou da comunidade mais alargada, e a ausência de pontos de referência culturais configuram experiências de sofrimento que ultrapassam a dimensão individual e se inscrevem em processos sociais e culturais mais amplos. O luto cultural pode manifestar-se em sentimentos e comportamentos associados à morte de um ente querido, como memórias intrusivas, isolamento social, sensação de perda de identidade e sofrimento existencial (Bhugra & Becker, 2005; Balidemaj & Small, 2019). O luto cultural pode assumir a forma de "dupla ausência", expressão introduzida por Sayad (1999), para explicar a sensação de distanciamento cultural tanto do país de origem quanto da sociedade do país de destino. A dupla ausência é particularmente marcante nas relações pós-coloniais, porque o vínculo histórico colonial cria assimetrias de poder, racismo estrutural e exclusão social que agravam os sentimentos de não-pertença. A rutura entre a utopia da migração e a saudade de que falam Bordonaro & Pussetti (2006), reflete o sofrimento associado à alternância permanente entre a idealização do passado e as expectativas e frustrações da vivência migratória concreta.

Entre os fatores de risco contam-se também barreiras linguísticas, precariedade laboral, isolamento social e experiências de discriminação. Também a impossibilidade de realizar rituais de luto culturalmente significativos de entes queridos distantes pode aumentar a vulnerabilidade psicológica do migrante (Bhugra & Becker, 2005; Rousseau & Frounfelker, 2018; Farahani et al., 2021)

Existe ampla evidência empírica de que uma situação de integração em que o migrante tem a possibilidade de conciliar aspectos da sua identidade cultural de origem com a do país de destino é o cenário mais favorável para a sua saúde mental. (Berry, 1997; Yoon et al., 2013; Balidemaj & Small, 2019; Bhat et al., 2024). A este propósito, Bhugra (2021) defende que a identidade sofre uma evolução profunda ao longo do processo migratório, sobretudo na fase pós-migratória, em resultado de uma (re)construção constante, em que o sentimento de pertença desempenha um papel

central e, muitas vezes, prioritário sobre outras identidades prévias (como a nacional, a familiar ou a profissional). O migrante constrói a sua identidade ao longo do tempo, reconfigurando-a através de diálogos pessoais entre a cultura de origem e a cultura de acolhimento e de experiências individuais de perda, adaptação, resistência e discriminação. Partir da visão de que a identidade do migrante é um processo vivo que ultrapassa a mera adaptação é, deste modo, central para intervir clinicamente com sensibilidade cultural.

Em Portugal, o Observatório da Emigração promoveu, em 2009, a edição da obra *Migrantes e Saúde Mental: A construção da Competência Cultural*. O principal objetivo da publicação foi, nas palavras de Pussetti (2009), “conhecer - através de entrevistas aprofundadas com técnicos de saúde mental e pacientes imigrantes – a forma como os serviços institucionalizados de saúde mental em Portugal dão resposta ao sofrimento e às necessidades da população a que se destinam” (p. 15). A publicação chama a atenção para a falta de estudos sobre saúde mental de migrantes e a inexistência de competências culturais nos prestadores de cuidados de saúde, quer numa perspetiva profissional quer institucional e organizacional. Refere ainda a inexistência de formação em antropologia de profissionais de saúde que trabalham com a população migrante, bem como para a ausência de mediadores culturais e de tradutores no SNS.

1.3 Estigma e saúde Mental

O estigma é um fenómeno complexo e multidimensional. Corrigan (2004) define-o como a rejeição social de indivíduos ou grupos de indivíduos com características que diferem da norma, com base em estereótipos e preconceitos que levam à discriminação e à desigualdade de oportunidades. Goffman (1963) identifica três tipos principais de estigma: deformidades físicas ou deficiências visíveis (que chama de “aberrações do corpo”); falhas no carácter ou moral, como vício ou antecedentes criminais (“manchas no carácter individual”); e estigmas ligados a pertenças de grupo, como raça, etnia ou religião (“estigma tribal”). Um dos seus focos de análise foi a relação entre o indivíduo estigmatizado e as diferentes pessoas com quem se cruza. Distingue entre indivíduos com um estigma visível ou que já é conhecido (que designa como “desacreditados”) e aqueles cujo estigma está oculto, mas pode vir a ser descoberto (os “desacreditáveis”). Neste contexto, defende que são estabelecidas relações entre pessoas que partilham o mesmo estigma ou pessoas que não sofrem dele mas são capazes de o entender, e a restante população.

O trabalho de Goffman, fundamental no âmbito das investigações sobre estigma, foi mais tarde objeto de críticas por se limitar a considerar o estigma do ponto de vista das relações interpessoais. Estudos posteriores ampliaram o campo da discussão,

designadamente o uso do estigma como forma de sustentar dinâmicas de poder. Link e Phelan (2014) introduziram o conceito “Poder do Estigma”, que define o estigma como um processo sequencial que inclui rotulagem, estereotipagem, separação e a consequente perda de status e discriminação. Os autores destacam três fins instrumentais do “Poder do Estigma”: exploração/dominação, aplicação de normas e mecanismos simbólicos e institucionais que operacionalizam esses fins, como políticas públicas, ou seja, o estigma como um recurso estratégico para manter sistemas de exploração, controle e exclusão. De forma semelhante, Aranda et al. (2023) sublinham que o estigma é co-produzido através das relações dinâmicas entre diferentes públicos - estigmatizadores, alvos, aliados e espectadores - e que o poder se distribui horizontalmente e verticalmente entre esses grupos, desafiando a visão tradicional de que o poder está concentrado apenas numa elite dominante.

Estigma e saúde mental dos migrantes

O relatório da Comissão Lancet¹⁰ sobre *Fim do Estigma e Discriminação em Saúde Mental*, lançado em 2022, representa a síntese mais recente do conhecimento global sobre estigma em saúde mental, integrando décadas de pesquisa sobre estigma público, autoestigma e estigma estrutural.

No que respeita ao estigma público, as conclusões deste trabalho mostram que pessoas com problemas de saúde mental enfrentam discriminação em praticamente todos os domínios da vida, desde o emprego e habitação até aos cuidados de saúde e relações interpessoais, devido ao enorme impacto de estereótipos sobre saúde mental. Expõe igualmente evidências de que este fator contribui significativamente para o "gap de tratamento" em saúde mental, isto é, a diferença entre quem precisa de tratamento e quem efetivamente beneficia dele. O Relatório critica a tendência para muitos estudos na área do estigma se basearem em representações dos meios de comunicação social que caracterizam as pessoas com enfermidades mentais como perigosas, violentas e imprevisíveis. Conclui ainda que os profissionais de saúde frequentemente mantêm atitudes estigmatizantes comparáveis às da população geral, comprometendo a qualidade dos cuidados prestados (Thornicroft et al., 2022).

Por outro lado, Clément et al. (2014) consideram que o autoestigma, ou seja, a internalização de estereótipos negativos pelos próprios indivíduos, é tanto ou mais prejudicial para o bem-estar e funcionamento mental do que o estigma público, por gerar ciclos de evitamento, isolamento social e deterioração da autoestima, que perpetuam o

¹⁰ A Comissão Lancet foi lançada em 2022 pela revista *The Lancet* com o objetivo de analisar experiências para definir como eliminar ou reduzir o estigma e a discriminação associados às condições de saúde mental.

sofrimento e o atraso na procura de ajuda. Uma meta-análise de Corrigan et al. (2012), concluiu, por seu turno, que o contacto direto com pessoas com experiência vivida de doença mental e a educação constituem os dois domínios de intervenção com os maiores efeitos antiestigma a curto prazo.

É reconhecido que o fenómeno do estigma sofre uma amplificação particular quando associado a grupos vulneráveis como os migrantes. Ser migrante envolve, como tem vindo a ser observado, muito mais do que um estatuto legal específico. Os processos de controlo migratório acabam por criar categorias morais, contribuindo para a opinião generalizada sobre quem é um “bom migrante” – pessoa em situação regular que contribui para a economia e se adapta à cultura do país de destino – e um “mau migrante” – a pessoa que está em situação irregular, racializada e com dificuldades económicas (Anderson, 2013).

Cabrieses et al. (2023) identificam vários tipos de narrativas discriminatórias que contribuem para o estigma associado à população migrante. As narrativas de ameaça económica, que retratam os migrantes como pessoas que beneficiam de recursos escassos de emprego e de apoios sociais, já expressivas em períodos de estabilidade económica, aumentam significativamente em momentos de crise. De igual modo, as narrativas que os autores apelidam de “contaminação sanitária” culpabilizam migrantes pela propagação de doenças durante epidemias ou pandemias. O fenómeno ocorreu, por exemplo em Portugal, durante a pandemia COVID-19, em que foi observado um aumento do estigma e discriminação contra migrantes (Silva et al., 2022). Por fim, as narrativas de “incompatibilidade cultural” enfatizam diferenças culturais irreconciliáveis, retratando os migrantes como uma ameaça aos valores morais e sociais dominantes.

Discriminação interseccional

As experiências de discriminação podem variar significativamente, uma vez que podem resultar da junção de múltiplas características da identidade do indivíduo, como o género, a etnia ou o estatuto socioeconómico. A discriminação com base em várias características, segundo Fredman (2016), pode ser conceptualizada de três formas distintas. Vejamos essas formas através do exemplo de uma mulher negra. No caso da “discriminação múltipla sequencial”, o autor afirma que há discriminação devido a características distintas em situações diferenciadas, ou seja, ocorre discriminação num caso por via do género (ser mulher) e noutro por via da cor da pele (ser negra). Se ocorrer “discriminação múltipla aditiva”, ambas as características contribuem para o ato discriminatório, resultando numa desvantagem acumulada (discriminada por ser mulher e ser negra). As situações de interseccionalidade são mais complexas por traduzirem o efeito conjugado de várias características e o cenário específico que resulta da sua

sobreposição, originando características particulares ao ato discriminatório (Vale de Almeida et al, 2014).

O conceito de interseccionalidade foi introduzido em 1989 pela jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw, num artigo em que analisou o discurso de políticas antidiscriminação dos Estados Unidos para a proteção das mulheres negras, que não consideravam a intersecção entre racismo e sexism. Entretanto foram desenvolvidas várias Teorias de interseccionalidade (Crenshaw, 1991; Cole, 2009; Collins, 2015), que incluem o modo como estruturas de poder na sociedade (racismo, patriarcado, classismo, por exemplo) criam hierarquias que privilegiam alguns grupos enquanto desfavorecem outros. O conceito chama a atenção para o facto dos migrantes serem diferenciados por eixos, como classe, género, situação legal, etc., formando subgrupos que enfrentam diferentes formas e graus de discriminação e desigualdade (Savaş, 2021). Este facto é confirmado pelo relatório *Barómetro da Imigração – a Perspetiva dos Portugueses*, (Pordata, 2024), ao concluir que no caso de imigrantes provenientes de países europeus e com elevado estatuto socioeconómico as percepções e atitudes são predominantemente positivas. Já o grupo dos imigrantes com origem no subcontinente indiano é objeto de elevada oposição, sendo percecionado como o mais culturalmente diferente da população portuguesa.

A discriminação interseccional tem repercussões na saúde mental na população migrante. Migrantes com múltiplas identidades marginalizadas – sobretudo em populações racializadas, mulheres, LGBT+ - enfrentam desafios específicos de saúde mental, que não são evidentes quando se consideram isoladamente os diferentes eixos identitários (Liu et al, 2023) Em termos gerais, de acordo com Funer (2023), os indivíduos com doença mental pertencentes a grupos minoritários registam mais episódios de discriminação e exclusão, contribuindo para agravar o problema de doença mental. Este efeito é também condicionado pelas posições sociais que os indivíduos ocupam antes do diagnóstico:

(...) quando uma pessoa recebe um diagnóstico de saúde mental, essa pessoa já ocupa uma posição social marcada por diversos marcadores de identidade que limitam ou ampliam as suas possibilidades. Intui-se, por exemplo, que a situação de um professor de liceu branco com depressão difere da situação de uma mulher trans de cor com ansiedade. (Faissner et al., 2024, p.1).

Um modelo relevante para entender a influência que a discriminação interseccional pode exercer na saúde mental é o Modelo de Stress Minoritário (Meyer, 1995). Apesar de ter sido criado no contexto de discriminação a minorias LGBTQ+ e ser, até agora, maioritariamente aplicado nesse contexto, constitui um instrumento auxiliar na avaliação dos impactos da interseccionalidade na saúde mental. O modelo distingue entre

stressores “distais” e stressores “proximais”. Os distais correspondem a eventos externos como violência, discriminação ou situações de exclusão. Já os proximais dizem respeito a processos internos como o auto-estigma e a estratégias pessoais de gestão do estigma. Os stressores acumulam-se ao longo do tempo e podem colocar populações minoritárias em maior risco de perturbações mentais. O modelo identifica ainda fatores de proteção, tais como redes de apoio e mecanismos de “coping” adaptativos que podem reduzir o stress minoritário.

Quando aplicado ao processo migratório, é possível cruzar este modelo com a teoria do “stress de adaptação” de Berry (1974, 1980, 1997), que se foca nos processos psicológicos e comportamentais específicos envolvidos na adaptação a uma nova cultura. Neste caso, os stressores distais incluem dificuldades de comunicação, situações de racismo e de xenofobia, situações de incompatibilidade cultural ou falta de rede de apoio; os proximais dizem respeito ao auto-estigma, luto cultural, ou sensação de dupla ausência, já desenvolvidos anteriormente. Ao longo deste trabalho, as perspetivas sobre estigma e discriminação seguirão as abordagens da interseccionalidade e do modelo de stress minoritário, por serem flexíveis e permitirem captar a diversidade de situações observadas e as narrativas das entrevistas realizadas.

1.4 Psiquiatria e poder

Legado colonial

A psiquiatria influencia a noção social de normalidade e, em certas circunstâncias, pode limitar a autonomia das pessoas. Esta influência é bidirecional: molda a sociedade e é moldada por ela. Segundo Foucault (1973, 1974), desde o seu surgimento, a psiquiatria desempenha funções regulatórias para os estados soberanos, função que se manifesta também em contextos coloniais. Nestes últimos, a psiquiatria atuava como instrumento de controlo social, com capacidade de “tornar patológicas” diferenças culturais. O diagnóstico e tratamento era determinado por conceções de racismo e xenofobia e a psiquiatria foi instrumentalizada para se tornar num mecanismo de institucionalização e exclusão, com o objetivo de retirar poder e agência aos povos colonizados (Keller, 2022, Antić, 2023). No contexto da presença francesa no Norte de África, Keller refere:

Nas colónias as condições de internamento e os abusos de poder psiquiátrico alimentavam fortes ansiedades, particularmente quanto à utilização do asilo como instrumento de controlo social. Os norte-africanos mostravam-se frequentemente relutantes em entregar os seus familiares às autoridades coloniais, a não ser que se tivesse tornado verdadeiramente impossível de gerir ou que a família tivesse recebido ordem da polícia para o fazer. (2022, p. 172)

A interiorização por indivíduos de povos colonizados da retórica da inferioridade cultural e racial é uma das principais consequências psicológicas do colonialismo. Este tema foi explorado por Franz Fanon em *Black Skin, White Masks*: “Todo o povo colonizado - ou seja, todo o povo em cuja alma um complexo de inferioridade foi criado pela morte e sepultamento da sua cultura de origem” (1952, p. 18). O objetivo seria provocar sentimentos de isolamento e de incapacidade para escolher, reforçando as condições psicológicas e sociais necessárias à manutenção das hierarquias coloniais.

A psiquiatria tem, pois, um historial de silenciar ou ignorar as realidades vividas pelas comunidades locais, obrigando-as a negociar o seu sofrimento através de linguagens e conceitos clínicos ocidentais (Fanon 1952, 1963; Said 1978).

Para Kilomba (2020), o trauma geracional no contexto do colonialismo pode ser compreendido como a transmissão deste tipo de sofrimento ao longo da história, decorrente de experiências traumáticas coletivas do colonialismo e das suas consequências estruturais e sociais. A autora defende que o trauma não se limita a eventos passados, mas é transversal em diferentes gerações, afetando a saúde mental contemporânea de populações locais, migrantes e racializadas, que podem ainda internalizar de forma persistente um sentimento de inferioridade social e cultural.

Portugal é um país com um longo passado colonial e recebe um número considerável de migrantes provenientes das antigas colónias. São vários os trabalhos sobre saúde mental (Souza, 1983; Pussetti, 2010; Calabrese, 2013; Reyes-Foster 2018) que têm demonstrado que a experiência desses migrantes, marcada por histórias complexas de exclusão, pobreza e racismo, tende a ser interpretada e gerida exclusivamente através de uma visão biomédica, sem um envolvimento significativo dos contextos sociais e culturais. Esta práxis contribui para que os migrantes percepcionem os serviços de saúde mental como extensões de vigilância e controlo institucionais, associando-os ao estigma e à coerção e não ao cuidado ou à cura.

Ainda no contexto lusófono, há diversas pesquisas brasileiras que apresentam evidências do uso do “poder psiquiátrico” para consolidar e regular limites raciais, reproduzindo modelos coloniais de exclusão e governança por meio de estruturas institucionais no Brasil (Soares 2022). Na história da psiquiatria colonial nos impérios britânico e francês encontram-se exemplos semelhantes. As instituições psiquiátricas foram estruturadas para controlar o “outro colonial”, impregnando, muitas vezes, os diagnósticos médicos de diferenças culturais para legitimar intervenções (Keller, 2022). Esta lógica não se restringiu à psiquiatria. Também a antropologia produzida em contexto colonial tinha frequentemente como propósito identificar e classificar a “primitividade” dos povos colonizados, fornecendo categorias culturais e raciais que serviam de base para políticas de exclusão e controlo. Nas palavras de Asad (1973):

Os antropólogos podem afirmar ter contribuído para o património cultural das sociedades que estudam, através do registo atento e empático de formas de vida indígenas que, de outro modo, se perderiam para a posteridade. Mas também contribuíram, por vezes de forma indireta, para a manutenção da estrutura de poder representada pelo sistema colonial (p. 16).

Em Portugal, são ainda raras as abordagens originadas pela psiquiatria portuguesa, mesmo que concebidas numa perspetiva multidisciplinar. A este propósito, refere Pussetti ao comentar os resultados sobre Portugal no âmbito do *European Survey on Migration and Health*, e da *Action Cost – Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe*:

Estes estudos situam (...) Portugal como um dos países com maiores limitações no que diz respeito em particular aos cuidados de saúde mental dirigidos a imigrantes, sublinhando a escassez de investigação académica antropológica (e das ciências sociais em geral), assim como a impermeabilidade do ambiente médico à presença de cientistas de outras áreas e formação. O último inquérito europeu sublinhou a falta de preparação dos técnicos de saúde para assuntos “culturais” e o desenvolvimento de um diálogo “transcultural” eficaz, a falta de pesquisa e de colaboração interdisciplinar e a escassez de intérpretes linguísticos e mediadores culturais. (Pussetti, 2010, p. 18)

Poder psiquiátrico e classificações diagnósticas

Temos vindo a observar que um dos principais poderes na psiquiatria é prescrever que comportamentos são considerados “normais” e quais são considerados patológicos. Para esse efeito, a psiquiatria formulou sistemas classificativos, como já referido no capítulo da Introdução, para uniformizar o raciocínio clínico e o diálogo dentro da disciplina. Salientámos também a existência de muitas críticas apontadas aos sistemas classificativos por não traduzirem a complexidade da comorbilidade e a sobreposição nas doenças mentais (Lieberman, 2015) e que essas críticas questionam a validade biológica de alguns diagnósticos por simplificarem demasiado a realidade clínica e por tenderem a medicalizar experiências humanas (como o luto prolongado ou a timidez).

Ian Hacking (2007), em “Moving Targets”, explica como as classificações criadas pela psiquiatria ou a biologia, afetam as pessoas classificadas e de como estas, por sua vez, acabam por mudar as classificações. Descreve que após ter realizado vários estudos sobre criminologia, personalidade múltipla, abuso infantil ou conceções sobre limiar da pobreza nas décadas de 1980 e 1990, sobretudo em contexto norte-americano, criou o que designou de “dois slogans”: “inventar pessoas” (*making up people*) e “efeito de retroação” (*looping effect*). Descreve o “inventar pessoas” como o processo através do qual uma classificação científica cria um tipo de pessoa e uma nova experiência de ser pessoa, através de “motores de descoberta” que vão desde contabilizar pessoas

com certas características, quantificar parâmetros, definir “normalidade”, correlacionar, medicalizar ou biologizar. Estes novos “tipos de pessoa” interagem com a sua classificação e podem mudá-la. É aqui que entra o “efeito de retroação” - as pessoas tomam consciência da sua classificação e isso altera a forma como se veem ou se comportam, levando a mudanças na própria categoria.

As lógicas subjacentes à classificação acarretam implicações sociais relevantes. Ao agrupar diferentes experiências como categorias, a psiquiatria tende a desconsiderar especificidades individuais e culturais, tratando pessoas distintas sob o mesmo conjunto de regras e expectativas. Mas o poder destas categorias não se limita ao controlo clínico, estende-se à regulação social e moral dos indivíduos, influencia ainda quem é aceite ou afastado do convívio social, determinando os modos de tratamento, vigilância ou até punição (Foucault, 1972). A psiquiatria tem igualmente potencial para medicalizar conflitos sociais e culturais, interpretando diferenças de comportamento ou experiências de exclusão como patologias que devem ser tratadas, monitorizadas ou controladas (Conrad e Schneider, 1980; Kleinman, 2001). Esta prática pode resultar na estigmatização de minorias e na perpetuação de desigualdades, já que a “doença” surge vinculada a características sociais, culturais ou étnicas exteriores à dimensão biológica.

Uma abordagem crítica sensível aos contextos culturais e às dinâmicas sociais é essencial para evitar que a classificação médica se transforme em mecanismo de controlo, exclusão ou opressão.

Este capítulo procurou expor uma visão abrangente sobre migração internacional, articulando conceitos centrais como transnacionalismo, interseccionalidade e regimes de (i)mobilidade, bem como as perspetivas da antropologia médica e da psiquiatria cultural na compreensão do sofrimento e da doença em contextos migratórios. Evidenciou como as experiências de saúde mental das populações migrantes são moldadas por fatores estruturais, históricos e culturais, destacando a relevância das narrativas de doença e do estigma na construção da identidade. Apresentou também as lógicas que presidiram ao aparecimento dos sistemas classificativos e as principais críticas de que foram alvo. Tendo delineado estas bases teóricas, importa agora avançar no capítulo seguinte para a explicitação das opções metodológicas do estudo.

Capítulo 2

Considerações metodológicas

Em linha com a discussão contemporânea em torno do que é fazer etnografia, o trabalho de campo para esta dissertação não decorreu num local longínquo, mas sim no meu local de trabalho enquanto médica interna de psiquiatria, enquadrando-se no conceito de “ethnography at home”. A este propósito dizem Lima e Sarró (2006): “fenomenologicamente, (...) do ponto da vista da subjetividade de que o antropólogo tenta impregnar-se, tão remota e inumana pode ser hoje a selva amazónica como o metro de Londres ou um hospital de Nova York. Os lugares obscuros da terra existem em todas partes (p 32).

Perante o objetivo central de através das próprias narrativas conhecer e avaliar as experiências subjetivas da população estudada face à doença, optou-se por uma abordagem de natureza qualitativa, pois só esta permitiria obter informação com a profundidade necessária (Denzin & Lincoln, 2018; Creswell & Poth, 2018), possibilitando a recolha de dados com maior sensibilidade cultural, captando valores, crenças, representações simbólicas e práticas sociais relacionadas com a doença (Holloway & Wheeler, 2010). A utilização de entrevistas e relatos pessoais permite aceder a histórias densas e ricas sobre desafios de adaptação cultural, negociação da identidade, experiências de deslocação e sofrimento, evidenciando a pertinência da intersecção entre antropologia médica e psiquiatria cultural em estudos que envolvem migrantes de diferentes gerações.

Não se perspetivou a "cultura de migrante" como uma entidade fixa e homogénea. Pelo contrário, adotou-se um posicionamento de “resistência” face à tentação de usar a cultura como forma por excelência de explicar o sofrimento, reconhecendo que a identidade cultural não é uma essência estável, mas algo que se constrói (Abu-Lughod, 1991). Assim, os testemunhos recolhidos não são representações de uma "cultura migrante" homogénea, mas histórias únicas moldadas pelas trajetórias de vida de cada um.

Neste contexto, o duplo papel de interna de psiquiatria e investigadora foi uma oportunidade e um desafio: proporcionou acesso privilegiado ao campo e facilitou relações de confiança com outros profissionais e pacientes, mas implicou a adoção de uma reflexão crítica sobre os riscos de conflitualidade desses papéis, de enviesamento interpretativo e de interpretação de narrativas sob o prisma de categorias clínicas.

Inicialmente esta pesquisa centrar-se-ia em migrantes de segunda geração, isto é, filhos de imigrantes nascidos no país de destino ou que imigraram antes da entrada na escola primária (Vathi, 2015). O interesse por esta população prendia-se com resultados

de pesquisas empíricas na área de saúde mental, como as de Buhgra (2011) ou Chimienti et al (2019), que registaram uma maior incidência de doenças mentais em migrantes de segunda geração, quando comparados com os pais e outros indivíduos naturais do país de destino. Após algumas tentativas de identificar migrantes de segunda geração, tornou-se evidente a dificuldade de reunir uma amostra com essas características. Acresce o facto dos profissionais de saúde nem sempre conseguirem identificar pacientes migrantes como sendo de segunda geração.

Face a esta limitação inicial, optou-se por focar a investigação em migrantes de primeira geração, que se revelou mais viável na identificação de participantes. Neste contexto, e como referido na Introdução, defini como objetivo central saber de que forma migrantes utentes de serviços de saúde mental num hospital da cidade de Lisboa revelam conexões entre experiências migratórias, saúde mental e construção identitária, procurando dar resposta a questões como: (i) que fatores inerentes à migração atribuem ao seu sofrimento psicológico? (ii) de que forma reconfiguram a sua identidade e sentido de pertença em situações de adaptação cultural? (iii) que sentido atribuem aos sintomas que sentem e aos processos de cura? (iv) que contributos oferecem as suas narrativas para o aprofundamento da compreensão da relação entre cultura, sofrimento e cuidado?

O instrumento selecionado foi a entrevista semiestruturada com vista a obter narrativas que permitam compreender como os participantes atribuem significado a vivências complexas, como é o caso das experiências migratórias e do sofrimento mental.

Mattingly (1998) desenvolve essa perspetiva da narrativa em contextos etnográficos e clínicos ao defender que “não funciona apenas como uma forma de discurso; constitui também uma estrutura estética e moral que orienta e dá sentido à ação clínica” (1998, p.2). Perin sintetiza o tema da seguinte forma:

Assim, olhar para diferentes escalas encarnadas nos corpos, nas experiências, nas lacunas das narrativas, nos posicionamentos dos sujeitos é atentar para as significações da malha de afetos que perpassam tanto a vida dos sujeitos de pesquisa, quanto para aquelas que são produzidas pelas relações do pesquisador em campo e, posteriormente, em seu trabalho de escrita. São, enfim, narrativas do mundo e engajadas no mundo. (2021, p.47).

Enquanto psiquiatra, a minha principal ferramenta de trabalho é a realização de entrevistas clínicas, cujo foco está na psicopatologia e na descrição fenomenológica de vivências psicopatológicas. Nesse sentido, recorrendo s palavras de Sims e Oyebode (2018), a descrição fenomenológica procura:

A descrição precisa, categorização e definição de experiências anormais, tal como relatadas pelo paciente e observadas no seu comportamento. Baseia-se no método fenomenológico, ao focar-se nos fenómenos vividos, com o objetivo de estabelecer o seu carácter universal. O objetivo é escutar com atenção, observar com precisão e compreender o evento psicológico por empatia, para que o clínico possa, tanto quanto possível, saber por si próprio como deve ser a experiência do paciente. (Sims e Oyebode, 2018, p. 3

A linguagem da entrevista clínica está algo limitada por categorias psicopatológicas que traduzem a experiência do sujeito num vocabulário clínico, no estabelecimento do tal “carácter universal.” Ao invés da entrevista clínica que privilegia “desvios” e categoriza sintomas, a entrevista etnográfica procura compreender significados, construir sentidos, escutar mundos. A união destas duas práticas é fundamental para aceder à experiência vivida da doença. A este propósito, diz Kleinman: “A etnografia baseia-se no conhecimento do contexto para compreender o comportamento. Ela conta, de certa forma, uma história sobre as pessoas estudadas — revelando mitos, rituais, atividades diárias e problemas” (1988, p.56).

Neste estudo, a entrevista foi estruturada por um guião dividido em três principais secções. A primeira, com perguntas fechadas, visava obter informação sociodemográfica, como nacionalidade, idade, sexo, estado civil, escolaridade e emprego. Numa segunda parte seguiam-se perguntas abertas, em que a partir de uma questão genérica sobre a experiência migratória, a pessoa era convidada a falar livremente sobre o seu caso pessoal. A última secção centrou-se em narrativas relacionadas com a vivência do sofrimento sob o ponto de vista cultural e foi desenhada com base na Cultural Formulation Interview (CFI), ainda que não se tenha seguido integralmente este modelo.

2.1 Participantes

A população considerada no estudo é constituída, como já referido, por migrantes em tratamento num hospital da cidade de Lisboa. A seleção foi feita com recurso a um questionário que apresentei a colegas psiquiatras e internos de psiquiatria do hospital, a quem solicitei que indicassem pacientes maiores de 18 anos, nascidos no estrangeiro, com capacidade para dar entrevista e fornecer consentimento informado. Solicitei ainda que os colegas pedissem autorização prévia ao paciente para serem contactados por via telefónica.

Foi recebido um total de 33 pessoas, tendo sido contactadas telefonicamente 21. Onze indivíduos não responderam a várias tentativas de contacto, possivelmente devido a contactos desatualizados ou perda de follow-up. Aceitaram participar no estudo 10

pessoas, a quem me apresentei como interna de psiquiatria do hospital, embora estivesse na qualidade de estudante do Mestrado em Antropologia do ISCTE, a realizar um estudo sobre experiências de migração e de saúde mental.

A amostra final ficou constituída por 10 pessoas, 6 do género feminino (F), 3 do género masculino (M) e um que se identificou como *genderqueer* (GQ). A média de idades era de 40 anos, sendo que o participante mais jovem tinha 26 anos e o mais velho 50. A amostra registou vários países de origem, com pessoas do Brasil, Angola, Guiné-Bissau, Roménia, Índia, Reino Unido, Irlanda e Colômbia. Uma das participantes era familiar de uma utente selecionada.

Os participantes estão em Portugal há vários anos (mínimo 2 anos, máximo 19 anos, média de 7,4 anos). Nas razões apontadas para a situação de migrante, 6 referiram razões relacionadas com parceiros, como ter namorado/a ou esposo/a português(a) e mais facilidade de obter nacionalidade portuguesa ou conseguir emprego em Portugal. A participante da Índia deslocou-se em contexto de casamento arranjado. Dos 10 participantes, 9 possuem um curso superior e estavam inseridos no mercado laboral, embora metade está num emprego pouco compatível com as qualificações de que eram portadores. As razões justificativas do elevado número de participantes diferenciados encontram-se explicadas no capítulo 5. Os participantes deste estudo estavam sob acompanhamento psiquiátrico há pelo menos um ano, sendo que a maioria estava diagnosticada com doença mental ligeira.

2.2 Procedimentos de recolha e análise de dados

Obtida a autorização de participação no estudo, foi agendada uma primeira entrevista, com a opção de decorrer de forma presencial ou à distância, por *zoom*. A maioria das pessoas preferiu realizar a entrevista presencialmente, conciliando com um dia em que se deslocavam ao hospital. Quatro entrevistados preferiram a opção *online* devido a constrangimentos logísticos. As entrevistas presenciais decorreram numa sala do hospital de dia, por se tratar de um local distinto das restantes instalações - mesas de grandes dimensões, cadeiras dispostas em círculo, pinturas realizadas por utentes nas paredes – onde nenhum dos participantes tinha estado anteriormente. Este local permitiu conduzir as entrevistas num ambiente diferente da consulta externa ou do internamento, procurando evitar que os participantes se sentissem em contexto de avaliação psiquiátrica.

A entrevista apresentava o projeto de estudo, informação sobre garantias de confidencialidade e anonimato, leitura e assinatura do consentimento informado e pedido de autorização para gravação das conversas. No final de cada entrevista houve um momento para os participantes colocarem questões. Em dois casos as entrevistas

decorreram em língua inglesa. No final de cada conversa, registei as minhas reflexões sobre estados emocionais e dinâmicas de interação de cada entrevistado e para proteger a sua identidade atribuí pseudónimos a cada um.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, correspondendo ao início da “análise temática” dos dados de que falam Braun e Clarke, (2006), ou seja, à familiarização com os dados obtidos, seguindo-se o seu processamento com o objetivo de identificar transversalmente indicadores, padrões ou temas que se repitam e se destaquem. Este processo visou captar as formas mais íntimas, subjetivas e incorporadas de sofrimento e identidade. São dimensões que não se encaixam em categorias fixas, mas que emergem precisamente onde a psiquiatria e a antropologia se cruzam: na narrativa clínica que se torna etnográfica e na experiência subjetiva que ganha novos sentidos quando é escutada com objetivos para lá dos terapêuticos.

Nas primeiras entrevistas senti dificuldade em não reagir “clinicamente” face a algumas afirmações, isto é, não ceder ao impulso de fazer novas perguntas para obter informação complementar relacionada com a tal procura de sinais e sintomas que orientam a entrevista psiquiátrica. Progressivamente fui adotando uma perspetiva para lá do diagnóstico, procurando compreender a complexidade das experiências humanas e de sofrimento descritas perante mim.

2.3 Considerações éticas

Algumas das limitações apontadas por estudos na área da antropologia médica é a dificuldade em estabelecer uma relação de colaboração com instituições, o que dificulta por vezes a obtenção de informação considerada importante. Nesta dissertação esse constrangimento foi praticamente inexistente, uma vez que, como atrás, referido desempenho a minha atividade profissional no hospital onde o trabalho de campo foi realizado.

Esta posição mais favorável não deixou de levantar desafios éticos. A obtenção de autorização e aprovação ética por parte do hospital, por regra um processo moroso e complexo, foi agilizado por se tratar de um estudo realizado por uma profissional do hospital e não implicar intervenção clínica ou terapêutica. Ficou estabelecido desde o início que nenhum paciente sob meu acompanhamento clínico faria parte da amostra, preservando a relação médico-doente e eliminando um qualquer potencial conflito ético decorrente da assimetria de poder inerente à relação clínica. Ainda assim, havia o risco inevitável de os pacientes se sentirem pressionados por receio de comprometerem a relação com o médico acompanhante que os indicou como participantes no estudo. Neste sentido, procurei assegurar que a participação fosse voluntária, sustentada na informação apresentada e no consentimento informado.

As motivações apontadas pelos pacientes para participarem no estudo relacionaram-se com a sua proximidade ao tema (“migrantes” e “saúde mental”) e com o desejo de contribuir com a sua experiência. A maioria verbalizou no final das entrevistas que tinha sido positiva a oportunidade para falar “à vontade” da sua experiência e sobre temas que raramente eram abordados em contexto de consulta.

O consentimento informado esclareceu os objetivos do estudo e o pedido de autorização para gravação da entrevista, com garantia que os ficheiros seriam destruídos após conclusão do estudo. Explicou-se também que todos os dados seriam tratados de forma anónima, garantindo a confidencialidade e a proteção da privacidade, tornando impossível identificar qualquer um dos participantes e/ou de estabelecer ligação entre o conteúdo das narrativas recolhidas e a pessoa entrevistada. Foi ainda esclarecido que nenhuma informação seria partilhada com o médico assistente. Finalmente, foi explicado que a recusa em participar/abandonar a entrevista não afetaria a relação do participante com a instituição.

2.4 Limitações Metodológicas

No decurso do processo de pesquisa surgiram limitações de várias ordem. Algumas delas estão associadas à composição da amostra. Com efeito, o recrutamento de participantes foi efetuado exclusivamente num único hospital da região de Lisboa. Por razões de conveniência, a amostra não considerou pacientes de outros hospitais, nem tão pouco aqueles que sofrem em silêncio, que preferem práticas de tratamento culturalmente situadas ou que recorrem a redes de apoio informais. Por outro lado, a maior parte dos participantes selecionados era detentor de um nível elevado de escolaridade e de uma situação económica estabilizada. Trata-se de características pouco representativas da diversidade das comunidades migrantes em Portugal, influenciando deste modo os dados obtidos, como será explicado no capítulo da discussão dos resultados. Além disso, as entrevistas decorreram em ambiente hospitalar, um espaço que carrega uma carga simbólica de poder e onde era difícil contornar a percepção de “cenário clínico”, apesar dos esforços para criar um ambiente mais informal. Esta circunstância pode ter condicionado a forma como as narrativas de vida foram construídas e partilhadas (ou omitidas). Por exemplo, os participantes podem ter sentido a necessidade de comentar sobre o que consideravam ser as “respostas certas” para o contexto do hospital. A obtenção da aprovação institucional para realizar esta investigação não deu margem para escolher outros locais.

Reconheço que a minha qualidade de psiquiatra a fazer trabalho de campo antropológico me colocou num posicionamento “dividido”, obrigando-me a uma negociação constante entre as perspetivas de “dentro” e de “fora”. Abu-Lughod (1991),

introduziu os conceitos de “halfie” e “posição dividida” (“split position”), para denominar as situações em que os investigadores não estão totalmente dentro (insiders) nem totalmente fora (outsiders), vivendo uma divisão interna entre pertenças e perspetivas que afetam a investigação na sua neutralidade.

Contudo, esta dupla posição gerou oportunidades para além dos desafios. Por um lado, proporcionou-me acesso privilegiado a um campo em que já estava inserida, facilitando o estabelecimento de relações de confiança e a compreensão de nuances clínicas e culturais dos discursos. Por outro, impôs uma consciência crítica permanente sobre os riscos de enviesamento interpretativo para categorias clínicas, impondo maior sensibilidade a lógicas e contradições culturais. Assumir esta reflexividade, por princípio e fim, foi fundamental para distinguir o olhar clínico do olhar antropológico.

Capítulo 3

Migração, adaptação e identidade

A apresentação dos resultados está dividida em duas partes: este capítulo 3 situa as narrativas dos entrevistados na temática da adaptação e construção identitária, o próximo capítulo 4 incidirá sobre narrativas de doença e práticas de cura em saúde mental. Estudos no âmbito da psiquiatria cultural e da antropologia médica (Berry, 1990; Vertovec, 2001; Bhugra, 2011 e 2019) têm concluído que a construção da identidade e a adaptação cultural de pessoas migrantes é um processo dinâmico e contínuo, marcado por tensões entre pertenças múltiplas e contextos sociais diferenciados, envolvendo negociações entre a retenção da cultura de origem e a incorporação de elementos da cultura de acolhimento. Outros estudos (Schiller *et al.*, 1995; Vertovec, 2001, Kim *et al.*, 2021), também no quadro da psiquiatria cultural e da antropologia médica, trabalharam o conceito de transnacionalismo e de que modo as múltiplas conexões mantidas pelos migrantes com o país de origem podem funcionar simultaneamente como fator de resiliência e de stress.

Tendo estes estudos como enquadramento, neste capítulo serão abordadas em três partes distintas várias dimensões da experiência migratória: (i) motivações, obstáculos iniciais e laços transnacionais estabelecidos; (ii) estratégias e conflitos nos processos de integração e adaptação cultural; (iii) estratégias de reconfiguração da identidade pessoal e coletiva. No final será apresentada uma vinheta etnográfica a partir de uma entrevista que se revelou particularmente expressiva sobre os temas trabalhados, da qual destaco uma citação particular: “Me sinto muito mais brasileira por estar fora do Brasil”.

3.1 Trajetos migratórios: motivações, desafios e laços transnacionais

Neste ponto iremos explorar os fatores subjacentes à decisão de migrar por parte dos participantes, as dificuldades que encontraram no percurso migratório e as redes afetivas e familiares mantidas com o país de origem. A análise incorpora também o impacto de eventos particularmente disruptivos, como foi o da pandemia COVID-19.

3.1.1 Fatores *push* e *pull* : motivações e obstáculos para a migração

Como vimos no capítulo 1, há várias décadas que os modelos de análise utilizados por investigadores e por organizações internacionais consagraram a teoria “push-and-pull” para identificar e caracterizar fatores que levam os migrantes a deixar o país de origem ou que os atraem para o país de destino. A partir deste modelo analítico, e com base

nas narrativas dos entrevistados, iremos identificar os fatores “push” e “pull” que os levaram a escolher Portugal.

A principal força motriz apontada é a procura de melhores condições de vida, impulsionada por convites ou incentivos de migrantes familiares ou amigos já a residir em Portugal ou por oportunidades de trabalho que surgiram: “O meu irmão já tinha aqui um ano, dois anos. Vim cá, comecei logo a trabalhar no restaurante. Foi de repente, era novo e não pensei muito.” (Eric, Roménia); “Consegui encontrar bastantes oportunidades, como trabalhar em inglês em Lisboa, tanto com empresas portuguesas como com empresas internacionais” (Stan, Reino Unido) A Cláudia, do Brasil, verbalizou:

O nosso plano era ir para o Canadá, porque nós temos amigos lá. Não nos íamos dar lá bem, ia ser gastar um dinheiro imenso, mas nunca imaginámos vir para Portugal. Foi aquela história do cavalo branco, ele passou, nós montámos, e não nos arrependemos. Chamaram o meu marido para uma entrevista e nessa entrevista tinha possibilidade para Portugal. Então começou a loucura dessa vinda para Portugal.

Vários entrevistados salientaram a situação instável do seu país de origem em termos políticos, de segurança e de respeito por direitos humanos como tendo um efeito que impulsionou a sua vontade de emigrar: “Depois as coisas no Brasil começaram a complicar muito, economicamente, socialmente, questões de segurança, e isso foi ficando cada vez mais vivo e a gente viu também para isso uma saída” (Simone, Brasil); “Foi um período muito difícil na Roménia, quando cheguei cá em 2004. A política que acontecia lá... não havia trabalho... nada mudava. A Roménia foi comunista muito tempo e depois da revolução ficou muita confusão” (Eric, Roménia); “Isto também foi bastante acelerado pelo Brexit. Portanto, quando o Brexit aconteceu, mudei-me para cá; em 2020 ainda era cidadão da UE, pude mudar-me, foi em parte por causa disso” (Stan, Reino Unido); ou ainda nas palavras de Amélia:

Nasci e vivi num contexto guerra... As dificuldades económicas mesmo depois da paz, continuaram muito complicadas. E na verdade não queria que o meu filho vivesse a mesma experiência. (...) Queria dar o melhor para o filho. E depois das últimas confusões, das últimas eleições em Angola, avizinhava-se de novo uma insatisfação popular e eu estava com medo que começasse uma guerra e, além disso, a situação económica piorou bastante.

Alguns participantes relevaram a procura de uma vida menos agitada que no país de origem, fruindo de melhores infraestruturas, mais mobilidade ou mais tempo livre:

Estava muito cansado porque é uma cidade muito grande, com muito trânsito, tudo é muito caro... eu já estava realmente colocando na balança, no sentido de trabalhar e não ter uma vida, eu se mais trabalhava não tinha tempo, quando tinha tempo eu estava muito esgotado. Eu me encaixo mais com a cultura mais europeia, me identifico mais do que americana que é trabalhar, trabalhar, trabalhar, ... E eu não quero isso para mim! Então eu falei, vou para Portugal! (Francisco, Brasil)

No que diz respeito às razões para escolher Portugal como país de destino, os entrevistados salientaram três principais, por vezes coexistentes: ser proveniente de um país de língua oficial portuguesa e ter mais facilidades de comunicação resultantes da partilha de uma língua comum; e/ou ter um antepassado português, perspetivando um processo de obtenção de nacionalidade mais facilitado; ou para se juntar a um familiar ou companheiro a residir em Portugal. Um participante refere o seguinte: “Eu tinha opções de morar nos Estados Unidos, porque eu tenho visto americano, e tinha opção para cá, porque meu avô é português” (Francisco, Brasil). Dois participantes esclareceram que já planeavam emigrar por questões de natureza académica ou profissional e acabaram por vir para Portugal impulsionados pelos seus companheiros:

Eu não sabia quase nada de Portugal (...) queria estudar na Europa e decidimos conhecer uma cidade mais económica para os meus pais. Fomos a Madrid e, nessa altura, vim um mês para Portugal, fiquei com o meu ex-namorado. Gostei mais de Lisboa, além de que sabia que ia ter o namorado. E foi assim que cheguei a Portugal. (Sofia, Colômbia)

Sempre quis viver noutro lugar enquanto adulto e o meu companheiro também já queria, ele é do Brasil. Tinha vivido no Reino Unido durante muito tempo, (...) por isso acabou por viver lá uns 10 a 12 anos ou algo assim. Falámos sobre o Brasil como uma possibilidade, mas era muito complicado, e acabámos por vir para Portugal. (Stan, Reino Unido).

Também o acesso a sistemas de saúde pública e a mecanismos de proteção social foi valorizado, sobretudo quando percecionado em contraste com a precariedade existente no país de origem: “Queríamos fazer essa mudança política, e Portugal

atendia a isso. Então, viemos para cá com esse propósito de viver dentro de uma política socialista (...) ter direito a coisas públicas, desde que contribuíssemos para elas. E assim fizemos." (Simone, Brasil). Uma das entrevistadas, oriunda da Índia, veio para Portugal num contexto de casamento arranjado: "Ah, meu marido foi à Índia. Estava solteiro. Eu também estava solteira. Depois eu e meu marido conhecemo-nos, depois casar e venho aqui. Ele já vivia aqui, nasceu em Moçambique e tinha nacionalidade portuguesa" (Veronica, Índia).

Em suma, os testemunhos recolhidos evidenciam que os fatores “push” e “pull” se entrelaçam em narrativas diversas. Razões de natureza económica ou de segurança coexistem com dimensões afetivas e relacionais, bem como com percepções de melhores condições de vida, de acesso a direitos e de possibilidades de realização pessoal. O *leitmotiv* da decisão migratória não se resume, assim, a um único motivo, mas resulta da conjugação de circunstâncias objetivas e subjetivas que, em conjunto, moldaram as trajetórias de cada um. Portugal surge neste quadro como destino escolhido tanto pela proximidade linguística e cultural como por fatores de oportunidade. Estas múltiplas motivações mostram como o processo migratório é simultaneamente resposta a constrangimentos e projeção de expectativas.

3.1.2 Laços transnacionais e a dor da ausência

Vejamos agora os principais fatores dissuasores do movimento migratório e obstáculos iniciais, bem como os custos emocionais resultantes da separação de entes queridos. Vários dos participantes mencionaram medos e incertezas iniciais como receio do desconhecido, passar por dificuldades económicas ou não conseguir encontrar trabalho: "Eu chorei no caminho, mas foi esse sentimento de incerteza, de medo, se não dá certo, se eu chegar e quebrar a cara, mas... eu falei, não! Eu vou, porque eu tenho que ir!" (Francisco, Brasil); "E aí pronto, nós chegámos, a empresa deu três meses de alojamento local e tinha o salário dele... eles mentiram um pouquinho pra gente... afinal tinha tanto desconto! Quando meu marido viu o que ia sobrar... ele foi tomar um banho e disse que chorou." (Cláudia, Brasil)

Os desafios burocráticos iniciais também foram apontados como um grande obstáculo no momento da chegada: "Portugal é um país bastante burocrático e imagino que seja complicado lidar com o sistema. E, neste momento, sinto-me mais tranquilo porque a minha companheira é portuguesa e percebe todas as nuances." (Kyle, Irlanda).

Na literatura sobre movimentos e processos migratórios abundam os estudos sobre os impactos emocionais resultantes da separação de familiares e amigos e a importância extrema das relações transnacionais estabelecidas pelos migrantes com pessoas e instituições do país de origem (Schiller et al. 1995; Vertovec, 2001; Burgha,

2015; Levitt, 2003; Faist, 2010; Belloni ,2019). Em consonância com estes autores, as narrativas dos entrevistados acerca do impacto dos laços transnacionais no seu bem-estar contêm dimensões que podem ser consideradas nalguns casos como impulsionadoras de resistência, e noutros de sobrecarga emocional e angústia.

Vários participantes destacam o recurso a instrumentos de comunicação à distância (videochamadas, mensagens, emails, redes sociais) para manter contacto com a família e amigos: “Falo sempre com as pessoas de lá, tem internet para tudo. Com os meus colegas de lá, criámos um grupo no WhatsApp e fazemos sempre chamadas de vídeos, de voz, mensagens” (Nina, Guiné-Bissau); Para a Simone, do Brasil:

É a tecnologia que aproxima muito, então (...) eu falo com os meus pais diariamente. Vejo, não só falo, vejo, eu mantendo contato com muitos dos meus amigos lá no Brasil. Há pessoas que eu falo no Brasil como se estivesse aqui. (...) Eu tenho uma amiga, por exemplo, que a gente se fala quase que diariamente só para falar mal da novela. (Simone, Brasil)

A mesma participante referiu que, por vezes, a intensidade das saudades que sente é tanta, que falar com os amigos e familiares por videochamada acaba por ser simultaneamente gratificante e doloroso: “Essa coisa da tecnologia é uma coisa que é boa e ruim. Por exemplo, quando já fazendo um ano que o meu enteado não vem, a saudade já está muito apertada e não gosto de falar com ele por vídeo. Eu já estou em um grau, assim, de saudade, que só de ver já me incomoda, já me dói muito”. (Simone, Brasil). Esta participante reconheceu ainda que os contactos com o país de origem podem interferir com a adaptação ao país de destino:

Quando eu volto do Brasil, por exemplo, eu fico sem querer falar muito com o meu pai, com a minha mãe. Ela quer manter essa rotina de falar todo dia, não sei o quê, e eu digo, mãe, me dá um tempo, eu não quero. Eu quero me desligar um pouco agora de você, do meu pai, da rotina daí, entender de novo a rotina da minha casa, porque quando eu fico fora, meu marido estabelece uma nova rotina, um novo horário, de novas coisas aí, eu preciso de novo me conectar a ele, e aí não quero estar falando muito, não quero estar vendo por telefone. (Simone, Brasil).

Este testemunho ilustra os efeitos ambivalentes sobre o bem-estar dos migrantes em resultado de equilíbrios constantes entre a preservação das conexões com o país de origem e a integração na vida diária do país de destino.

As visitas ao país de origem, enquadradas nos processos transnacionais, são referenciadas por todos os entrevistados, notando-se, contudo, uma perspetiva diferente entre os migrantes provenientes de países da União Europeia e os que vieram de locais mais longínquos de África ou da América Latina. Para estes, a decisão de fazer uma visita é tomada considerando fatores como o tempo de deslocação, escalas necessárias, custos da viagem e logística familiar envolvida na estadia. Vejamos como um dos entrevistados europeus se refere em relação a este assunto:

Porque até 2020, ou seja, nos primeiros dois anos que estivemos cá, desde fevereiro de 2019 até 2020, estive em Londres durante todo o mês a trabalhar, a trabalhar numa universidade, a gerir um projeto num teatro, e isso era, na minha cabeça, a forma de trabalhar que iria ter daí em diante. E estava a fazer algum trabalho aqui, a ir e voltar. (Stan, Reino Unido)

Já no que respeita aos participantes de países fora da Europa, as suas declarações destacam a dificuldade em regressar em momentos impactantes no seio familiar, como aniversários, casamentos, doença ou morte:

No ano passado, eu tive que sair correndo daqui antecipar a minha ida, porque a minha mãe teve uma piora muito grande. Eu estou preparada para, efetivamente, ter que sair correndo em algum momento porque alguém precisou de mim. Não é algo que me pesa. Faz parte do processo da escolha que fizemos, de emigrar. (Simone, Brasil)

Acho que a pior parte da emigração é você perder os queridos e você não poder vir. A passagem é muito cara, não dá pra você conseguir se mandar na hora, e aí você só pode ficar aqui, chorando, então pra mim essa é a pior parte, sabe? Você quer ir, você quer ver, quer se despedir, fica aquele sentimento de você querer muito, mas não dá. O ruim também é quando você perde os casamentos, aniversários... (Cláudia, Brasil)

Se alguma coisa de grave acontecer eu não consigo voltar, tipo é muito caro é muito difícil... Mesmo que saísse imediatamente, não há voos daqui, tinha de ir até Madrid, apanhar um voo e depois andar 8h de autocarro já na Colômbia, além de que sairia mesmo muito caro. (Sofia, Colômbia).

Foram ainda referidos os efeitos das dificuldades em gerir os bens ou tratar de questões burocráticas nos países de origem: “Há um documento que não consegui. Foi a certidão de casamento, porque era em outra cidade. Mas depois um amigo nosso trouxe. A gente foi o primeiro grupo que veio e tinha outro grupo para vir. Aí, do outro grupo, o rapaz veio e trouxe para nós.” (Cláudia, Brasil). Outro participante comenta que deveria ter vendido uma casa que tem na Roménia numa altura mais favorável em termos de mercado, tendo-lhe sido difícil fazer essa gestão à distância: “Eu ainda tenho a casa lá, e acontece que o meu irmão já mudou tudo para cá. Se tivesse vendido há 2 anos atrás podia comprar dois T0. Agora não posso comprar nenhuma, aumentaram muito os preços das casas.” (Eric, Roménia)

Em suma, a dimensão com maior impacto emocional parece residir nos laços transnacionais. Enquanto a tecnologia moderna permite a manutenção de laços familiares e de amizade, afirmado-se como uma fonte de conforto e apoio, pode, por outro lado, intensificar as saudades e dificultar a plena integração no país de destino. Além disso, as barreiras financeiras e logísticas para o retorno ao país de origem em momentos cruciais da vida familiar sublinham a profundidade dos desafios emocionais da migração.

3.1.3. Impacto da pandemia nos percursos migratórios

A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 foi apontada por diversos entrevistados como um desafio importante. O confinamento interferiu na sua integração no novo país ao afetar todas as dimensões da vida: relações sociais, mercado laboral, conhecimento de novos locais, contactos com a cultura local. Ainda mais, impediu totalmente a possibilidade de viajarem para os países de origem.

Por vezes, salientaram as dificuldades na adaptação inicial ao país, uma vez que tinham chegado pouco antes do confinamento, fazendo referência à ansiedade causada pelo isolamento, contexto agravado pela situação sanitária no país de origem ou pelo facto de familiares terem contraído COVID, acabando por falecer um deles: “Eu não queria pegar COVID de maneira nenhuma. E em contrapartida, a minha avó pegou a COVID, a minha mãe, a minha tia pegou a COVID. Aí... espera... essa parte eu me emociono, porque minha tia faleceu e eu não pude voltar” (Cláudia, Brasil). Os efeitos do isolamento surgem de forma expressiva nas declarações de Simone, do Brasil:

A pandemia mexeu muito na minha saúde mental. Creio que com a de todas as pessoas. Cheguei aqui e... um ano depois, lockdown! Um ano sem poder sair de casa, sem poder viajar. Minha mãe teve COVID, eu entrei em pânico porque eu

sabia que eu não podia sair daqui eu não podia entrar lá, aeroportos fechados, enfim. (...) Foi muito duro a gente ter ficado nesse período. Durante um ano e meio estávamos só eu, meu marido e o cachorro.

Stan, do Reino Unido, explicou como durante a pandemia perdeu oportunidades de trabalho que o obrigaram a redirecionar o seu percurso para caminhos inesperados:

Fiz uma semana de formação como guia turístico e, a meio da semana, fomos à Quinta da Regaleira, mas estava fechada por causa da COVID. Então nunca me tornei guia turístico. (...) Aconteceram várias situações, eu estava a fazer algumas coisas, depois criei uma empresa, fazia silent discs nas ruas de Lisboa, fizemos algumas atividades no Winter Wonderland... e depois, nada! Nada aconteceu! Acabei por trabalhar em babysitting...

Estas narrativas indicam como o contexto pandémico amplificou vulnerabilidades e criou obstáculos adicionais à integração social, laboral e emocional dos migrantes. A impossibilidade de mobilidade transnacional, o isolamento prolongado e o luto à distância interferiram de forma marcada nas suas vivências e sugerem que a pandemia deve ser entendida como um evento crítico de saúde pública global, com impactos subjetivos estruturantes, em particular, na sua saúde mental.

3.2 Adaptação cultural e vida quotidiana: estratégias e conflitos

Neste ponto serão aprofundados aspectos da complexidade da experiência pós-migratória, isto é, para lá dos primeiros desafios no país de destino. Mais uma vez, com base nas narrativas dos entrevistados, procuram identificar-se mudanças de hábitos e rotinas, formação de laços de amizade, negociações de valores, conflitos culturais e estratégias de adaptação ou resistência às novas realidades.

3.2.1 Reconfiguração de hábitos e rotinas

A adaptação quotidiana é descrita na literatura sobre migração como um processo gradual e pragmático (Berry 1974, 1980, 1997; Burgha 2015). Ao longo das entrevistas, os participantes relatam mudanças que, ainda que subtis, alteraram profundamente a sua maneira de viver, desde a gestão do tempo e das finanças até aos hábitos alimentares e à interação no espaço público, marcando uma transição significativa do seu quotidiano anterior.

Um dos participantes conta ter começado a utilizar o metropolitano como meio de transporte e ter iniciado a sua vida de lazer em Portugal explorando superfícies

comerciais e, posteriormente, passeando pelo país: "Nos primeiros anos andava muito de metro e ia para os centros comerciais, que eu não estava habituado. Depois saímos mais, alugávamos carros, saímos, divertimo-nos, conhecemos muitas pessoas, e isso foi bom!" (Eric, Roménia. Outra participante menciona como lidou com novas realidades na gestão das finanças pessoais e nas modalidades de compra em supermercados: "Comprava sem promoções. Eu disse, ah! está muito caro...não pode comprar... como é viver assim? Agora já tenho hábito de comprar com promoções. Saber como poupar, como fazer essas coisas." (Verónica, Índia)

Em várias entrevistas a culinária é mencionada não só como meio de aliviar saudades e de aproximação à cultura do país de origem, como também como veículo de descoberta e incorporação de elementos da nova cultura do país de destino:

Os hábitos alimentares a gente procurou mudar um pouco. Mas se estiver o meu enteado, aí sim! Ele tem poucas referências do Brasil atualmente, faço questão de trazer o Brasil p'ra ele e ele gosta disso, ele sente falta disso. Então, fazer a comida como é na casa da avó, trazer aquelas memórias da infância que vêm através da comida... do cheiro da comida! (Simone, Brasil).

Em Portugal consomem muito da cultura do Brasil. Mas o Brasil não consome muito de Portugal, ou seja, não há uma troca. Não há intercâmbio de novelas, de música, de comida. Porque p'ro Brasil, a comida em Portugal é o bacalhau e o pastel de nata! Acabou... E Portugal não é só isso. Tem muito mais. Comida muito melhor que o bacalhau. (Francisco, Brasil).

Finalmente, como referido , as questões associadas à segurança que podem funcionar como fator “push” no movimento migratório. As declarações de uma entrevistada sugerem que podem igualmente marcar o processo de adaptação quotidiana:

Ao início, eu fazia questão de estar sempre alerta, na rua e em qualquer lado. O meu marido ria muito de mim. Tem um daquelas mesas no shopping e chegou uma senhora e perguntou se podia sentar. Disse que sim. E ela disse assim, ‘ah, esqueci o molho da salada’ e deixou as coisas todas lá, bolsa e tudo. E se foi e demorou! Parecia pegadinha... é incrível! A menina foi embora; no Brasil, você nunca mais ia ver suas coisas. (Cláudia, Brasil).

3.2.2 Conflitos culturais, negociação de valores e estratégias de adaptação

A complexidade da vivência intercultural no quotidiano confronta os migrantes com desafios resultantes de diferentes formas de estar, comunicar e compreender o mundo.

Nas narrativas dos entrevistados, algumas questões emergiram como verdadeiros “choques culturais”. Após terem sido ultrapassados aspectos mais prementes na aprendizagem da língua e na familiarização com hábitos, é descrito um “segundo choque”, relacionado com a sensação de que a compreensão inicial das normas e formas de comportamento é, afinal, superficial. São comentadas formas de atuação regidas por códigos difíceis de decifrar, que estarão relacionados com raízes históricas profundas do país. Um dos participantes, a este propósito, relevou o passado ditatorial em Portugal:

Já falei sobre isto com a minha terapeuta também, como um segundo choque cultural. Não sei é uma expressão usada, mas depois de talvez dois ou três anos no país pensas que já percebes e começas a interagir como se comprehendesses, e depois descobres que, na verdade, nada disso é real (...). Não consigo perceber porque é que os meus amigos portugueses, com 35, 36 anos, pensam da forma que pensam. Mas é porque os pais deles cresceram sob uma ditadura, enquanto os meus pais, na década de 1970 em Reino Unido, faziam o que queriam. Isso tem sido algo realmente surpreendente, a quantidade de coisas que são intangíveis, que não estão codificadas. (Stan, Reino Unido)

Um sentimento similar foi verbalizado por outra participante, que salienta começar a sentir uma certa resistência à cultura local:

Depois as coisas que vão entrando na rotina, tanto que eu percebo que a minha dificuldade de adaptação, ela se dá sempre depois do primeiro ano. No segundo ano, quando as coisas começam, que você já está mais assentado, é quando a saudade começa a apertar, a distância começa a ficar mais distante, quando eu começo a ficar um pouco mais resistente à cultura local. (Simone, Brasil)

Este distanciamento foi também experienciado de forma sensorial pela participante natural da Índia. Afirmou que durante anos usou sempre as suas vestes tradicionais, porém, durante um casamento português, sentiu vergonha ao deparar com outras formas de vestir, de cumprimentar e praticar gestos íntimos: “Eu fui a um casamento vosso e usei o nosso Sari. Depois vocês todas estavam vestidas de forma mais aberta. Depois o estar a beijinho com alguém, assim... a tocar. Fiquei com muita vergonha. Agora só uso o Sari na nossa Igreja.” (Verónica, Índia)

Também foram referidas situações de choque cultural relacionadas com as relações interpessoais, que foram novamente associadas a consequências do passado histórico português: “Se você vai no Brasil, nós vamos te tratar tão bem, tão bem mesmo! Tipo, eu dou a minha cama, você dormiu, vamos sair, vamos passear. É porque é cultural. Aqui é outra cultura. É um país que veio de... teve guerras, tem muita coisa. E tem a frieza. “(Francisco, Brasil) A sensação de falta de abertura nas relações interpessoais foi apontada como uma razão para que em Portugal ocorram problemas de sofrimento psíquico, ao contrário do que considera acontecer no seu país de origem:

Como é isso da ansiedade ou da tristeza na Guiné? Olha, para ser sincera, lá é muito raro, porque as pessoas lá estão sempre a divertir e não têm esse problema da ansiedade. Em 10 deve ser 1 ou algo assim. Porque lá é... como eu posso dizer... é um país muito aberto, sabe? Todo o mundo fala com todo o mundo. Uma pessoa chega lá, mesmo que é estrangeiro, convidamos para ir para a nossa casa comer, divertir, então é difícil ter ansiedade lá. Temos música, temos dança, temos muita coisa! (Nina, Guiné-Bissau).

Perante esta panóplia de desencontros culturais, os entrevistados apontam para a utilização de algumas estratégias de adaptação ou de resistência. A procura ativa de novas redes e a preferência por ambientes socialmente diversos são considerados facilitadores de integração. A participante Simone, do Brasil, refere que procura evitar "grupinhos" de nacionais, preferindo "estar nos lugares onde está todo mundo, onde tem portugueses, brasileiros, ingleses, franceses, espanhóis." Outros procuramativamente igrejas ou atividades ao ar livre para facilitar a interação social. Ao chegar a Portugal, a entrevistada da Guiné-Bissau, Nina, procurou imediatamente uma igreja semelhante à do seu país: “Como eu sou praticante, a primeira coisa que eu fiz foi procurar uma igreja acolhedora para me adaptar mais facilmente.”

Uma atitude comum a vários entrevistados e que expressa preocupação com a adaptação ao país de destino é o retraimento na expressividade física associada a manifestações de afeto, evitando gestos ou comportamentos que possam ser entendidos como contrários às práticas e normas locais de interação. Os participantes neste estudo entendem ser benéfico procurar um certo equilíbrio com a ligação à cultura de origem, mesmo quando a ligação a esta é perspetivada como uma forma de conforto e de resistência. Como explicou uma entrevistada:

O meu marido diz que eu saí do Brasil, mas o Brasil não saiu de mim. Então, por exemplo, eu vejo muita televisão, eu vejo o que é da Globo, eu assino a Globo

Internacional, eu vejo telejornal brasileiro. Não que eu não veja outras coisas, mas eu ainda continuo muito ligada. Eu acho que não é uma coisa positiva, eu precisava estar mais ligada, precisava ver mais telejornais portugueses do que brasileiros, por exemplo. Tinha que ter um equilíbrio melhor nessas coisas, mas me dá um enorme conforto, isso. (Simone, Brasil)

Estas percepções vão ao encontro dos resultados de estudos psicológicos sobre processos de adaptação na migração (Berry 1974, 1980, 1997; Burgha 2015, Rousseau e Frounfelker, 2018; Yoon et al., 2013), que identificaram a integração de ambas as culturas como a situação mais benéfica para o bem-estar e saúde mental dos migrantes, por oposição a situações de rejeição de uma delas ou, em situações limite, de ambas. O testemunho seguinte, prestado pela mesma entrevistada, é elucidativo desta ideia:

Uma partilha positiva para todo mundo, que não só você não imponha a sua cultura a esse novo lugar, como também não renegue a sua cultura, nem tem a vergonha dela, nem se sinta intimidada por esse novo lugar, mas que isso possa ser trocado. E aí, a gente tem muitas coisas que podem fazer-nos escorregar, fugir desse propósito e acabar caindo ou numa coisa ou em outra, ou numa negação total da sua própria cultura, e uma total inserção nessa nova cultura, que eu também não acho positiva (...) não gera troca nenhuma, crescimento nenhum e gera muita angústia para quem vive isso. (Simone, Brasil)

3.2.3 Redes de amizade com portugueses

Todos os participantes, sem exceção, partilham percepções de que numa fase inicial não é fácil estabelecer relações de amizade com os portugueses, devido à existência de uma “barreira” que alguns descreveram como “desconfiança”. Esta sensação, no entanto, é reinterpretada com o tempo. Se no início consideram ser difícil criar laços, esclarecem que pouco a pouco os vínculos tendem a ser mais sólidos, duradouros e marcados por profundidade emocional. A amizade, neste contexto, é construída de forma gradual, exigindo tempo e partilha, como ilustram os excertos abaixo:

Eu acho que depende de cada pessoa, porque eu noto... não vou generalizar, porque são um bocadinho desconfiados. É preciso conhecê-los melhor essa pessoa, por exemplo. O angolano talvez por natureza, em qualquer momento, pode começar uma amizade, pode começar uma conversa. Já o português, eu preciso ganhar uma grande confiança primeiro, e sabe-se, é uma barreirazinha que é preciso para passar. (Amélia, Angola).

Há simpatia, mas é superficial, custa entrar mesmo. Eu conhecia amigas do meu ex-namorado e eram simpáticas, mas com barreiras do tipo... olha, não vais entrar verdadeiramente na minha pessoa, não vais saber das minhas coisas e também não quero saber das tuas. Com o meu grupo atual foi completamente diferente, agora são dos meus melhores amigos, são pessoas mais abertas.
(Sofia, Colômbia)

O contexto de criação de amizades foi sublinhado por alguns participantes ao considerarem ser “mais fácil” em locais de vivências comuns, seja através de relações de trabalho ou familiares (como é o caso de ter um parceiro português), seja através de experiências de vida partilhadas que conferem uma maior sensibilidade para interações mais abertas (como ter vivido no estrangeiro ou ter mais amigos estrangeiros):

Eu acho que na vida adulta o que propicia atividades sociais e encontros sociais é através do trabalho. (...) Os trabalhos que eu fiz eram com brasileiros, em empresas brasileiras, para brasileiros. Só essa restauração que eu trabalhei que era de um português, de um amigo português. Mas, por exemplo, tenho pouquíssimos amigos portugueses. Isso me causa um pouco de tristeza.
(Simone 1, Brasil)

Acho mais fácil fazer amizades com migrantes que não sejam expats, eu diria que os meus melhores amigos portugueses são pessoas que são portuguesas, mas que viveram fora durante muito tempo, têm uma espécie de experiência internacional ou viveram noutro sítio... uma das minhas amigas viveu na Escócia durante 15 anos, por isso tem, de certa forma, uma sensibilidade britânica. (Stan, Reino Unido).

Estas narrativas sugerem que construir amizades com portugueses obedece a lógicas culturais próprias, que podem inicialmente reforçar sentimentos de distância ou exclusão dificultadoras da integração, mas também abrir espaço para formas de enraizamento profundo com o passar do tempo.

3.3 Identidade e sentido de pertença em contextos de mobilidade

Como tem vindo a ser apresentado ao longo deste trabalho, o processo migratório envolve mais dimensões do que apenas a deslocação física. A migração compreende uma constante renegociação da identidade cultural e pessoal. Múltiplas identidades, em

determinadas ocasiões, podem coexistir, entrar em conflito, integrar-se, ou tornarem-se mais salientes e significativas para o migrante. Os pontos que se seguem procuram explorar as narrativas em torno desta travessia identitária.

3.3.1 Identidade em trânsito: fluidez e coexistência cultural

Vários participantes sentiram que a sua identidade de origem foi amplificada por viverem fora do país. Simone, do Brasil, reforçou esta ideia pelo facto de ter características físicas diferentes das dos europeus:

Obviamente, eu me sinto muito mais brasileira por estar fora do Brasil. Eu me identifico muito mais com o Nordeste do que com a cidade onde eu nasci, onde fui criada e vivi a maior parte da minha vida. A minha origem está nas matas do Brasil, nos índios, na parte negra da família. A minha genealogia não se identifica como europeia. Mas eu me sinto apta a morar em qualquer lugar do planeta.

Em sentido contrário, como sugere a narrativa de uma participante, o migrante pode percecionar uma alteração radical na sua identidade de origem, sobretudo quando ativada por marcadores físicos, afetivos e simbólicos:

Pronto, tem duas Cláudias na minha vida. A Cláudia do Brasil, que ria só por fora, aquela pessoa triste. Então, ficou lá essa Cláudia pesada e começou uma Cláudia leve, mais feliz, bem consigo mesmo, mais tranquila, uma pessoa que gosta de andar. Eu adoro ir na feira. Uma Cláudia que aprendeu a lidar com a comida, que está aprendendo a gostar de exercício físico. Uma Cláudia leve.
(Cláudia Brasil)

Como referido anteriormente, a vontade de afirmar a identidade do país de origem pode expressar-se em domínios como a comida ou a música: “Quando cheguei a Portugal ainda não havia muitos colombianos. No dia em que descobri uma senhora que fazia arepas e sabia onde eu podia comprar a farinha específica, até chorei”. (Sofia, Colômbia)

Alguns testemunhos revelam práticas de uma “gestão estratégica” (Goffman, 1963) de determinados aspectos identitários. Um participante que se identifica como *queer*, refere que em certos contextos sente a necessidade de “esconder a sua queerness” para “ser levado a sério”, ou para garantir a própria segurança. Noutros contextos considera que essa identidade lhe confere vantagens, nomeadamente a nível laboral:

Há este jogo estranho de esconder a minha orientação queer. Pensar: quão seguro é isto neste contexto? Até que ponto vou ser respeitado? Às vezes simplesmente prefiro que pensem que sou heterossexual. Eu diria que é muito calculado. É uma situação terrível, não é? Mas é como se eu fosse uma marca, certo? E neste momento é vantajoso dizer que és queer de uma forma que há 10 anos não era. Por isso, faço o balanço: consigo mais trabalho se disser que sou queer ou menos? E agora consigo mais trabalho. (Stan, Reino Unido).

Em síntese, as narrativas dos entrevistados revelam que o fenómeno migratório não anula identidades, antes as acentua, reinventa ou reorganiza, tanto como resposta às novas exigências sociais como à ausência do contexto sociocultural de origem. O processo migratório tanto pode promover atitudes de resistência, (re)negociação permanente, como procura de pertença. Estes movimentos são mobilizados não só em função do contexto e da cultura do país de origem ou de destino, como também em função de características individuais e temperamentais dos migrantes.

3.3.2 Sentimentos de (não) pertença e fragmentação do eu

Vários participantes verbalizaram nas suas narrativas percepções de não pertença, nem ao país de origem nem ao país de destino como consequência do processo migratório. Um deles referiu: "Quando a gente está lá, quer vir para cá, e quando a gente está aqui, quer ir para lá, mas num Brasil que não existe" (Cláudia, Brasil). O Brasil "que não existe" corresponde a uma visão romantizada do país que se deixou, o que remete para resultados de estudos como o de Clifford (1994) quando afirma: "As culturas da diáspora mediam, numa tensão vivida, as experiências de separação e entrelaçamento, de viver aqui e de recordar/desejar outro lugar." (p. 311). Outra participante salienta como o processo migratório a deixou dividida entre duas culturas e descreve um longo processo de conciliar várias identidades:

Porque eu sempre gostei muito de dançar, de me vestir às vezes mais colorida ou mais sensual e ao início sentia que desagradava muito a família do meu ex-namorado e apaguei um bocado essa forma de ser. (...) Achava que era gorda, não percebia que simplesmente tenho um tipo de corpo diferente do europeu. Foi muito duro para a minha identidade e levou muito tempo a voltar a ser "eu". Agora quando vou para a Colômbia levo ideias com que me identifiquei aqui, por exemplo ideias mais feministas, a ideia de que como mulher até posso ter filhos sozinha se quiser e a minha família fica um pouco em choque. É um longo trabalho, conciliar isto tudo. (Sofia, Colômbia).

Este testemunho é particularmente elucidativo da complexidade do trajeto identitário dos migrantes quando se sentem numa posição híbrida. No quadro desta ambivalência, que Hall (1992) apelida de “identidade em trânsito” ou Avtar Brah (1996) de “espaço diaspórico”, o migrante ocupa simultaneamente múltiplos lugares simbólicos, sem se fixar inteiramente em nenhum. Tal situação pode ser difícil de compreender pelos que permaneceram no país de origem, como mostram as palavras de Sofia. O percurso descrito de perda, reconstrução e subsequente conciliação é demonstrativo de jornadas identitárias marcadas por redefinições sucessivas do “eu”.

Eric utilizou por diversas vezes a expressão “senti-me romeno”, aludindo a situações em que sofreu de algum tipo de discriminação. “Ser romeno”, neste caso, torna-se sinónimo de ser visto como “outro” indesejado ou inferior, independentemente da realidade pessoal do sujeito.

Outros entrevistados sugerem a necessidade de um certo “autopolicamento” de alguns comportamentos, o que contribui para tomarem consciência de aspectos da sua identidade de que antes não se apercebiam: “É algo que eu observo assim... se calhar estou falando muito... acho que eu não deveria ter abraçado essa pessoa... às vezes eu vou assim, mas eu já recolho o meu bracinho. Não tenho esse tipo de tensão quando estou no Brasil.” (Simone, Brasil); “Eu me policio muito com isso. Estou numa fila, ah, está querendo se aproveitar... está querendo... é aquele famoso brasileiro a querer ser esperto! Eu fico assim, sempre tentando me policiar, não fazer algo desse género acidentalmente” (Francisco, Brasil).

A experiência migratória, ao desestabilizar as nossas referências culturais, funciona como um catalisador para o autoconhecimento. Este processo faz com que certas características da nossa identidade, que antes eram dados como garantidos, se tornem mais evidentes e adquiram maior relevância.

Para concluir este capítulo, optou-se por apresentar um retrato etnográfico baseado na entrevista de Simone. Embora as narrativas dos diversos participantes tenham sido essenciais para ilustrar as temáticas de forma segmentada, a história de Simone oferece uma síntese holística. Este retrato demonstra como todos os temas discutidos ao longo do capítulo — desde a complexa articulação entre os fatores “push” e “pull”, até aos desafios da adaptação, dos laços transnacionais ambivalentes às estratégias de reconfiguração da identidade se interligam e se manifestam de forma fluida e coerente na experiência de uma *única pessoa*. Desta forma, a vinheta permite-nos aceder a uma dimensão mais íntima e vivida do processo migratório.

Vinheta etnográfica 1: “Me sinto muito mais brasileira por estar fora do Brasil”

Simone, 52 anos, é uma mulher brasileira, casada, psicóloga de formação, que reside em Portugal há seis anos. A sua decisão de migrar foi profundamente pensada e discutida em família, impulsionada pelo desejo de manter laços com o enteado, que se mudara para os Estados Unidos, por se identificar mais com a cultura europeia nesta fase e pela sensação crescente de insegurança e instabilidade política no Brasil. Portugal foi escolhido por razões práticas (mesma língua, acesso a direitos sociais) e simbólicas, na expectativa de estabelecer-se num ambiente social que refletisse os seus ideais éticos e políticos.

Oriunda de uma família com uma importante história de mobilidade interna, Simone já tinha mudado de cidade e de estado dentro do Brasil. No entanto, reconhece que a migração internacional implicou desafios inéditos: ruturas afetivas, ajustamentos identitários e a constante negociação de valores. Simone apresenta um conjunto de práticas de adaptação bem desenvolvidas, construídas com uma percepção clara dos seus próprios limites e necessidades. Descreve um ajuste intencional e seletivo que lhe permite navegar na experiência migratória preservando o seu conforto e autonomia. Ela lida com a sua identidade em trânsito através de um processo de negociação cultural, que a leva a questionar aspectos da sua identidade que lhe eram invisíveis anteriormente, tal como ilustra a sua frase: “Me sinto muito mais brasileira por estar fora do Brasil.”

As ações de Simone evidenciam um conjunto de práticas de adaptação construídas com uma percepção clara das suas próprias necessidades e limites. Ela descreve um processo intencional de ajuste seletivo, através do qual escolhe os momentos e formas de interação. Esta abordagem demonstra uma capacidade de negociação cultural que lhe permite manter o seu conforto e autonomia, garantindo que a sua adaptação ao novo ambiente não comprometa o seu bem-estar pessoal. A sua forma de se relacionar com o outro mudou. Refere ter deixado de abraçar ou cumprimentar tão espontaneamente, retraindo a sua expressividade por receio de causar desconforto ao outro. Descreve estas mudanças com leveza, mas não sem crítica, reconhecendo que a espontaneidade que a caracteriza se encontra “em suspenso”, num esforço de não ultrapassar os códigos sociais invisíveis que sente não dominar totalmente.

Deu como exemplo várias estratégias para acomodar a dor da distância. As despedidas no aeroporto, que descreve como sendo “demasiado dolorosas”, deixaram de acontecer. Simone passou a evitar rituais de separação, comunicando partidas apenas depois de já ter saído. Nas viagens ao Brasil, mantém uma rotina de contacto próximo com familiares, mas, no regresso a Portugal, instituiu um período de afastamento voluntário como forma de se reintegrar. Este afastamento temporário das videochamadas é vivido como um mecanismo necessário para a sua regulação

emocional, com o objetivo de voltar a estar verdadeira e plenamente presente em Portugal.

A possibilidade de comunicação através de tecnologias de comunicação é vista como algo bastante positivo. Simone mantém contacto diário com os pais através de chamadas vídeo. Ainda assim, confessa que, quando “aperta a saudade” do enteado, prefere nem o ver por ecrã: “já me dói muito... só quero ver a tua cara quando chegares aqui, poder sentir o teu cheiro”. Aqui, a saudade é tão significativa que o toque, o corpo e o cheiro se revelam irreplicáveis e a sua ausência só acentua a dor da separação.

Continua a assistir a novelas e telejornais brasileiros, ouve música brasileira e partilha com o enteado pratos típicos, recriando sabores da avó. A prática de partilhar a cultura através da comida é universal. No entanto, no contexto da migração, esta ação adquire um novo significado e uma importância vital. O ato de cozinhar e partilhar pratos típicos, como os da sua avó, transcende a simples recriação de sabores e de memórias. Para Simone, torna-se um gesto intencional e fundamental de transmissão cultural. Através deste processo, ela não apenas mantém uma ligação afetiva com o seu passado, mas também reforçaativamente a sua identidade na diáspora, garantindo a preservação das suas raízes e da sua ligação com o Brasil. Apesar de alguma crítica a essa ligação constante ao Brasil (“eu devia ver mais telejornais portugueses”), reconhece que essa continuidade lhe traz conforto.

Refere já ter sido corrigida por falar “brasileiro” em vez de “português” e ter vivido situações de discriminação mais hostis. Apesar disso, opta frequentemente por não reagir, numa estratégia de autopreservação (“sinto-me como convidada na casa de outro”) sublinhando sentir que não conhece totalmente os seus direitos em Portugal para se conseguir defender de forma eficaz e em segurança.

Do ponto de vista da saúde mental, Simone reconhece que o inverno português agrava a sua energia e humor, sendo um período em que se sente mais vulnerável. Apesar disso, considera-se funcional e bem-adaptada, tendo desenvolvido um conjunto de estratégias emocionais e relacionais que lhe permitem manter estabilidade. Destacou a importância que tem para si o acompanhamento psicoterapêutico, tanto no contexto das suas questões de saúde mental como nos desafios que surgiram com o processo migratório.

Como ilustrado de forma particularmente vívida na vinheta etnográfica de Simone, a experiência migratória não é um conjunto de fatores isolados, mas sim uma tapeçaria complexa. A sua história ilustra a identidade enquanto projeto em constante construção, moldado pela jornada de migrar.

Capítulo 4:

Narrativas de doença e práticas de cura em saúde mental

Neste capítulo são exploradas as vivências de sofrimento psíquico e os significados culturais da doença dos entrevistados. Partindo da premissa de Kleinman (1988) de que "a doença não é apenas uma experiência pessoal de sintomas, mas uma realidade cultural e moral que envolve os outros no mundo do indivíduo" (p. 3), o foco irá recair nas formas como o sujeito organiza e relata a história da sua doença. Para Kleinman (1988) são estas narrativas que conferem sentido à experiência vivida.

Numa avaliação médica convencional, a doença é habitualmente conceptualizada como "disease", num patamar estritamente biomédico, centrado na procura de sinais e sintomas e na prescrição de tratamentos. Neste contexto, se o paciente tenta partilhar uma narrativa de índole mais pessoal, mas que relaciona com a sua experiência individual da doença, tal é frequentemente recebido como um empecilho, uma "perda de tempo" a científica. Se, por um lado, podemos compreensível esta atitude tendo em consideração os habituais constrangimentos de tempo da consulta, por outro lado falha no acolhimento das dimensões cruciais da "illness" (a experiência subjetiva e vivida do sofrimento) e da "sickness" (a condição social associada à doença).

Neste capítulo deixarei de parte a dimensão "disease", que tem o seu lugar noutros contextos e conceptualizarei a patologia psiquiátrica dos pacientes entrevistados sob a lente de "illness" e "sickness". Para este efeito, as bases teóricas da psiquiatria cultural, nomeadamente as configurações culturais do "self" e da "Cultural Formulation Interview" foram instrumentos fundamentais para aceder a estas vivências dos migrantes, uma vez que providenciaram uma abordagem estruturada para desenvolver estes temas em contexto de entrevista.

4.1 Saúde mental na diáspora: desafios e mecanismos de adaptação

Neste ponto iremos abordar o impacto do processo migratório ao nível da saúde mental através do relato de experiências de sofrimento psíquico narradas pelos participantes. Os temas que especificamente desenvolverei incluem: (i) os desafios que emergem da comunicação entre indivíduos com origens culturais diferentes; (ii) as barreiras experienciadas no acesso aos serviços de saúde mental e (iii) fatores de risco associados a problemas de adaptação ao quotidiano em Portugal, de interação com instituições públicas ou de relacionamento em contextos de trabalho.

4.1.1 Desafios da comunicação

A comunicação entre dois interlocutores provenientes de contextos culturais diferentes, ainda que partilhem a mesma língua materna, torna-se frequentemente complexa devido à influência da cultura na compreensão plena de significados. Nas entrevistas realizadas a migrantes provenientes de países com língua oficial portuguesa, vários interlocutores reportaram experiências de ser corrigido o seu português, como se tratasse de uma versão errada ou inferior da língua, sendo confrontados com o uso da língua como ferramenta de hierarquização e depreciação da identidade linguística e cultural do migrante. Nas narrativas seguintes, os participantes relatam experiências em que as suas competências na língua portuguesa foram questionadas. No primeiro caso, a situação desenrolou-se em contexto académico, com a professora de Nina (Guiné-Bissau) a pôr em causa a sua fluência em português: “E eu disse para a professora, se o problema for dificuldade em falar português, eu isso não tenho. Posso ter às vezes uma ou outra dificuldade, não vou dizer que falo sempre bem português porque não falo, mas não tenho a dificuldade que a professora está a pensar.” No segundo caso a situação ocorreu num ambiente profissional, num restaurante onde Simone (Brasil) foi corrigida por um colega:

E eu não me lembro exatamente o que foi que eu falei, acho que açostra e ele me disse não é essa a intonação, e ele bateu com a colher na cozinha e disse, fala português. Portugal hoje tem migrantes de muitos lugares, não só os brasileiros, mas qualquer outra língua a conviver numa mesma sociedade, vai impactar a forma como essa língua é falada. Às vezes incomoda um pouco essa questão de que não falamos português, falamos brasileiro. (...) Por acaso, o país de onde eu venho é a maior população mundial que fala a língua portuguesa hoje. Se a língua portuguesa se mantém viva, muito se deve a isso.

No decurso deste estudo houve entrevistas em que utilizei a língua materna (português) e os participantes - da Roménia ou Índia, por exemplo - recorriam ao português como segunda língua. Noutras situações, o inglês era a língua materna dos entrevistados - Irlanda, Reino Unido, por exemplo - e uma segunda língua para mim. Estas quatro entrevistas revelaram-se muito desafiantes ao nível da transmissão de emoções, de conceitos mais abstratos ou de metáforas, cerceando a capacidade de expressão autêntica de vivências internas subjetivas. Note-se o que diz Stan, do Reino Unido: “As palavras “excitado” ou “ansioso”. “Estas ideias em inglês são tão distintas. O facto de em português elas terem um significado duplo torna muito mais difícil. Talvez se fosse um falante nativo fosse mais fácil, mas é-me muito mais difícil articular os meus sentimentos de ansiedade e depressão em português.”

Para autores como Bleakley (2017), Kirmayer (1993, 2023) ou Lakoff (2006), as vivencias psicopatológicas, fenomenologicamente complexas e abstratas, são frequentemente comunicadas através de metáforas no quotidiano. Muitas terão correspondência intercultural, como foi o caso de metáforas utilizadas que surgiram ao longo das entrevistas. Contudo, sabe-se que as metáforas para expressão de sofrimento humano podem variar entre culturas e uma falha de compreensão ou interpretação literal das mesmas poderá gerar erros de comunicação. A afirmação de do mesmo entrevistado, Stan, é elucidativa a esse respeito:

Já tive algumas interações com o SNS, também com psiquiatras privados, e a minha terapeuta atual não é portuguesa, é alemã, por isso não é falante nativa de inglês. A minha terapeuta anterior era portuguesa. Há, sem dúvida, qualquer coisa que por vezes me deixa muito frustrado, porque há uma certa nuance no que digo que não está a ser compreendida.

Ainda no âmbito das barreiras comunicacionais, há a considerar a diferença de estilo comunicativo. Enquanto o participante irlandês apelida o estilo do português como “excessivamente rápido, vocalizado e intenso”, outros entrevistados provenientes dos países africanos de língua oficial portuguesa ou Brasil tendem a descrevê-lo como fechado ou sem calor humano, enquadrando-o numa atitude mais geral de falta de acolhimento. Segundo a Amélia, de Angola, “as pessoas são frias, não é... aquele calor humano. Parece que vivemos todos fechados. A pessoa para ter um calor humano, precisa sair e ir para certos locais, onde as pessoas se calhar, convivem mais. Em Angola não há essa necessidade.” Declarações de Simone (Brasil) vão no mesmo sentido: “Eu não posso chegar e sair conversando com qualquer pessoa. (...) nós somos pessoas muito emocionais, pegamos nas pessoas, abraçamos as pessoas, trocando telefones e às vezes procuro me retrair um pouco nisso.” Já para Kyle, da Irlanda, o foco é colocado no ruído:

As conversas tendem a ser muito barulhentas e muito rápidas. Mesmo hoje em dia, ainda tenho dificuldades em situações sociais porque é tudo muito, muito ruidoso. E depois, o facto de não me sentir totalmente confortável com a língua torna tudo ainda mais cansativo. Portanto, provavelmente o meu maior desafio foi simplesmente adaptar-me a isso.

Uma aparente característica comunicativa em Portugal apontada por vários entrevistados é o estilo “direto”, percebido como algo positivo por alguns, que inclusivamente o adotaram, mas pouco empático por outros:

Tem coisas aqui que eu aprendi com o lado português, que é ser direto. Tenho amigos que falam assim, nossa, você está... está meio português. Mas tem que ser... é tipo... tem que falar, as coisas têm que ser ditas. Ah, amanhã você pode me ajudar a limpar a minha casa? Não. Ah, mas por que não? Por que tenho a minha vida. Então isso... é uma mais valia conseguir dizer não, acho muito positivo. (Francisco, Brasil).

Há, sem dúvida, semelhanças (...) eu diria que os irlandeses são muito menos diretos do que os portugueses. Os irlandeses não gostam de ofender as pessoas, nós gostamos de evitar isso, e penso que faz sentido dizer que os portugueses são muito diretos, eu concordo com isso. (Kyle, Irlanda)

As narrativas dos participantes demonstram que as barreiras comunicacionais na experiência migratória vão muito para além da simples fluência linguística ou da partilha da língua materna. O facto de a percepção do estilo comunicacional português, descrito como "direto", emergir como um traço recorrente e transversal nas entrevistas ganha especial importância no contexto da saúde mental. A dificuldade em decifrar os códigos sociais e a sensação de falta de acolhimento contribuem para o isolamento social e para a percepção de não pertença.

4.1.2 Barreiras no acesso aos cuidados em saúde mental

Neste ponto abordaremos as barreiras no acesso aos serviços de saúde mental enunciadas pelos entrevistados, bem como questões sobre o funcionamento dos serviços de saúde e ainda sobre o estigma em torno da doença de mental.

Uma limitação relevante no acesso resulta da inexistência de um serviço de tradutores com formação específica nas unidades do Serviço Nacional de Saúde, tal como recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Para colmatar esta lacuna, vários participantes afirmaram recorrer a familiares ou ferramentas de tradução de aplicações web. Esta prática, além de comprometer a capacidade de reportar o sofrimento, especialmente em situações de violência ou abuso, não garante a confidencialidade e levanta questões éticas e de segurança do paciente:” Quando eu tenho alguma coisa, minha filha vai traduzir... ela faz no iPad. Depois ela mostra e diz, mamãe está assim, assim, assim” (Verónica, Índia).

Outro participante descreveu uma situação em que se sentiu discriminado porque o profissional de saúde o ignorou e preferiu falar com quem o acompanhava. Esta atitude contribuiu para que as suas queixas clínicas fossem mal interpretadas- foi diagnosticado com ansiedade, quando estava deprimido, e foi prescrita medicação inadequada: “Estava com a minha namorada que era italiana e ele preferiu falar com ela em vez de falar comigo. Disse: ‘chama lá a tua namorada, deixa-me falar com ela’. Não percebeu que estava triste, deu-me xanax. Senti-me romeno, senti-me um pouco discriminado.” (Eric, Roménia).

Dificuldades de carácter burocrático, nomeadamente no acesso ao número de utente, são igualmente salientadas por alguns entrevistados: “Para ter número de utente tem que ter dois testemunhos. Antes não era preciso outros testemunhos assim nacionais. É um bocadinho mais complicado.” (Nina, Guiné-Bissau).

Apesar desta limitação no acesso, os entrevistados têm, de um modo geral, uma imagem positiva dos serviços de saúde, destacando aspetos relacionados com a gratuidade ou humanização dos serviços e com a empatia dos profissionais de saúde com que se cruzaram. Uma das entrevistadas verbalizou: “Eu não sei se é porque eu tive sorte, mas eu agradeço muito porque eu senti mais humanidade dos médicos daqui. Os que me acompanharam foram muito humanos, se interessaram no meu problema de saúde.” (Cláudia, Brasil); também Stan, do Reino Unido, salientou experiências que considera positivas no acesso aos serviços de saúde em Portugal:

Acho que toda a gente diz que o SNS não funciona, que se pode ficar numa lista de espera para sempre, não é? E penso que no Reino Unido é o mesmo, como em qualquer sistema de saúde público. Mas a minha experiência concreta com o SNS foi a de que fui lá em agosto ou setembro, fui encaminhado, tive uma consulta em dezembro, outra em janeiro e tenho outra hoje. E há também algo de muito positivo em simplesmente poder ir e não ter de me preocupar com a parte financeira. (Stan, Reino Unido)

O estigma percebido na sociedade e o autoestigma, apontados na literatura como um dos principais obstáculos à procura de ajuda para problemas de doença mental, são igualmente referenciados em declarações dos interlocutores. Um deles aborda o tema na perspetiva da falta de debate sobre saúde mental em Portugal: “Portugal tem um dos níveis mais elevados de depressão na União Europeia, mas a forma como essas conversas acontecem é, eu diria... parece-me... que a abertura dentro da sociedade para falar sobre estes assuntos é muito reduzida”. O mesmo entrevistado salienta ainda a necessidade que sente de controlar as palavras que utiliza para obter certo tipo de

ajuda, tendo em vista não se sentir sancionado ou julgado negativamente pelo profissional de saúde: "Acho que há sempre este atrito, sobretudo com pessoas que têm problemas de saúde mental. No fundo, estou sempre num jogo com o meu médico para não ser sancionado." (Stan, Reino Unido)

A utilização do termo e "jogo" remete uma gestão tática da informação transmitida, preferindo sacrificar a transparência em favor da segurança e do evitamento de juízos de valor. Esta observação, identificada na narrativa de Stan, ilustra os estudos da antropóloga médica Sylvie Fainzang, em 1993, sobre gestão do segredo e da informação como uma forma de negociação por parte do paciente. Segundo a autora, em consulta, o paciente constrói a sua narrativa de forma estratégica, selecionando o que diz e o que omite, não apenas para obter um diagnóstico ou tratamento, mas para se proteger de uma potencial desaprovação moral ou julgamento do profissional de saúde.

4.1.3 Fatores de risco pós-migratórios

O foco desta secção recai na autoperceção dos entrevistados, ou seja, nos fatores de risco que eles próprios escolheram mencionar nas suas narrativas. Entre os mais apontados, destacam-se os problemas de adaptação ao quotidiano em Portugal ou de interação com instituições públicas como a Agência para a Integração, Migrações e Asilo.

A literatura médica apresenta múltiplas evidências empíricas que comprovam a influência do clima no surgimento de doenças, designadamente perturbações relacionadas com o humor, como a depressão sazonal ou a doença bipolar. No caso dos migrantes, este impacto é particularmente relevante. Indivíduos provenientes de países tropicais ou com invernos mais curtos enfrentam uma alteração significativa das condições ambientais à qual não estão habituados, tornando o clima um fator de risco acrescido no processo de adaptação migratória:

Como temos já essa condição de sermos pessoas que enfrentamos a depressão sazonal, você sabe que em algum momento pode ter que lidar com ela. No verão é muito mais fácil do que lidar com ela no inverno. Então, quando percebo que estou entrando num estado depressivo, "no inverno eu preciso tomar muito mais cuidado, porque isso me afeta muito mais profundamente. (Simone, Brasil)

As condições laborais (precaridade, horários intensivos, etc.) são igualmente percecionadas como tendo um impacto negativo ao nível do seu bem-estar psíquico: "Dormíamos 4/5h por noite, foi muito difícil, caí numa depressão, (...) só trabalhava,

trabalhava, precisava de passear e falar com pessoas” (Eric, Roménia). A instabilidade é o foco principal nas preocupações de Stan, do Reino Unido:

Sou artista freelancer e é sempre um bocado estranho como se arranja trabalho. Uma pequena parte do trabalho que consigo é quando alguém publica um anúncio, eu envio um vídeo e fico com o trabalho, não é? Mas a maior parte é: conheces alguém, conversas, bebes um copo, fazes um plano. Fiz isso muitas vezes no Reino Unido com sucesso, e já tentei fazê-lo aqui muitas vezes sem sucesso. Eu só quero é poder planear. E isso, para a minha saúde mental, ajuda imenso. (Stan, Reino Unido)

As incertezas e ambiguidades quanto ao estatuto migratório e ao futuro no país de acolhimento são reconhecidas na literatura como um fator de risco muito significativo na saúde mental de migrantes (Rousseau e Frounfelker, 2018). No contexto deste estudo, as situações mais enfatizadas como causadoras de stress estão associadas a atrasos na renovação da autorização de residência, designadamente em contextos de risco de não conseguir regressar caso tenham necessidade de sair do país de acolhimento: “Sei de gente que fez um processo judicial contra a AIMA e eu fiz a renovação, por exemplo, em janeiro deste ano, eu só fui receber em julho.” (Cláudia, Brasil); “Fez-me sentir simplesmente incapaz...para ser honesto, porque tinha passado um ano e eu precisava de obter um novo cartão de residência, somente isso...” (Stan, Reino Unido). A narrativa de Sofia, da Colômbia, enfatiza o seguinte:

Demora muito para conseguir renovar a residência, não é suficiente pagarmos os nossos impostos. Eu estive três meses assim, e pensava, se acontece alguma coisa aos meus pais e à minha família e tiver de ir já não consigo voltar. E isso pesa porque estás a construir coisas aqui, eu tinha um emprego, tudo. Então para a saúde mental é muito, sempre a perguntares a ti como é que se consegue encaixar aqui. (Sofia, Colômbia).

Sentimentos de não pertença ou dificuldades em criar raízes em Portugal foram igualmente citados por alguns entrevistados. Stan (Reino Unido) relatou que os seus esforços de integração através de associações culturais portuguesas, apesar do seu empenhamento, foram rejeitados por ser estrangeiro: “Estive muito envolvido com organizações culturais portuguesas e a trabalhar com empresas portuguesas a criar colaborações com artistas portugueses, como participar em painéis com artistas, mas... de certa forma, isso parou...e acho que foi porque eu não sou português.”

Sofia, da Colômbia, ilustrou as dificuldades de adaptação enfatizando a intensidade das suas experiências no novo país e a sensação subjetiva de ter vivido vários anos em um só: “Vi um vídeo no Instagram que dizia que como migrante vives dez anos em um só. E eu já sou migrante há 6. Tive muitas etapas na minha saúde mental, ao início é muito difícil, (...) perguntas-te o que estás a fazer aqui, não te adaptas ao país onde estás e podias só estar tranquila no teu.”

Salienta-se ainda o “efeito positivo” experienciado por um dos migrantes ao comentar como certas alterações no seu estilo de vida, em razão da mentalidade dos portugueses com quem contacta, contribuíram para um maior bem-estar:

Eu sempre falo que Portugal salvou a minha vida porque aqui eu mudei o meu estilo de vida, aqui a gente anda mais, aqui é mais tranquilo, então melhorou muito a minha ansiedade. Aquela briga, você está gordo, tem que emagrecer, tem que fazer exercício, tem que fazer dieta, aí vira uma obrigação, você não faz direito, fica a culpa. Aqui não, aqui a minha vida ficou mais leve. (Cláudia, Brasil).

As narrativas desta secção demonstram que os fatores de risco pós-migratórios, têm um impacto significativo na saúde mental dos migrantes. As incertezas em torno do estatuto legal e o processo burocrático, as dificuldades de adaptação ao clima e as condições laborais, muitas vezes precárias porque resultantes do seu estatuto migratório, são desafios que cumulativamente contribuem para amplificar o stress migratório. Contudo, é igualmente importante sublinhar a complexidade das vivências migratórias, que não se traduzem apenas em desafios. Como ilustrado, a mudança para Portugal também pode ser percecionada como um fator de proteção, contribuindo para uma melhoria do bem-estar psíquico e para uma vida mais equilibrada.

4.2 Cultura e doença

As próximas páginas serão centradas nos significados culturais da doença e da cura, tendo em conta a forma como os participantes explicam o surgimento do seu problema de saúde mental e as práticas que consideram ser mais eficazes no alívio do sofrimento. Veremos ainda a forma como as configurações culturais do “self”, já anteriormente abordadas no capítulo 1, contribuem para moldar as percepções dos participantes relativamente à doença e aos processos de cura. No final da secção estes temas serão explorados através da análise de um caso particularmente ilustrativo, intitulado “O Dom - Histórias de trauma geracional”, a partir da narrativa de Amélia (Angola).

4.2.1 Significados culturais de doença e de processos de cura.

Em linha com a literatura, a análise das narrativas revela que as explicações dos participantes para a origem do seu sofrimento psíquico não estão necessariamente alinhadas com as explicações de base biomédica.

A interpretação que cada indivíduo dá à origem da sua doença corresponde a uma importante ferramenta na abordagem cultural de casos em psiquiatria. Em saúde mental, é frequente os pacientes atribuírem a origem do seu problema a alguma fragilidade pessoal ou a traços de personalidade. Foi o caso de uma entrevistada que associou os seus sintomas ao seu temperamento: “Desde sempre que sou assim, diziam-me, ela é agitadinha, ela fala muito, ela é impulsiva... ela é maluquinha, ela fala o que vem na cabeça. Enfim, essa coisa sempre foi tida como um traço de personalidade.” (Simone, Brasil)

A psiquiatria é uma especialidade que trata de doenças que muitas vezes se manifestam em exacerbações de emoções, as quais comprometem significativamente a funcionalidade diária do indivíduo e colocam desafios relacionados com o questionamento da “normalidade” das experiências vividas. Stan (Reino Unido) verbalizou o seguinte: “será que isto está bem? Estou a sentir-me bem ou estou a ficar mais eufórico?” Ou seja, quando se sente bem interroga-se se estará ou não a entrar num episódio de descompensação, o que provoca uma angústia paradoxal associada a momentos de maior felicidade. O mesmo participante afirma sentir-se dividido e frustrado em relação ao diagnóstico que lhe foi atribuído, não por não se rever nos sintomas que o caracterizam, mas sim por sentir ineficácia na terapêutica: “Acho que provavelmente está certo, mas... há este meu sentimento de que se o diagnóstico não fosse importante, então porque é que existiria, não é? Eu só quero que alguém faça o seu trabalho, é tudo o que preciso (...) as minhas expectativas são: isto não devia ter sido tão difícil.” Neste caso em particular o diagnóstico não veio trazer mais clareza, antes dúvida e confusão, pelo que Stan questiona frequentemente a “normalidade” das suas experiências e a razão pela qual este diagnóstico não se traduz num tratamento que melhore a sua qualidade de vida.

A preocupação com a forma como os indivíduos interpretam a sua doença é um pilar fundamental para a compreensão do sofrimento humano. Embora este seja um aspeto universal, ganha uma particular importância no contexto migratório. Para um migrante, a explicação da doença não é um processo singular, mas sim uma negociação complexa entre o seu modelo cultural de saúde e o modelo do país de acolhimento. As narrativas dos participantes, ao revelarem as suas interpretações sobre a origem dos seus problemas (sejam eles traços de personalidade, eventos da vida ou fatores ambientais), expõem o desafio de reconciliar diferentes sistemas de crenças. A frustração de Stan, por exemplo, não se deve apenas à ineficácia do tratamento, mas

também à incapacidade do sistema de saúde em validar a sua própria compreensão do seu sofrimento.

Em certas narrativas, as explicações para o sofrimento surgem associadas a forças do mundo espiritual. Um exemplo paradigmático deste tipo de interpretação é-nos oferecido pelas declarações de Amélia (Angola) acerca da doença da mãe. Amélia acompanha a mãe a todas as consultas, garante que toma a medicação, mas, ainda assim, defende uma perspetiva que transcende os modelos biomédicos: “A medicina pode curar o corpo, mas o ritual vai curar a alma dessa pessoa. Talvez a medicina vai evitar que ela tenha um choque desse lado mais carnal, um ataque cardíaco, ou caia no chão. Mas o tratamento... o tratamento tem que ser mais do lado espiritual. E é isso que acho que sempre faltou.”

Amélia alude a uma crença familiar de que a mãe nasceu com um “dom”, com uma capacidade inata e singular para fazer o bem. O contexto familiar (filha de pai branco e mãe negra), os conflitos militares e a instabilidade política em Angola durante largos anos e, ainda, a própria doença da mãe, terão resultado em pouco contacto com a família alargada. Este corte levou a que a mãe nunca tivesse tido oportunidade de aprender a “usar o dom”, o que resultou num “mal de espírito” que apenas um ritual poderia resolver:

Um dom é alguém iluminado, é alguém que tem capacidades, esse tipo de coisa. A colonização estraga muito isso, sabe? Há muitas coisas culturais, muito mais fortes de antigamente, que a colonização eliminou. Como eram feitos esses tratamentos, como eram feitos esses rituais, como eram feitas essas passagens... Porque ser de família, ser hereditário, ser do antepassado, antes desse antepassado falecer já há quem na família vai nascer com esse dom que ele vai deixar. (...) Já diziam pessoas mais velhas que talvez a minha mãe tenha esse dom de forma hereditária. O próprio avô dela teria passado, não é? E que devido a essas questões de colonização... a guerra... essa divisão de famílias, pessoas a fugirem de um lado para outro, com essa confusão toda não foi possível passar. E pronto... nunca conseguimos ajudar tanto a minha mãe.

Amélia faz alusão a algo que terá ficado por fazer para poder ajudar a mãe de forma eficaz, explicando dessa forma a recorrência de episódios de manifestações da sua doença ao longo da vida. Esta forte convicção é demonstrada por uma tentativa arriscada de atravessar Angola num período de instabilidade, com elevado risco para ela e para a mãe, para tentar encontrar alguém que realizasse o ritual: “E eu só tinha 16 anos. Falaram de uma pessoa que podia ajudar minha mãe, vivia numa zona que era ocupada

pela UNITA. Era lá que diziam que tinha o senhor que (...) podia ajudar a minha mãe nesse tratamento. Infelizmente não consegui, ali era complicado... havia sempre tensões, conflitos, bombardeamentos".

Quando questionada sobre se já tinha partilhado esta crença com outros profissionais de saúde, negou que alguma vez o tivesse feito por receio de ser mal interpretada. Era a primeira vez que o fazia, com esta entrevista. Esta situação evidencia como narrativas mais culturalmente enraizadas podem permanecer ocultas aos profissionais de saúde.

4.2.2 Redes de apoio na comunidade e práticas tradicionais/religiosas

As redes de apoio informais, isto é, não associadas a serviços de saúde, como apoios na comunidade, família, práticas tradicionais, recursos digitais e outros, desempenham um papel essencial na resiliência dos migrantes face à doença mental. Vários participantes que vivem com familiares em Portugal ou que, através de contactos transnacionais, mantêm ligações com os familiares no país de origem, apontam estas situações como um precioso apoio: "Como digo, tenho sorte que eu venho com o meu marido e nós estamos muito unidos, mas eu penso, uma pessoa só, eu acho que eu teria ido embora, não teria ficado" (Cláudia, Brasil); "Para mim é muito importante esse contacto por videochamada com minha família, meus amigos. Sendo sincera, se calhar tinha desistido em alguns momentos se não fosse isso, porque eu passei por momentos muito difíceis. Tinha amigas cá, mas não era uma rede assim tão forte no princípio." (Sofia, Colômbia)

A Internet e as variadíssimas aplicações que suporta, ao viabilizar contactos à distância e permitir aceder a informação em larga escala, corresponde igualmente a uma ferramenta utilizada pelos migrantes para enfrentarem, em autogestão, os seus problemas de saúde mental. Um dos entrevistados descreve como recorreu ao *reddit* - uma plataforma com fóruns sobre diversos tópicos de saúde mental para decidir que medicação tomar sem qualquer supervisão médica: "Estava a tomar medicação sem supervisão médica e pensei... não vou tomar aquele medicamento porque acho que não é bom, e li no reddit que devia tentar tomar outro medicamento à noite em vez de manhã". (Stan, Reino Unido)

Ao longo das entrevistas surgiram igualmente referências a líderes espirituais enquanto figuras de apoio ao sofrimento psíquico e que sugerem uma postura conciliadora perante a ajuda espiritual e biomédica. Duas participantes salientaram a dificuldade de obter, na atualidade, ajuda espiritual genuína, quer pela perda de conhecimento ancestral nos países de origem, quer pela existência de indivíduos que, de forma fraudulenta, se anunciam como curandeiros ou "macumbeiros":

O macumbeiro serve para qualquer tipo de doença, tem aquilo que nós dizemos que é um dom, que é para ajudar as pessoas, que não pode cobrar nem sequer um centímo. A pessoa se estiver doente vai lá ter com a pessoa que tem esse dom de clarividência... Mas tem muitas pessoas que gozam com isso, acham que são macumbeiros e estão a prejudicar a vida de outras pessoas e ainda cobram muito dinheiro. (Nina, Guiné-Bissau)

Embora as redes de apoio informais sejam relevantes para a resiliência das pessoas em geral, elas adquirem uma importância particular no contexto da migração. Os migrantes frequentemente deparam-se com barreiras linguísticas, culturais, burocráticas e financeiras que limitam o seu acesso a serviços formais. Nesses casos, a família e a comunidade tornam-se o principal recurso para a procura de ajuda e para a partilha de sofrimento. Ao oferecerem um ambiente culturalmente familiar, onde as experiências e as explicações para a doença são validadas, estas redes não só fornecem apoio emocional e prático, como também atuam como a primeira linha de abordagem nos processos de cura.

4.2.3 Perceções de cuidados de saúde mental formais

Independentemente das crenças de doença que cada um dos participantes tem, todos tendem a convergir, em momentos e ritmos diferentes, na procura de auxílio de cuidados formais de saúde. A análise dos testemunhos releva uma visão preponderantemente positiva acerca dos cuidados recebidos, seja a nível da psiquiatria ou da psicologia: “O doutor finalmente entendeu a minha situação e me ajudou muito com o tratamento que me deu.” (Eric, Roménia); “Andava mais triste... via bichos... As coisas já passaram. Estava muito assustada, depois fui ali internada, fiquei mais calma. E agora estou mais tranquila, porque estão a ajudar e a tratar.” (Verónica, Índia)

Mas nem sempre as percepções são positivas. Um dos entrevistados afirmou, por diversas vezes, a sua frustração com a falta de resultados no tratamento do seu caso, associando o facto a falhas na consideração da experiência humana individualizada:

O meu sentimento predominante tanto em Portugal como no Reino Unido é de que não há qualquer consideração pela vida de uma pessoa afetada... por aquele “ah, experimenta isto durante seis semanas e vê como corre” e pela facilidade com que um médico pode tomar uma decisão baseada apenas no “bem, acho que devias experimentar isto. (Stan, Reino Unido)

Nas palavras de vários entrevistados, a terapia surgiu como um recurso de combate ao problema de saúde mental e como auxiliar no processo de adaptação e reconstrução identitária: “Para conseguir conciliar a minha versão de Portugal com a minha versão da Colômbia, foi muita... muita terapia.” (Sofia 10, Colômbia). Uma participante, que sentiu a necessidade de regressar à terapia durante a pandemia e a mantém na atualidade, considerou-a como um “fator de extrema importância para poder lidar com o que você tem que enfrentar.” (Simone, Brasil)

A percepção da utilidade da psiquiatria e da psicologia enquanto ferramentas eficazes para o sofrimento torna-se mais inteligível quanto mais o migrante se enquadrar naquilo que vários autores apelidam de conceção cultural de self egocêntrico – conceito que se refere a um "eu" autônomo, com limites claros em relação aos outros e integrado em valores como a individualidade, característicos da abordagem ocidental da psicoterapia. As narrativas da maioria das entrevistas enquadram-se nesta conceção, sugerindo afinidade cultural. Contudo, Amélia (Angola) presenta um “self” predominantemente egocêntrico, mas complementado com uma visão cosmocêntrica, devido à enfase que atribui à espiritualidade enquanto forma de cura e no apelo que faz para a necessidade de formação em competências culturais nos serviços de saúde:

Seria bom que os psicólogos pudessem não ficar só na área deles de conforto da sua cultura e começar a entender como as outras culturas veem os problemas. Eu acho que os médicos deveriam estudar mais esse lado espiritual. Eu tenho situações, eu vejo coisas... então, muitas vezes eu escondo... eu escondo, mas eu tenho certas capacidades que eu vejo.... Talvez os médicos devessem ter uma cadeira onde estudavam outro tipo de curamentos culturais.

Estas reflexões de Amélia expressam um apelo à formação em proficiência cultural dos profissionais de saúde, chamando a atenção para a lacuna instalada quando as intervenções formais não conseguem dialogar com as formulações culturais subjacentes à experiência de sofrimento, comprometendo a eficácia e a aceitação do tratamento. O sucesso do tratamento, por isso, surge intrinsecamente ligado à capacidade dos profissionais de saúde para exercerem com competência cultural.

4.3 Xenofobia, discriminação e legados coloniais

Esta secção centra-se em experiências de discriminação, xenofobia e legado colonial. Estes fatores, embora nem sempre destacados pelos migrantes, têm influência significativa na sua saúde mental, como demonstram os resultados de pesquisas baseadas no modelo de stress minoritário (Meyer, 1995). O modelo explica que a

discriminação e a exclusão social se convertem em processos internos como o autoestigma. A acumulação destes fatores aumenta o risco de problemas de saúde mental em populações minoritárias.

Os entrevistados provenientes dos países africanos de língua oficial portuguesa e da América do Sul foram os que mais relataram episódios de xenofobia. Um deles chegou a verbalizar que o que mais o surpreendeu em Portugal foi a “intolerância”. Outros reportaram situações de discriminação em vários contextos do quotidiano, nomeadamente serviços públicos, supermercado, igrejas e universidades, culminando, por vezes, em expressões hostis como “volta para a tua terra”. Participantes oriundas do Brasil e da Colômbia, por seu turno, relataram um preconceito específico associado à percepção de que as mulheres destes países estariam em Portugal para “roubar maridos”: “Por exemplo, eu tenho uma colega de trabalho que falou que antigamente as mulheres não gostavam das brasileiras, porque roubavam os maridos. Eu estou imaginando uma mulher, entrando na sua casa, pegando o teu marido ao colo, levando embora...” (Francisco, Brasil); Para a Sofia, da Colômbia, o preconceito condicionava a sua relação com o namorado e sua família:

Sentia que aquele preconceito das brasileiras serem muito sexualizadas também acontecia comigo (...) quando ele me apresentava a alguém, ele tinha muita necessidade de justificar que eu estudava engenharia, que estava a tirar um mestrado... tipo como se tivesse de justificar que sou inteligente!

Entre os participantes do Brasil, vários testemunhos remeteram para situações de estigma internalizado ou distanciamento intracomunitário. Um desses participantes revelou evitar eventos com muitos migrantes brasileiros devido a questões políticas que dividem o país atualmente, chegando a camuflar a sua identidade em certos momentos:

Não me sinto obrigada a estar perto de alguém, só porque é um brasileiro. Saímos de lá em um momento político muito intenso e muito tenso... Quando alguém brasileiro quer aproximar por sermos brasileiros. Opa, espera aí!... nem sei quem você é! Tenho uma certa intolerância, inclusive, em relação a isso. Fiquei um pouco preconceituosa com os próprios brasileiros. Às vezes eu entro num carro de aplicativo, por exemplo, vejo que o motorista é brasileiro. E penso, vou ficar bem quieta aqui para eu não perceber que eu sou brasileira. (Simone, Brasil)

Testemunhos desta natureza remetem para a teoria do estigma de Erving Goffman (1963), que sublinha como indivíduos com atributos socialmente desvalorizados podem ser desacreditados e, em resposta, adotar estratégias para gerir essa identidade "manchada".

Já os participantes oriundos da Irlanda e Reino Unido afirmaram não se sentir discriminados no quotidiano e reconheceram beneficiar de um tratamento diferenciado em relação a outros migrantes:

É muito interessante, não é realmente discriminação, existe um tipo de exceção na mentalidade de alguns portugueses anti-imigração, em que migrantes britânicos, americanos ou do norte da Europa, brancos, são excluídos dessa ideia de “os imigrantes que estão a arruinar este país”. Vivi isso na primeira pessoa, porque o que o meu namorado brasileiro viveu foi completamente diferente do que eu experienciei. E já vi isso acontecer, se ele fala inglês há uma enorme diferença no atendimento ao cliente, na interação, seja o que for. A discriminação aqui é muito mais subtil e muito mais enraizada em microagressões.” (Stan, Reino Unido)

Venho de um lugar de privilégio...de um país branco e cristão e... relativamente bem de vida. Por isso, não senti qualquer discriminação. Mas ouço, sempre que estou de táxi, muitos comentários sobre migrantes em Portugal. E penso que isso não é só uma questão anti-imigrantes, mas mais um problema de racismo. (Kyle, Irlanda).

Estes testemunhos ilustram a diferença de tratamento entre “expatriados”¹¹ e migrantes percecionados como oriundos de países menos desenvolvidos que Portugal.

Perante a discriminação, os participantes neste estudo sugerem que recorrem a estratégias distintas. Uma das utilizadas é a estratégia de evitação:

Finjo que não foi comigo e faz parte do processo de estar integrado numa outra cultura, porque eu tenho muito medo de me colocar em risco por conta disso. Então, eu avalio muito as brigas que vou comprar. Eu ainda me sinto como se estivesse vivendo na casa alheia. Se eu comprar uma briga aqui, se eu tiver de

¹¹ o termo expatriado (expat) é frequentemente usado para designar indivíduos, geralmente de países ocidentais e com maiores recursos económicos, que vivem no estrangeiro por motivos profissionais, académicos ou pessoais, muitas vezes usufruindo de condições de integração mais favoráveis.

ir para a polícia ... eu nem conheço todos os meus direitos aqui. Como é que eu vou entrar numa briga? Eu vou educar essa pessoa? Não. Eu vou mudá-la? Não. Então, deixa passar. No Brasil eu entendo quais são os meus direitos. Aqui, eu não sei como funciona. (Simone, Brasil).

Em contraste, outros migrantes adotam atitudes mais interventivas e confrontacionais. Um entrevistado, desconhecendo que era proibido tirar fotografias numa igreja, relata ter sido repreendido de forma rude por um funcionário:

Eu falei, não... eu não vou voltar... a minha terra é aqui. Eu sou tão português quanto o senhor. Mandei um email para a igreja. Se eu tivesse feito algo errado, eu poderia até aceitar, ele chamava a atenção: Olha, sacanagem, você viu que não podia, mas fez! Mas eu realmente não vi. Eu nunca tive resposta da igreja. Portugal tem muita síndrome do pequeno poder. Eu acho isso patético... patético... patético! (Francisco, Brasil).

A exposição a preconceitos e a situações de hostilidade por atitudes de xenofobia e discriminação, desde agressões verbais diretas até microagressões mais subtis, reflete a dinâmica de stressores do modelo de stresse minoritário.

As histórias dos participantes mostram como essa pressão externa é incorporada, resultando em autoestigma e em técnicas de evitamento. O esforço constante para gerir uma identidade estigmatizada, seja ocultando a origem ou adotando comportamentos de evitação face a conflitos, representa uma fonte importante de ansiedade. O impacto psicológico ultrapassa o estatuto social ou económico, mostrando que o racismo e a exclusão estão profundamente enraizados na forma como se percebe e trata quem é visto como "o outro".

4.3.1 Colonialismo e trauma geracional

A literatura identifica idiossincrasias em países com passado colonial que podem contribuir para moldar os episódios de discriminação, bem como as experiências de sofrimento e suas narrativas. A narrativa da Amélia Angola) evidenciam essa relação, potenciada pelo facto de a mãe ser filha de pai branco e mãe negra:

A minha avó era angolana, mas o pai verdadeiro da minha mãe é branco. E padre... nunca quis assumir de maneira correta. Nessa altura a minha mãe era muito pequena, a minha avó teve que esconder ela. Para ela, a minha mãe sempre foi branquinha, no meio onde ela estava era uma branca, não era bem

aceite. (...) Mas a minha família em si é uma mistura. Vou-lhe ser sincera, eu já me senti mais discriminada em Angola por ser mais clara... entendo e comprehendo isso, porque nos países colonizados o ódio às vezes que as pessoas criam passam de geração para geração, é difícil eliminar. Eu não tenho isso, talvez porque venho de uma família que tem uma mistura de brancos, pretos e amarelo. E quando cresces assim, desde pequenina é uma festa de Natal em que a mesa tem pessoas de todos as cores.

Amélia refere ainda que existe um “ódio ao branco” ao abordar a problemática do apagamento da história e do conhecimento ancestral dos povos colonizados e aponta a ocupação colonial como causa de desaparecimento de certos rituais que seriam importantes para minorar o sofrimento psíquico:

As políticas, as campanhas eleitorais, ou quando há um problema económico, é fácil manipular as massas e isso também ajuda a criar esse pequeno ódio. É fundamentalmente a camada mais desinformada, que se sente assim, porque a mais informada já consegue interpretar as coisas, não ver o branco como o culpado de tudo. As pessoas mais velhas dizem, a colonização, depois a guerra logo a seguir, estragou muita coisa dessa sabedoria... dessas coisas que antigamente conseguiam-se tratar.

Este testemunho revela como o passado colonial e contextos de instabilidade política e militar pós-independência continuam a moldar profundamente as vivências familiares, as identidades e as narrativas de sofrimento das pessoas migrantes. A discriminação, o tabu em torno de filiações inter-raciais, a perpetuação de rivalidades e o apagamento de práticas culturais são apresentados como heranças diretas de processos históricos violentos. O conceito de trauma geracional (Fanon, 1952, 1963; Kilomba, 2020) mostra-se aqui particularmente útil para compreender como a raiva, a vergonha ou o ressentimento são transmitidos, coexistindo com narrativas de pluralidade e desejo de relações humanas mais justas.

Por fim, apresenta-se uma nova vinheta etnográfica. O caso de Amélia é particularmente relevante por ser uma história que ilustra a complexidade do cruzamento entre aspectos individuais, culturais e históricos. A partir da sua experiência e da sua mãe, é possível explorar a tensão entre modelos biomédicos e espirituais de doença, o papel do trauma geracional e dos legados coloniais na saúde mental e a importância de redes de apoio familiares e comunitárias.

Vinheta Etnográfica 2: O Dom - Histórias de trauma geracional

Amélia, é uma mulher de 45 anos que reside em Portugal há quase cinco anos com a mãe e os filhos, atualmente cuidadora informal da mãe. Explica que a mudança para Portugal foi impulsionada pela instabilidade política e económica em Angola e pelo desejo de garantir um futuro mais seguro ao seu filho. Apesar da migração ter sido planeada e já ter tido contacto com Portugal no passado, ocorreram desafios à sua integração: o silêncio contrastante das cidades europeias, a sensação de isolamento social e a distância dos laços comunitários. Contudo, é na história da sua mãe que se concentram, de forma particularmente densa, questões de sofrimento psíquico imerso no contexto pós-colonial.

A mãe de Amélia, diagnosticada com doença mental grave, tem a sua existência marcada por vários períodos de descompensação, internamentos e períodos de frágil recuperação. Amélia, porém, insiste que a compreensão profunda da doença da mãe transcende o mero diagnóstico biomédico. A sua história deve ser interpretadas à luz das ruturas familiares, dos deslocamentos forçados e dos apagamentos culturais que marcaram a sua vida desde a infância. Fruto da união de uma mulher negra angolana com um padre branco que nunca a reconheceu, a mãe de Amélia foi, em criança, forçada a esconder-se devido à sua pele clara e à representação de uma união socialmente condenada. Criada num ambiente rural, longe da figura materna, e sob o cuidado intermitente de avós e outras figuras, a sua formação foi pautada por discriminação e rejeição. Aos 15 anos tem o primeiro episódio de descompensação da doença psiquiátrica e é internada no “manicómio” de Luanda, onde permaneceu até aos 18 anos de idade.

Amélia narra um episódio vivido pela mãe, ainda adolescente, como um momento chave. Um encontro singular com uma "figura de luz", um ser espiritual que flutuava sobre um chafariz, com quem a mãe teria trocado palavras que a deixaram em sobressalto. No dia seguinte, descobre moedas misteriosas no mesmo local, com elas compra um pacote de bolachas, que, ao serem partilhadas em casa, se voltou a encher de bolachas milagrosamente. Este episódio, testemunhado por outras mulheres da família, foi inequivocavelmente interpretado como a manifestação de um dom espiritual. Mas o reconhecimento desse dom não teve continuidade. A mãe de Amélia nunca foi orientada, nunca recebeu o acompanhamento ritual necessário. “Nunca aprendeu a usá-lo”, diz Amélia.

Segundo os familiares mais velhos, esse dom seria uma herança transmitida por uma linhagem familiar, que no passado incluiu figuras com capacidades singulares de cura, de comunicação com o mundo espiritual e de orientação comunitária. No entanto, essa herança foi interrompida, em parte pela força do colonialismo que eliminou os

modos tradicionais de conhecimento, e em parte pelos deslocamentos e pelas cicatrizes deixadas pela guerra civil angolana. Amélia expressa com tristeza o desaparecimento dos saberes ancestrais: "a colonização, depois da guerra, estragou muita coisa cultural, dessa sabedoria". Essa perda manifestou-se na privação da possibilidade de procurar o tratamento espiritual adequado para a mãe, que, na sua perspectiva, deveria complementar, nunca excluir, os cuidados médicos convencionais.

Em determinado momento da sua adolescência, Amélia tentou encontrar uma solução. Aos 16 anos, atravessou uma zona de conflito armado, para levar a mãe até à Gabela, em busca de um homem a quem se atribuía poderes para tratar do "mal espiritual" que afligia a sua mãe. A viagem revelou-se perigosa. O caminho estava devastado pela guerra e a chegada à curandeiro tornou-se impossível. Foi mais uma tentativa frustrada de reconectar um elo que, aos olhos da família, jamais deveria ter sido rompido.

A explicação do sofrimento para Amélia localiza-se na intersecção de dois mundos: o biomédico e o espiritual. Reconhece que os medicamentos oferecem alívio, mas não chega à raiz do problema. "A medicina cura o corpo, mas o ritual cura a alma." O que faltou à mãe, acredita, foi o reconhecimento do seu dom. O seu sofrimento configura-se, assim, não apenas como uma perturbação mental, mas como o resultado de uma história interrompida pelo colonialismo ao desestruturar linhagens, desautorizar saberes e impedir o florescimento de vidas espirituais e comunitárias. A história de Amélia, marcada pelo trauma geracional e pelos legados coloniais, demonstra que a cura é um processo complexo. É fundamental que os profissionais de saúde tenham a sensibilidade de ouvir os modelos explicativos de doença, reconhecendo que a cura, para muitos, pode envolver a alma e a história, e não apenas o corpo. O sofrimento, nestes casos, só se torna plenamente compreensível quando é validado e contextualizado nas narrativas de vida dos migrantes.

Assim, este capítulo demonstrou que a saúde mental dos migrantes é moldada por uma complexa interligação entre os seus significados culturais sobre a doença, o papel das suas redes de apoio e a sua relação com os serviços de saúde. Em vez de se restringirem a uma única abordagem, os migrantes criam os seus próprios sistemas de cuidado, que misturam a cuidados formais e informais.

Capítulo 5

Discussão dos resultados

Este capítulo analisa os resultados, interpretando e discutindo os mesmos à luz dos objetivos da pesquisa e do enquadramento teórico. Procura compreender de que forma as narrativas dos migrantes entrevistados respondem às perguntas de investigação inicialmente formuladas e se se alinham ou não aos resultados de outras pesquisas referenciadas na revisão da literatura. Assim, serão discutidas questões relacionadas com características dos participantes, com reconfigurações identitárias e culturais de adaptação ao país de destino, com experiências de sofrimento psíquico e como são interpretadas por eles próprios. Finalmente serão discutidos alguns aspectos que passam mais “despercebidos” ao olhar biomédico ou elementos que, ao contrário das expectativas iniciais, não surgiram de forma expressiva nas narrativas.

De um modo geral, os resultados evidenciam que os participantes revelam percursos migratórios e experiências de sofrimento psicológico marcados por elevada “plasticidade”. O conceito de “plasticidade” - habitualmente utilizado em neurociências para descrever a capacidade de reorganização e readaptação do cérebro - é mobilizado por este trabalho para descrever a forma como os migrantes reconfiguram identidades, práticas culturais e estratégias de adaptação a novos contextos culturais e desafios colocados por acontecimentos na sua saúde mental. Esta noção permite destacar a fluidez e a capacidade de negociação presentes nas narrativas, afastando-se de modelos lineares de integração e aproximando-se de perspetivas que valorizam a adaptação contínua e relacional. Observa-se igualmente uma articulação dinâmica entre modelos biomédicos e conceções tradicionais da doença e processos de cura, bem como a relevância de fatores relacionais e transnacionais na forma como a experiência migratória é vivida e narrada.

O grupo de participantes, cujas principais características foram descritas no capítulo das considerações metodológicas, reúne traços que requerem um olhar mais atento. O facto da média de tempo de permanência em Portugal se situar nos 7,4 anos não terá apenas relação com o eventual tempo de espera necessário para aceder ao Serviço Nacional de Saúde. Enquadra-se também no conceito do chamado “Efeito do Migrante Saudável” (*Healthy Migrant Effect*) e pode explicar por que razão o grupo é pouco representativo de migrantes recém-chegados. Por outro lado, também a fraca representatividade de migrantes de longa data poderá ter explicação que em casos de doença, sobretudo mais grave, muitos migrantes regressam ao país de origem.

No que respeita às motivações para migrar, todos os participantes referiram motivos relacionados com melhoria das condições sociais como direito a saúde ou a educação

e a mais oportunidades. Alguns mencionaram fatores relacionados com a reunificação familiar (Roménia e Guiné-Bissau) ou a facilidade de comunicação proveniente da partilha da língua portuguesa (Brasil, Guiné-Bissau, Angola), como fatores de peso na decisão de migrar para o país. Tal facto parece indicar que as razões emocionais e relacionais têm um peso importante na decisão de migrar para Portugal, quando comparadas com outros motivos de natureza económica eventualmente mais favoráveis noutros países europeus. O facto chama igualmente a atenção para a importância das relações interpessoais nos processos migratórios e para a migração se configurar como uma jornada pessoal.

Sublinho, ainda, que a participante que veio em contexto de casamento arranjado é de origem hindu-gujarati, ilustrando um padrão migratório já estudado por autores (Cachado, 2014), ou seja, a ida de hindus-gujaratis para Moçambique e posteriormente de Moçambique para Portugal. Neste caso, o marido completou este percurso e posteriormente casou com a participante que migrou diretamente da Índia para Portugal.

Finalmente, é de realçar o facto de nove em cada dez participantes possuírem formação superior, o que confere a este grupo um perfil que não corresponde à generalidade da população migrante em Portugal. Esta característica poderá ter influenciado a decisão para colaborar neste estudo, dada a eventualidade de uma maior predisposição para compreender o interesse deste tipo de investigações. Contudo, o este perfil poderá ter igualmente contribuído para que todos os participantes elaborassem explicações para a origem do seu problema de saúde mental maioritariamente ancoradas no modelo biomédico, ou seja, como alteração biológica do corpo que requer explicação e tratamento médicos. Ainda assim, alguns entrevistados sugerem uma articulação desse modelo com outras perspetivas mais tradicionais. No caso das participantes de Angola e da Guiné-Bissau, esta coexistência de perspetivas foi bastante patente, o que confirma resultados de estudos realizados em contexto africano, ao concluírem que indivíduos com formação académica combinam frequentemente abordagens biomédicas e tradicionais nos processos de gestão da saúde mental (Tesfaye et al., 2022).

5.1 Narrativas de plasticidade identitária e cultural na migração

As narrativas obtidas mostram que a identidade dos participantes ao longo do seu percurso na fase pós-migratória é um processo dinâmico que não se constrói de forma linear, mas sim através de uma constante renegociação, em linha com as perspetivas de Burgha (2021).

Embora os exemplos recolhidos neste estudo não remetam diretamente para trajetórias intergeracionais, revelam essa mesma complexidade e fluidez - a adaptação

não segue um percurso contínuo e cumulativo, mas pode envolver momentos de reaproximação ou distanciamento em diferentes fases da experiência migratória. Estudos sobre migração e transnacionalismo reforçam esta ideia. Schiller, Basch e Blanc (1992) e Vertovec (2009) sublinham que os migrantes mantêm múltiplas ligações e identidades simultâneas, permitindo flexibilidade cultural, enquanto Berry (1997) enfatiza que a adaptação cultural envolve estratégias diferenciadas de integração e conflito, que impactam o seu bem-estar psicológico.

Vários participantes descreveram que, após um período inicial marcado pelo encanto da novidade, surge frequentemente um “segundo choque cultural”, como referido pelo paciente Stan (Reino Unido), que ocorre após uma maior inserção no país de acolhimento. Esse “segundo choque” pode manifestar-se através de sentimentos de resistência ou estranheza face à cultura local, como descrito por Simone(Brasil) ou pela percepção súbita da diferença e do distanciamento, como no caso de quem relatou sentir-se “à parte” ao usar vestuário tradicional, no caso de Verónica (Índia).

Algumas das principais situações de “conflito cultural” expressas nas narrativas associam-se a percepções acerca de comportamentos e atitudes de socialização, com é o caso de os participantes provenientes de países de regiões tropicais considerarem os portugueses como emocionalmente “fechados” e pouco calorosos. Ou o caso de participantes provenientes de países do norte europeu como demasiado “ruidosos” socialmente. Outros situações de “choque cultural” apontadas por participantes provenientes de países como Reino Unido e Irlanda prendem-se com o excesso de burocracia que experienciam nos contactos com instituições portuguesas.

As narrativas dos participantes contêm um conjunto alargado de estratégias de mitigação do stress migratório causado pelas situações de conflito cultural, que podem ser divididas em quatro categorias principais, inspiradas em conceitos de autores como Berry (1997), Taverner (2022) ou Lillekroken (2024), entre outros: (i) (re)significação positiva, (ii) procura de familiaridade, (iii) mobilização de redes de suporte e (iv) supressão seletiva.

No caso de estratégias de (re)significação positiva, os participantes adotam uma posição de um certo pragmatismo, salientando aspectos positivos decorrentes das respostas que encontraram face aos desafios, num contexto de “regulação emocional”. Como refere Eric, da Roménia, “o meu irmão avisou que vai ser difícil porque vai dar muito trabalho, mas eu disse, sou novo vou fazer tudo” ou, ainda, quando Simone, do Brasil, afirma “é natural, que quando estamos numa cultura diferente, é preciso virar algumas chaves para que se adapte àquela cultura.”

Importa salientar que estas estratégias de regulação emocional que permitem aos migrantes reduzir o impacto do stress associado à incerteza e às dificuldades do

processo migratório não eliminam na totalidade as consequências negativas dos obstáculos enfrentados. As oportunidades de resiliência face às dificuldades exigem um esforço consciente e exigente nem sempre possível face a todas as situações de conflito cultural encontradas.

A procura de familiaridade consiste numa estratégia em que os migrantes recorrem a elementos culturais do país de origem, como comida e música, para manter ligação à sua identidade e comunidades de origem. O significado destas práticas transnacionais e comportamentos de mitigação do distanciamento cultural e da preservação cultural foi abordado por numerosos estudos como, por exemplo, Mintz (2002), Taverner (2022), Phipps et al., (2022) ou Lillekroken (2024) ou Bartleet et al. (2025). Como salienta Lillekroken (2024):

A nossa revisão constatou também que a identidade é preservada através das práticas alimentares e do ato de partilhar comida. Os imigrantes chineses manifestavam a sua identidade étnica e reforçavam os laços com outros que partilhavam a mesma herança através do meio tangível da alimentação. Ao partilhar alimentos que consideravam tradicionais com outros chineses, estavam a reforçar o seu vínculo comum, mesmo em contexto de diáspora. (p. 801)

Esta centralidade da comida como marcador de identidade e como ferramenta contra sentimentos de alienação cultural surgiu também nas entrevistas realizadas. A participante Simone sublinhou o valor da transmissão intergeracional destas memórias alimentares: “faço questão de trazer o Brasil p’ra ele de alguma forma. Então, fazer a comida como é na casa da avó, trazer aquelas memórias da infância que vêm através da comida, do cheiro da comida.”

Segundo Taverner (2022), os migrantes utilizam igualmente práticas alimentares para construir sentidos de comunidade e manter a continuidade cultural, adaptando frequentemente receitas com ingredientes locais de forma a criar práticas alimentares híbridas que refletem identidades em evolução. Um testemunho da participante da Índia sugere práticas dessa natureza: “Tenho uma cunhada portuguesa, outra brasileira. Faço comida da Índia e já aprendi a fazer comida boa portuguesa e do Brasil.”

Também a música e o canto desempenham um importante papel nas estratégias dos migrantes visando a preservação cultural e a reconexão às suas raízes, proporcionando conforto nos novos ambientes (Phipps et al., 2022). Autores como Bartleet et al. (2025), Thickett et al. (2025) salientam também o papel da prática musical enquanto método participativo baseado nas artes, criando espaços inclusivos para a interação social e a coprodução, ajudando os migrantes a afirmar a sua presença e agência nas sociedades de acolhimento. O importante significado destas práticas parece emergir nas declarações de um participante brasileiro: “aqui eu consigo ser

brasileiro (...) exercer essa minha identidade de ser brasileiro, ouvindo música, falando, enfim" (Francisco, Brasil).

A mobilização da rede de suporte manifestou-se essencialmente através da manutenção de relações transnacionais. A maioria dos participantes destacou a importância das relações que mantém com a família e amigos no país de origem, através de videochamada ou mensagens instantâneas, considerando-as fundamentais para o sucesso do seu percurso migratório, como por exemplo no caso de Sofia da Colômbia: "sendo sincera, se calhar tinha desistido em alguns momentos aqui se não fosse isso"

Estudos sobre a influência da transnacionalidade na saúde mental sublinham este efeito protetor, salientando que, por vezes, pode originar dificuldades de integração no país de acolhimento (Kim et al. 2021). Este efeito surge ilustrado nas declarações de Simone, do Brasil: "Eu quero me desligar um pouco agora do meu pai, da rotina daí, entender de novo a rotina da minha casa." Finalmente, quanto à "supressão seletiva", este conceito é utilizado para designar tanto comportamentos ou expressões que os migrantes deliberadamente evitam, visando uma melhor integração, como atitudes e comportamentos estigmatizantes ou racistas de indivíduos dos países de acolhimento que os migrantes optam conscientemente por não dar relevo.

Nas suas narrativas, os participantes evidenciam que certos comportamentos automáticos no país de origem ganham saliência em Portugal. Em psiquiatria, usamos o termo "saliência aberrante" para nos referirmos à atribuição excessiva de relevância a estímulos que normalmente seriam neutros, influenciando percepções, atenção e resposta emocional. De forma análoga, poderíamos emprestar o termo à antropologia e falar em saliência cultural no contexto migratório como a intensificação da atenção e da relevância atribuídas a comportamentos ou normas culturais que, embora habituais no país de origem, se tornam muito salientes no novo contexto cultural. Ao contrário da psiquiatria, esta "saliência cultural" não indica de todo algo patológico, sendo antes uma forma avaliar o risco e ajustar comportamentos, numa negociação pragmática.

No campo da antropologia ocorreram debates acerca de comportamentos "salientes" de migrantes em torno de conceitos como "habitus", de Bourdieu (1977). O "habitus" não é um hábito simples, cumprido mecanicamente. estas disposições funcionam de forma análoga à gramática da língua materna: estruturam a ação sem necessidade de consciência explícita, e que podem ser alterados em contexto migratório; ou como o conceito de "modos somáticos de atenção" (*somatic modes of attention*), de Csordas – "maneiras culturalmente elaboradas de atender a, e com, o próprio corpo no ambiente de presença de outros" (Csordas, 1993, p.135).

Contudo, a minha visão de “saliência cultural” decorrente de experiências observadas em contextos de consulta clínica difere da destes conceitos, pois a saliência cultural não pressupõe necessariamente uma transformação dos hábitos ou uma atenção exclusiva às sensações corporais; trata-se, sobretudo, de uma consciência reflexiva dos próprios hábitos, tanto físicos como mentais, que se intensifica em contextos de migração como parte de uma estratégia adaptativa e de negociação com o novo meio. Vários participantes referiram ter moderado o contacto físico com portugueses enquanto expressão de afeto. Um participante do Brasil, Francisco, comentou explicitamente: “eu me policio muito com isso” para descrever a preocupação excessiva que tem com o seu comportamento em certos contextos, sugerindo que este esforço de monitorização compromete a naturalidade das suas ações.

Vários participantes reconhecem o impacto negativo das atitudes discriminatórias na sua saúde mental, mas, em termos práticos, optam por gerir as suas reações, ou ignorando simplesmente ou não dando relevo a essas atitudes, ou evitando adotar uma postura mais assertiva por receio de comprometer a sua segurança.

Um elemento importante que surgiu nas narrativas foi o impacto na saúde mental com a existência ou não de possibilidades de regresso temporário. Pesquisas antropológicas e de psiquiatria cultural têm-se centrado sobretudo em populações deslocadas à força, apresentando evidências de que restrições ao regresso ao país de origem aumentam os sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico (Frounfelker et al., 2022; Rousseau et al., 2025), ou, numa perspetiva antropológica, destacando a natureza fluida e socialmente construída de “casa” e “regresso” e como estas experiências moldam o bem-estar dos migrantes (Villatorres, 2021; Hull, 2023; Refugee Studies Centre, 2003; Homing Research, 2023).

A investigação focada em migrantes voluntários, no que respeita aos efeitos do regresso temporário ainda é relativamente limitada. Os dados desta pesquisa mostram que mesmo estes migrantes frequentemente identificam as dificuldades de regresso temporário como um fator desencadeante de perturbações na sua saúde mental. Os participantes do Brasil e Colômbia expressaram sentimentos de angústia perante a impossibilidade de regressar, nomeadamente em situações de festas ou celebrações familiares ou de luto pela morte de entes queridos, como ilustram as declarações de Cláudia (“A passagem é muito cara, não dá pra você conseguir se mandar na hora (...) você quer ir, você quer ver, quer se despedir (...) mas não dá”), ou de Sofia (“Se alguma coisa de grave acontecer eu não consigo voltar... é muito caro é muito difícil...”). Os participantes oriundos de países europeus não relevaram impactos quer positivos quer negativos relativamente ao regresso temporário.

Finalmente, todos os participantes destacaram como positivo o facto de conseguirem integrar aspectos das suas culturas de origem com elementos da cultura portuguesa. Esta integração não se traduz apenas na adoção de comportamentos ou hábitos do país de acolhimento, mas numa negociação. A literatura em antropologia e estudos de migração sugere que este processo de hibridização cultural pode favorecer a adaptação, fortalecer o sentido de pertença e contribuir para o bem-estar psicológico, ao permitir que os migrantes se sintam simultaneamente conectados às suas raízes e inseridos no novo contexto social (Vertovec, 2009; Berry, 1997; Schiller et al., 1992). Esta capacidade de integrar elementos culturais distintos e construir identidades múltiplas abre caminho para a análise seguinte, na qual se exploram mais detalhadamente os impactos do sofrimento psíquico na vida dos migrantes, articulando estratégias adaptativas com dimensões culturais.

5.2 Plasticidade nas narrativas de saúde mental

No campo da saúde e da doença mental, as narrativas recolhidas evidenciam que as explicações para o sofrimento psicopatológico não se cingem a um único modelo, antes combinam explicações biomédicas, culturais, sociais e relacionais, sugerindo também uma elevada plasticidade na forma como os migrantes conceptualizam esta dimensão. Tal constatação encontra alinhamento com resultados de pesquisas no âmbito da antropologia médica e da psiquiatria cultural relativamente à importância e extensão das explicações culturais da doença (Kleinman, 1980; Good 1994, Kirmayer 2006). As referidas pesquisas comprovaram também que o pluralismo nas explicações e nas vivências da doença mental é reconfigurado ao longo do processo migratório, em relação estreita com os contextos institucionais, nomeadamente serviços de saúde.

Conforme referido anteriormente, a formação académica elevada da maioria dos participantes terá contribuído para que a perspetiva biomédica fosse predominante nas suas declarações. Contudo, também ocorrem explicações que se relacionam com as configurações culturais do “self”, quando atribuem os seus sintomas de sofrimento a uma falha de carácter ou a situações de stress laboral. Estas explicações, centradas nas trajetórias individuais de cada um, expressam uma configuração egocêntrica, centrado na própria pessoa e com foco na capacidade de agência individual e na autonomia e introspeção. Neste caso, a procura de ajuda informal para o sofrimento passa por estratégias relacionadas com o “bem-estar” pessoal, como alimentar relações interpessoais, realizar práticas de relaxamento com yoga ou fazer uma pausa face a situações laborais pressionantes. Estes posicionamentos são consonantes com os estudos antropológicas que identificaram estratégias individuais de *coping* e regulação emocional dentro de contextos culturais específicos (Singer & Baer, 1995; Kleinman &

Benson, 2006). A procura da psicoterapia como ajuda mais formal é também comum. A vinheta “Simone”, apresentada no capítulo 3, é um exemplo paradigmático de narrativas com declarações dessa natureza.

Por outro lado, em participantes originários de países africanos de expressão portuguesa, das narrativas emergem elementos culturais tipificadores de uma configuração do “self” cosmocêntrica. Neste caso, as explicações da doença evocam o papel central dos espíritos e dos antepassados bem como dos macumbeiros ou pessoas que podem “tirar o mal”, atribuindo um papel, por vezes determinante, aos feitiços, benzeduras e outros rituais de cura na resolução do sofrimento psíquico. Estas realidades em contextos migratórios têm sido objeto, nestas últimas décadas, de análises e reflexões na antropologia médica sobre medicina tradicional africana, práticas de curandeirismo ou dos direitos indígenas, enfatizando que as categorias de doença, pessoa e entidades espirituais estão intrinsecamente interligadas nas práticas de cura (Laplante, 2015; Thornton, 2017; Obrist & Van Eeuwijk, 2020). Neste caso a vinheta constante do capítulo 4 ilustra este tipo de explicações.

A par destas explicações associadas ao “eu” egocêntrico ou cosmocêntrico, as narrativas contêm declarações diversificadas que podem ser associadas ao modelo biomédico. A visão “biomédica” das questões de saúde e doença mental traduz-se habitualmente numa maior procura de serviços formais de saúde. Com efeito, todos os participantes têm em comum o facto de terem adesão regular a consultas de psicologia ou psiquiatria no mesmo estabelecimento hospitalar.

A percepção dos participantes relativamente aos cuidados recebidos no local surge frequentemente expressa em declarações de apreciação positiva, particularmente no que diz respeito à interação com os profissionais de saúde e dedicação dos mesmos: “Os que me acompanharam, foram muito humanos, vocês se interessaram no meu problema de saúde.” (Cláudia, Brasil) Alguns aspetos apontados como negativos prendem-se principalmente com questões burocráticas de acesso aos serviços e a inexistência de oferta de serviços de tradução.

A questão dos tradutores é particularmente relevante. A Organização Mundial da Saúde (2019) recomenda o uso de intérpretes com formação para garantir a precisão e a sensibilidade cultural no atendimento e chama a atenção, também, para a necessidade dos profissionais de saúde serem formados para a utilização mais eficaz dos serviços de tradução (OMS, 2018; OMS, 2020).

As narrativas ilustraram vários níveis a que a comunicação pode ficar comprometida. A um nível mais simples, podem surgir dificuldades quando o migrante utiliza uma segunda língua, como o português ou o inglês. Como anteriormente referido no capítulo 4 a transmissão de estados emocionais complexos comporta maior

dificuldade quando a comunicação é feita numa língua não-materna. Mesmo nos casos em que a comunicação ocorre na língua-materna, os idiomas de sofrimento podem ser distintos, como foi sublinhado pelo participante inglês Stan, em relação ao significado dos termos “anxious” e “excited”. Estes termos no Reino Unido têm um campo semântico mais restrito, quando comparado com os equivalentes “ansioso” e “excitado” em português, usados em mais contextos distintos e de forma mais alargada. Finalmente, podem acontecer diferenças na linguagem metafórica utilizada, que geram mal-entendidos relacionados com nuances próprias de cada língua ou contexto cultural.

Quando questionados sobre fases do processo migratório que mais impactaram na sua saúde mental, a maioria dos entrevistados destacou a fase pós-migratória, em linha com resultados de pesquisas como a de Kirmayer et al. (2011). Uma possível explicação pode também resultar do facto de nenhum dos participantes se encontrar na situação de refugiado ou requerente de asilo – contextos onde os fatores de risco na fase pré-migratória e migratória apresentam maior incidência devido a vivências de trauma. (Rousseau & Frounfelker, 2018).

Os principais fatores resultantes da migração com influência na saúde mental apontados nas narrativas podem ser agrupados como sendo de natureza (i) crono-biológica, relacionados com ritmos biológicos e adaptação fisiológica ao ambiente. (ii) estrutural, ou seja, condições materiais e funcionais da vida humana e (iii) relacional, isto é, dificuldade de estabelecer laços sociais com outros.

Nos fatores crono-biológicos, as alusões em relação ao clima surgem na quase totalidade das narrativas. Os participantes oriundos de países com climas tropicais apontaram o inverno como uma das primeiras dificuldades que tiveram de enfrentar. Uma das participantes realçou o impacto do inverno português no seu estado de humor: “quando percebo que estou entrando num estado depressivo, no inverno eu preciso tomar muito mais cuidado, porque isso me afeta muito mais profundamente.” (Simone, Brasil). A influência do clima no humor é reconhecida pela literatura na área da saúde mental (Cowen, Harrison e Burns, 2020) sabendo-se que a redução da duração do dia e das temperaturas favorece os estados depressivos gerados por alguns mecanismos biológicos, como por exemplo a alteração do ciclo circadiano pela redução das horas de luz, e psicossociais - limitação das atividades ao ar livre e de planos sociais ou redução do exercício físico.

Os fatores estruturais, como a estabilidade laboral, os recursos económicos e a regularização documental, incidem de forma direta e imediata sobre a segurança existencial e o bem-estar psicológico dos migrantes. As situações precárias em contexto laborais foram repetidamente referidas como fonte de sofrimento. Para alguns, a precariedade significou trabalhar até a um ponto de exaustão: “Dormíamos 4/5 horas

por noite, foi muito difícil, caí numa depressão, (...) só trabalhava, trabalhava, precisava de passear e falar com pessoas" (Eric, Roménia).

Uma das referências mais sublinhadas foi o stress causado pela incerteza relativamente à situação documental e estatuto legal, o que é consistente com as relações entre irregularidade documental e sofrimento psíquico crónico encontradas por estudos como o de Rousseau & Frounfelker (2018). Apesar de todos os entrevistados declararem estarem regularizados, vários aguardaram muitos meses pela renovação da residência por parte da Agência para a Integração Migrações e Asilo. A incerteza no estatuto legal acarreta uma consequência específica: a impossibilidade de realizar viagens temporárias. Tal restrição emerge como um fator de stress adicional e um obstáculo à manutenção de laços familiares e sociais no país de origem¹². Esta limitação impede a reentrada em Portugal após uma viagem internacional, reforçando sentimentos de ansiedade e angústia, já abordados na secção anterior.

Finalmente, os fatores relacionais, como os sentimentos de não-pertença e as dificuldades em criar laços com os portugueses foram também referidos nas narrativas. Alguns participantes descreveram dificuldades em envolverem-se em meios maioritariamente frequentados os portugueses (associações culturais, por exemplo) ou pressão psicológica para alterar a sua forma de ser e estar para se enquadrem no que consideravam ser o padrão português: "Achava que era gorda, não percebia que simplesmente tenho um tipo de corpo diferente do europeu. (...) Foi muito duro para a minha identidade e levou muito tempo a voltar a ser eu." (Sofia, Colômbia)

A maioria dos participantes partilhou percepções relacionadas com a dificuldade de estabelecer amizade com portugueses numa fase inicial, devido à existência de "barreiras" ou "desconfianças". Contudo, esta percepção é frequentemente reinterpretada com o tempo. Se no início a dificuldade em criar laços reforça os sentimentos de distância, os vínculos que se vão desenvolvendo tendem a ser sólidos e até mesmo marcados por profundidade emocional. A amizade, neste contexto, é construída de maneira gradual (Brito, 2023), exigindo tempo e partilha, o que reflete lógicas culturais próprias. A este propósito dizem os entrevistados Amélia e Sofia: "Já o português, eu preciso ganhar uma grande confiança primeiro, e sabe-se, é uma barreirazinha que é preciso para passar" e "eu conhecia amigas do meu ex-namorado e eram simpáticas, mas com barreiras do tipo olha não vais entrar verdadeiramente na minha pessoa."

¹² De acordo com o artigo 78.º da Lei n.º 23/2007, o recibo do pedido de renovação de autorização de residência tem validade como título de residência durante um prazo de 60 dias, renovável. No entanto, essa validade é apenas reconhecida dentro de território nacional e não assegura a possibilidade de reentrada no país após uma viagem internacional.

As narrativas de saúde mental evidenciam a capacidade adaptativa dos entrevistados no decorrer do processo migratório e que a mesma se manifesta quer em reconfigurações do self, oscilando entre perspetivas egocêntricas ou cosmocêntricas, quer na seleção de estratégias de *coping* para lidar com fatores de risco, que incluem desde os cuidados de saúde formais, a práticas culturais de cura, e a estratégias anteriormente definidas de redução de stress migratório, como são os casos da (re)significação positiva ou a procura de familiaridade.

5.3 Aquilo que não se vê

Nem sempre a investigação etnográfica se constrói apenas a partir do que é dito de forma explícita. Neste estudo, surgiram elementos e situações diferentes ou inesperadas em relação ao inicialmente antecipado, como sejam: a impossibilidade de conduzir um estudo com migrantes de segunda geração, as características acentuadamente diferenciadas dos participantes, a dificuldade de articulação direta entre identidade e saúde mental, as narrativas escassas sobre colonialismo ou práticas tradicionais de cura, ou, ainda, dimensões que apenas se tornaram visíveis na análise posterior. Estas lacunas poderiam, eventualmente, ser colmatadas com correções metodológicas. Ainda assim, são merecedoras de análise, uma vez que refletem a forma como os interlocutores organizam a sua experiência, os constrangimentos das entrevistas e do tema e a posição do investigador face ao campo. Esta reflexão da autora ilustra o que João Biehl (2005) descreve como “zonas de abandono”, ou seja, zonas onde determinadas vidas são “invisíveis” para os serviços de saúde, não por razões fortuitas, mas por processos estruturais de exclusão.

Neste sentido, esta secção propõe-se discutir doi níveis de “invisibilidade”: (i) temas que não emergiram na pesquisa, apesar de esperados e (ii) aspetos que passam despercebidos ao olhar biomédico, como a persistência do colonialismo ou das práticas espirituais.

Em relação aos temas que não emergiram na pesquisa, volto a sublinhar a dificuldade em selecionar migrantes de segunda-geração para a amostra, com consequências na definição inicial de estudar impactos identitários nessa população. Como foi dito na secção das considerações metodológicas, trata-se de uma população vulnerável em termos de saúde mental, ainda que apresentem melhores indicadores que os seus progenitores noutros parâmetros. Para compreender os riscos acrescidos em saúde mental nesta população, parece pertinente a realização de mais pesquisas qualitativas.

Os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística relativamente a esta população indicam que no ano de 2021, 12,4% das pessoas residentes em Portugal,

com idades entre os 16 e os 74 anos, tinham background migratório, sendo que 7,6% eram imigrantes de primeira geração e 4,8% descendentes de migrantes.”¹³ Neste estudo, os migrantes de segunda geração foram definidos como “pessoas que nasceram em Portugal, mas com pelo menos um dos pais nascido fora de Portugal”. Existem, contudo, outras definições para este grupo, como a de Vathi já apresentada no capítulo da metodologia: “filhos de migrantes nascidos no país de destino ou que migraram antes da entrada na escola primária”.(Vathi, 2015 p.7)

A dificuldade de definir com precisão esta população pode ter contribuído para a dificuldade em explorar o tema. Apesar de inicialmente ter solicitado aos meus colegas que indicassem indivíduos com as características apontadas por Vathi, verificou-se que esta categoria está pouco representada nas características demográficas registadas pelos profissionais de saúde. Vários colegas indicaram ter dificuldade em identificar pessoas na sua lista de seguimento que corressem exatamente aos critérios sugeridos. Esta situação testemunha a invisibilidade de um grupo considerado teoricamente como vulnerável no campo da saúde mental. Trata-se de um enviesamento que vai ao encontro do que Bourdieu (1972) descreveu como os mecanismos invisíveis de exclusão que perpetuam desigualdades mesmo em contextos de investigação.

Outra “invisibilidade” importante diz respeito à amostra final. Como já referido anteriormente na parte da metodologia, os participantes foram recrutados após terem sido indicados pelos médicos assistentes e posteriormente contactados por telefone pela investigadora para agendamento de entrevista. Nenhum dos participantes que atendeu o telefonema recusou participar no estudo e, assim, fui realizando entrevistas até atingir 10 participantes. Contudo, no final, a amostra revelou-se pouco representativa em termos académicos e socioeconómicos, e 11 indivíduos não atenderam o contacto telefónico.

Tal suscita algumas considerações. Por um lado, o facto de os participantes se encontrarem numa situação mais estável e disporem de mais recursos económicos e educacionais pode ter facilitado a sua adesão à consulta clínica, algo que poderá não ser tão fácil para outros migrantes com condições diferentes. Por outro lado, o facto de os contactos terem sido realizados em horário laboral poderá ter cerceado a participação de pessoas com profissões mais exigentes em termos de horários e disponibilidade. Com efeito, o grupo das 11 pessoas que não chegou a atender poderá corresponder a um segmento mais vulnerável, para quem a adesão à consulta ocupa um lugar secundário face a outras preocupações ou ainda a indivíduos com menor disponibilidade

¹³ Fonte: Comunicado do Instituto Nacional de Estatística sobre os resultados do módulo regular do Inquérito ao Emprego “Situação dos migrantes e seus descendentes diretos no mercado de trabalho”, realizado no ano de 2021.

em geral. Acresce a hipótese de os meus colegas terem indicado pessoas que consideravam mais adequadas para uma “boa entrevista”, selecionando, ainda que de forma inconsciente, participantes com maior formação académica.

Nas narrativas dos entrevistados não emergiram questões relacionadas com mediadores culturais. Provavelmente, tal deve-se ao facto de a mediação cultural em Portugal ser praticamente inexistente. A “invisibilidade” desta profissão levou a que o tema não fosse abordado neste trabalho. Ainda assim, é importante lembrar que noutras países os serviços culturalmente sensíveis dispõem, em regra, de mediadores culturais¹⁴. A figura do mediador cultural (*culture broker*), é um conceito central na antropologia desde os trabalhos pioneiros de Eric Wolf (1956) e Clifford Geertz (1960). Como Miklavcic e LeBlanc (2014)¹⁵ argumentam, estes mediadores não se limitam à mera tradução linguística: facilitam a negociação entre diferentes perspetivas culturais, ajudando a mitigar conflitos e a promover soluções inovadoras.

Nas narrativas dos participantes, as questões de identitárias relacionadas com a adaptação cultural e a saúde mental surgem mais frequentemente lado-a-lado do que de forma interrelacionada. Tal pode não ter acontecido, novamente, por questões metodológicas relacionadas com o desenho da entrevista.

Como sublinham vários estudos em antropologia (Hall, 1990; Kearney, 1995), os migrantes frequentemente constroem identidades híbridas ou repartidas, integrando elementos das culturas de origem e de acolhimento, ainda que nem sempre de forma consciente ou verbalizada, pelo que seria de esperar que tivessem surgido mais exemplos de identidade repartida nas narrativas. Segundo Natalia da Paz Lage (2023), no processo migratório a identidade é reconfigurada de forma dinâmica ao longo do tempo. Ora, a forma como as entrevistas foram conduzidas - baseadas em questões abertas para suscitar narrativas mais do que com questões dirigidas diretamente a tensões identitárias - parece ter refletido predominantemente a perspetiva de reconfiguração contínua, tornando menos evidentes os sinais de fragmentação identitária.

Finalmente, importa abordar as principais “invisibilidades” produzidas pela própria psiquiatria em relação a estes temas. Apesar da presença significativa na amostra de indivíduos provenientes de antigas colónias portuguesas, as questões coloniais permaneceram invisíveis nas narrativas, talvez porque subestimadas pelos profissionais e serviços de saúde mental. Estudos como o de Ferreira e Vieira (2010) referem que o

¹⁴ Conforme referido no principal manual acerca das boas práticas num serviço de psiquiatria cultural: “Culture Brokers, Clinically Applied Ethnography, and Cultural Mediation.” In *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental*.

¹⁵ Idem

discurso psiquiátrico europeu tende a desconsiderar as dinâmicas coloniais, tratando-as como irrelevantes para a compreensão das experiências de saúde mental de migrantes. Este afastamento do contexto histórico e social enfraquece a compreensão das experiências de migrantes africanos (Pussetti, 2006, 2010; Lechner, 2007). A abordagem biomédica dominante tende a ignorar as relações de poder herdadas do colonialismo, bem como as desigualdades estruturais que moldam o sofrimento.

Os dados desta investigação evidenciam outra lacuna nas entrevistas com participantes oriundos de países africanos de língua portuguesa quando verbalizam o recurso à medicina tradicional como elemento integrante da vivência da doença e das estratégias de cura. Como ilustrado pelo caso de Amélia: “Antes desse antepassado falecer já há quem na família vai nascer com esse dom que ele vai deixar. (...) já diziam pessoas mais velhas que talvez a minha mãe tenha já esse dom de forma hereditária”.

Em conclusão, da análise das narrativas dos entrevistados, resulta que os migrantes negociam constantemente identidades, práticas culturais e estratégias de *coping* em resposta aos desafios de adaptação cultural a novos contextos, revelando a importância da integração de saberes biomédicos e tradicionais. Ao mesmo tempo, das narrativas emergem dimensões “invisíveis”, como a influência do colonialismo, a marginalização da medicina tradicional e a dificuldade de acesso a migrantes mais vulneráveis, que apontam para a necessidade de abordagens de saúde mental em populações migrantes mais culturalmente sensíveis e inclusivas.

Conclusão

Como referido anteriormente, esta dissertação teve como objetivo principal saber de que forma migrantes utentes dos serviços de saúde mental num hospital de Lisboa revelam conexões entre experiências migratórias, saúde mental e construção identitária, através das suas próprias narrativas e eventos-chave que destacam. Após análise e discussão dos dados, foram apuradas as principais conclusões que se seguem em referência às questões da investigação.

No que se refere aos fatores desencadeantes de stress psicológico e vulnerabilidade emocional suscetíveis de causar sofrimento, as explicações dos migrantes revelaram os efeitos do clima, a indefinição quanto ao seu estatuto, a natureza do trabalho, certas culturas comportamentais dos portugueses e experiências de relacionamento com instituições portuguesas.

No plano crono-biológico, ou seja, da interação dos ritmos internos do corpo com o ambiente, o clima surge como uma influência marcante no humor e outros estados emocionais, sobretudo pela dificuldade em lidar com as temperaturas e períodos de luminosidade do inverno português.

Ao nível estrutural, a precariedade laboral, a instabilidade económica e, sobretudo, a incerteza documental constituem fontes recorrentes de sofrimento que alimentam sentimentos de insegurança e impossibilitando, por vezes, regressos temporários ao país de origem. Esta impossibilidade de se deslocarem ao país de origem surge nas declarações dos entrevistados com um forte impacto emocional, sobretudo em situações em que se viram privados de participar em eventos de forte significado, como falecimento ou doença grave de entes queridos ou festas familiares.

Quanto aos fatores relacionais, os participantes destacaram barreiras no contacto com portugueses, relatando dificuldades na construção de amizades e percepções de reserva emocional ou distanciamento cultural. Esta experiência de “não pertença” esteve frequentemente associada a sentimentos de isolamento e a processos de autoajustamento, como modificar a forma de vestir, de socializar ou até a autoimagem corporal.

Como vimos, as narrativas recolhidas contêm múltiplas evidências de que o percurso migratório dos entrevistados é marcado por reconfigurações constantes das suas identidades e que essas reconfigurações passam por momentos em que ora se afastam, ora se aproximam das suas características identitárias e contextos culturais de origem. O dinamismo deste movimento é mais acentuado em migrantes provenientes de contextos culturais não-europeus, como os africanos e latino-americanos. Os migrantes participantes sinalizam nas suas narrativas variadas percepções de diferença

e de choque com a realidade portuguesa que sugerem ser obstáculos à sua integração. As situações mais frequentemente enunciadas têm relação com a socialização, com participantes provenientes de países africanos e latino-americanos com tendência para considerarem os portugueses como “fechados” ou pouco calorosos. Os participantes provenientes de países europeus, como do Reino Unido e Irlanda, salientam o choque que sentem com o excesso de burocracia ao contactarem com instituições portuguesas.

Os participantes neste trabalho declararam usar várias estratégias para lidar com os desafios e tensões nos seus processos de integração, que ora significam a afirmação de práticas e comportamentos característicos do seu contexto sociocultural como forma de manter a ligação à sua identidade e comunidades de origem, ora ajustamentos a práticas e comportamentos culturais dos portugueses. Entre os primeiros, os mais enunciados foram a procura de familiaridade, com recurso a elementos culturais do seu país de origem, como gastronomia, comida ou música e a mobilização de redes de suporte, como a manutenção de relações transnacionais com família e amigos através de videochamadas ou mensagens instantâneas, que consideram fundamentais para o sucesso do seu percurso migratório. Quanto a ajustamentos à realidade sociocultural portuguesa, os mais verbalizados foram a significação positiva, isto é, a adoção de uma postura pragmática, salientando os aspetos positivos dos desafios encontrados e a supressão seletiva, ou seja, a moderação consciente do contacto físico para expressar afeto e a decisão de ignorar ou não dar relevo a atitudes discriminatórias ou racistas por receio de comprometer a sua segurança.

Em síntese, as narrativas mostram que os migrantes revelam uma notável plasticidade ao articular identidades, práticas culturais e estratégias de coping diversas, conciliando modelos biomédicos e tradicionais para enfrentar os desafios do período pós-migratório. Essa capacidade de negociação evidencia não apenas resiliência individual, mas também a importância de as políticas de saúde promoverem respostas culturais plurais na promoção da saúde mental em contextos de migração.

Relativamente aos sentidos atribuídos a sintomas de doença mental ou sofrimento psicológico sentidos e aos processos de cura, os relatos dos migrantes da amostra sugerem que conceptualizam o sofrimento psicológico mobilizando diferentes enquadramentos. Para alguns, sobretudo oriundos de contextos europeus, predominou uma leitura de natureza biomédica e centrada no “eu”, em que os sintomas são entendidos como perturbações individuais que exigem acompanhamento clínico e terapêutico. Já entre migrantes de origens africanas, emergiram explicações mais cosmocêntricas nas quais o sofrimento é situado em dinâmicas relacionais, espirituais e coletivas, convocando o papel dos antepassados, dos vínculos familiares e de práticas tradicionais de cura. No entanto, estas pessoas também sugeriram que tais práticas

são ignoradas pelos profissionais de saúde. Essa marginalização não pode ser dissociada do legado colonial, que historicamente desvalorizou saberes locais, relegando-os para esferas informais ou clandestinas. Reconhecer a persistência desse legado é fundamental para compreender porque certas vozes permanecem silenciadas e como determinadas formas de sofrimento e de cura ficam fora do radar biomédico.

Importa sublinhar que estas perspetivas não se apresentam de forma estanque, mas coexistem. Os mesmos participantes que recorrem a serviços de psicologia ou psiquiatria podem simultaneamente valorizar práticas espirituais ou rituais herdados da sua cultura de origem. A análise das narrativas mostra que o pluralismo de sentidos atribuídos ao sofrimento e à cura e a plasticidade conceptual com que os migrantes combinam modelos biomédicos, culturais e relacionais são importantes traços da experiência migratória.

Em síntese, foi possível identificar nas narrativas de migrantes acompanhados em serviços de psiquiatria que o sofrimento psicológico relacionado com o processo migratório tem relação principalmente com fatores estruturais e com desafios relacionais. A sua identidade é reconfigurada através de estratégias flexíveis que conciliam práticas culturais de origem com ajustamentos à realidade portuguesa, mantendo laços transnacionais e recursos de suporte comunitário. Atribuem sentidos ao sofrimento e aos processos de cura de forma plural, mobilizando simultaneamente modelos biomédicos e culturais, de acordo com contextos e necessidades individuais.

As narrativas dos entrevistados sugerem alguns contributos de áreas de estudo e recomendações que resultam da análise das limitações do deste estudo e “daquilo que não se vê”. No processo de recrutamento, a indicação dos participantes pelos colegas médicos assistentes poderá ter introduzido um viés indireto ao privilegiarem indivíduos mais disponíveis, comunicativos ou com perfil escolar elevado e condição socioeconómica mais estabilizada, seja porque percecionavam que teriam mais disponibilidade para participar, seja por acharem que poderiam contribuir com declarações mais pertinentes. Esta circunstância poderá ter contribuído para não terem indicado pacientes com perfis mais representativos, com condições de vida mais frágeis e marcados pela precariedade laboral ou documental.

Além disso, alguns colegas manifestaram dificuldades em identificar pacientes que fossem migrantes de segunda geração, o que pode evidenciar uma invisibilidade estrutural dessa população nos serviços de saúde mental. Essa ausência de categorização formal dificulta o reconhecimento das suas necessidades específicas e reflete a necessidade de implementar melhores ferramentas para identificar e acolher essa geração. Neste sentido importaria explorar o tema dos migrantes de segunda geração a partir de uma lente dirigida a questões identitárias, para promover uma melhor

compreensão de como é que esta população gera as suas múltiplas pertenças e que impacto isso poderá ter para a saúde mental.

O recrutamento realizado apenas em contexto hospitalar e numa única unidade de saúde, significou que a amostra incluiu migrantes já em contacto com serviços de saúde mental, deixando de fora pacientes assistidos noutras unidades, os que sofrem em silêncio ou que se apoiam apenas em redes informais e em processos de cura baseados em tratamentos de base cultural. Seria, pois, de interesse que surgissem estudos que envolvessem migrantes em sofrimento psicológico noutras espaços e com perfis mais diversificados.

Mas talvez mais revelador do que as limitações metodológicas, seja aquilo que não se vê. Há dimensões da vida migrante que não emergiram com a força esperada: a ausência de referências a descendentes de segunda geração; a escassez de falas explícitas sobre colonialismo, sobre sentimentos de pertença ou desigualdades estruturais, discriminações intersectoriais, como racismo e xenofobia. Importa notar que, mesmo nas situações que foram verbalizadas, as experiências como o recurso a práticas culturais ou espirituais de cura surgiram secundarizadas ou discretas. Dada a presença expressiva em Portugal de migrantes de várias gerações com origem nos países africanos de expressão portuguesa, seria importante reforçar o conhecimento acerca de migrantes em sofrimento que se tratam com recurso a “curandeiros”, ainda que se reconheçam dificuldades na identificação de possíveis participantes.

Estas “invisibilidades” não significam ausências da realidade, mas antes os limites impostos pelo contexto em que a investigação decorreu e pelas próprias condições do encontro etnográfico. Revelam que certas vozes, certas experiências e certos sofrimentos permanecem nas margens da investigação, dos serviços de saúde e do olhar público. Reconhecer estas invisibilidades é, talvez, o passo mais essencial para construir abordagens de saúde mental mais próximas da realidade vivida, mais inclusivas e culturalmente sensíveis.

Parece-me particularmente relevante estudar no âmbito da antropologia médica o impacto do legado colonial nos migrantes provenientes das antigas colónias portuguesas. Estes temas são pouco abordados no âmbito investigativo da saúde mental em Portugal, que muito poderia beneficiar do olhar da antropologia, para melhor compreender como é que este passado molda os encontros clínicos ainda hoje. O encontro entre migrantes e profissionais de saúde mental é sempre mediado por categorias de pensamento, assunções implícitas e pelo próprio contexto institucional. A análise destes processos pode ser sensível, já que realizada apenas a partir de uma disciplina tenderá a privilegiar determinados ângulos e a omitir outros. Neste sentido,

parece particularmente proveitoso que futuras investigações sejam concebidas de forma colaborativa, integrando olhares antropológicos e psiquiátricos.

Outra questão prende-se com a conceptualização do processo migratório em psiquiatria. Muita da literatura acerca deste tema em psiquiatria cultural utiliza um modelo que divide o processo migratório em fases pré-migratória, migratória, pós-migratória. Apesar de ser um modelo útil que permite perceber como intervir de forma mais eficaz em cada momento, é um modelo que eventualmente não traduz a elevada plasticidade e fluidez que está associada à migração contemporânea. As trajetórias dos migrantes são cada vez menos lineares, são moldadas por relações transnacionais com comunicação à distância e possibilidade de retornos temporários, flutuações nos sentimentos de pertença relativamente às culturas de origem e de destino que não podem ficar cingidos a um período temporal específico.

A questão do diálogo entre antropologia e psiquiatria leva-me ao meu último ponto. A psiquiatria cultural e a antropologia médica há muito que estudam temas semelhantes, contudo, em Portugal, trabalham de forma relativamente isolada. Além da colaboração teórica já existente, trabalhos futuros poderiam partir de colaborações mais práticas, como, por exemplo, serviços a funcionar mediante dinâmicas multidisciplinares com psiquiatras culturais e antropólogos médicos ou promover eventos conjuntos, como cursos ou congressos. Tal como o processo migratório, também esta investigação foi marcada por negociações e reconstruções.

Ao longo do trabalho, ficou claro que a identidade dos migrantes está em movimento constante entre pertenças, referências e memórias. Da mesma forma, pensar a saúde mental de migrantes exige atravessar fronteiras disciplinares, conjugando saberes clínicos e etnográficos. Esta dissertação apresenta-se como um convite: que psiquiatria e antropologia possam caminhar lado a lado, escutando as narrativas de sofrimento e de resistência e contribuindo para práticas mais humanas e culturalmente atentas nos serviços de saúde em Portugal.

Escutar as narrativas dos pacientes migrantes, mais do que ouvir experiências individuais, é investigar a "plasticidade" das identidades migrantes, que se reconfiguram em movimento entre memórias, pertenças e ausências, as "invisibilidades" que persistem, desde o legado colonial à marginalização da medicina tradicional. Esta investigação é, em última análise, um convite para que a antropologia e a psiquiatria não se limitem a convergir na teoria, mas que se unam na prática para construir serviços de saúde mental verdadeiramente humanos, inclusivos e atentos à riqueza da diversidade cultural.

É um apelo para que se reconheça que o sofrimento psicológico não é apenas individual, mas um reflexo de trajetórias e contextos que exigem a integração de saberes clínicos e etnográficos.

Referências Bibliográficas

- Abu-Lughod, L. (1991). Writing against culture. In R. G. Fox (Ed.), *Recapturing anthropology: Working in the present* (pp. 137–162). Santa Fe, NM: School of American Research Press.
- Abu-Lughod, L. (2008). Locating ethnography. In R. Fardon et al. (Eds.), *The Sage handbook of social anthropology* (pp. 467–473). London: Sage.
- Aggarwal, N. K., Lewis-Fernández, R., & Kirmayer, L. J. (2020). The Cultural Formulation Interview. *Psychiatric Clinics of North America*, 43(4), 547–563. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.08.001>
- AIMA [Agência para a Integração, Migrações e Asilo]. (2023). *Relatório estatístico de migração*.
- AIMA [Agência para a Integração, Migrações e Asilo]. (2024). *Relatório intercalar: Recuperação de processos pendentes na AIMA. População estrangeira em Portugal*.
- Alves, C. (2012). A medicina tradicional no contexto urbano: Práticas e representações de imigrantes africanos em Lisboa. *Revista de Antropologia Social*, 21(2), 1–24. <https://doi.org/10.4000/ras.1234>
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Cultural formulation interview (CFI), DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amelina, A., & Faist, T. (2012). Transnational migration research and methodological nationalism. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 38(2), 21–43. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2012.658356>
- Amelina, A., Nergiz, D. D., Faist, T., & Glick Schiller, N. (Eds.). (2012). *Beyond methodological nationalism: Research methodologies for cross-border studies*. New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203121597>
- Anderson, B. (2013). *Us and them? The dangerous politics of immigration control*. Oxford: Oxford University Press.
- Anderson, B. (2019). *Migration, immigration and social policy*. New York, NY: Routledge.
- Antić, A. (2021). Transcultural psychiatry: Cultural difference, universalism and social psychiatry in the age of decolonisation. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 45(3), 359–384. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09719-4>
- Aranda, K., et al. (2023). Stigma as power: Reviewing the conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 319, 115901. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115901>
- Asad, T. (1973). *Anthropology and the colonial encounter*. Ithaca Press.
- Baer, H., Singer, M., & Susser, I. (2020). *Medical anthropology and the world system*. New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.1002/9781119718963>
- Bakewell, O. (2023). Theories and frameworks in migration studies. In H. de Haas, S. Castles, & M. J. Miller (Eds.), *The Cambridge handbook of international migration* (pp. 45–68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Balidemaj, A., & Small, M. (2019). The effects of cultural trauma: Migrants and refugees' health in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3934. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203934>
- Belloni, M. (2019). *The big gamble: The migration of Eritreans to Europe*. Oakland: University of California Press.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5–34.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712.
- Bhat, A., et al. (2024). Mental health in migrants: A review. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(2), 98–110. <https://doi.org/10.1177/00207640231174852>
- Bhugra, D. (2011). *Migration and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Bhugra, D. (2021). Identity and migration: Integrating perspectives in psychiatry. *International Review of Psychiatry*, 33(1–2), 41–49.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2021.1874854>
- Bhugra, D., & Becker, M. C. (2005). Migration, cultural bereavement, and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18–24.
- Bhugra, D., et al. (2015). Migration and mental health in Europe. *World Psychiatry*, 14(2), 225–228.
- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- Bleakley, A. (2017). *Thinking with metaphors in medicine: The state of the art*. New York, NY: Routledge.
- Bordonaro, L., & Pussetti, C. (2006). Da utopia da emigração à nostalgia dos emigrados: Percursos migratórios entre Bubaque (Guiné-Bissau) e Lisboa. In: A Lima & R. Sarró (Eds.), *Terrenos metropolitanos* (pp. 125–153). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1979). *A reprodução: Elementos para uma teoria do sistema de ensino* (M. L. A. Aranha, Trans.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brito, T. D. (2025). Antigas e novas amizades de imigrantes latino-americanos em Portugal. *Seven Publishing*.
<https://sevenpubl.com.br/editora/article/download/5696/10470/22874>
- Brown, P. J., & Barrett, R. (2009). *Understanding and applying medical anthropology*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Cabrieses, B., et al. (2023). Stigma, discrimination, and migrant narratives. *Migration Studies*, 11(1), 22–38. <https://doi.org/10.1093/migration/mnac021>
- Calabrese, J. D. (2013). *A different medicine: Postcolonial healing in the Native American Church*. Oxford: Oxford University Press.
- Castles, S., de Haas, H., & Miller, M. J. (2020). *The age of migration: International population movements in the modern world* (6th ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Chimienti, M., Warner, K., Lausberg, F., et al. (2019). Second-generation migrants and health outcomes: A comparative study. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 15(2), 97–112. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-09-2018-0063>
- Clément, S., et al. (2014). Self-stigma and mental health. *Psychological Medicine*, 44(2), 265–278. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000491>
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Collins, P. H. (2015). *Intersectionality as critical social theory*. Durham, NC: Duke University Press.
- Conrad, P., & Schneider, J. W. (1980). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P., et al. (2013). Interventions to reduce mental illness stigma. *Social Science & Medicine*, 81, 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.020>
- Cowen, P., Harrison, P., & Burns, T. (2020). *Oxford textbook of psychiatry* (7th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
<https://doi.org/10.2307/1229039>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Devereux, G. (1970). *Ethnopsychiatry: The individual and his culture*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Dias, S., Gama, A., Cortes, M. C., & de Sousa, M. I. (2013). Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 849–856. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004414>
- Ehrenfeld, J. (2024). *Social ontologies and the theory of migration*. [Forthcoming].
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine*, 33(6), 673–680. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90021-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90021-4)
- Estalella, A. (2023). *Experimental collaborations: Ethnography through fieldwork devices*. Durham, NC: Duke University Press.
- Faist, T. (2010). Diaspora and transnationalism: What kind of dance partners? In R. Bauböck & T. Faist (Eds.), *Diaspora and transnationalism: Concepts, theories and methods* (pp. 9–34). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Fainzang, S. (1993). *La gestion du secret et du mensonge dans la relation médecin-patient*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fanon, F. (1952). *Black skin, white masks*. New York, NY: Grove Press.
- Fanon, F. (1963). *The wretched of the earth*. New York, NY: Grove Press.
- Farahani, A., et al. (2021). Postmigration stress and mental health. *BMC Psychiatry*, 21(9), 280. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03218-8>
- Farmer, P. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, D. (2010). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. Berkeley: University of California Press.
- Faissner, M., Gaillard, A.-S., Juckel, G., Yeboah, A., & Gather, J. (2024). Intersectionality and discriminatory practices within mental health care. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13010-024-00159-7>
- Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge*. New York, NY: Pantheon.
- Fredman, S. (2016). Intersectional discrimination in EU gender equality and non-discrimination law. *European Equality Law Review*, 1, 1–16.
- Frounfelker, R. L., & Rousseau, C. (2022). *Mental health needs and services for migrants*. Sherpa Recherche. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Mental-health-needs-newcomers_Frounfelker-et-Rousseau.pdf
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). *Barómetro da imigração: A perspetiva dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Funer, L. (2023). Discrimination in mental health services. *Health & Social Care in the Community*, 31(3), 432–440. <https://doi.org/10.1111/hsc.13808>
- Geertz, C. (1960). *The religion of Java*. Chicago: University of Chicago Press.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: Selected essays*. New York, NY: Basic Books.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gushulak, B. D. (2006). Health issues associated with the return phase of international migration. *Journal of Immigrant Health*, 8(1), 9–11. <https://doi.org/10.1007/s10903-006-6343-5>
- Hacking, I. (2007). Kinds of people: Moving targets. *Proceedings of the British Academy*, 151, 285–318.
- Hall, S. (1990). Cultural identity and diaspora. In J. Rutherford (Ed.), *Identity: Community, culture, difference* (pp. 222–237). London: Lawrence & Wishart.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3rd ed.). Chichester: Wiley-Blackwell.

- Hull, K. M. (2023). 'Permanent temporariness' as a critical lens: A framework for understanding migration and wellbeing. *British Journal of Social Work*, 54(2), 780–797. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad020>
- Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- Jarvis, G. E., Aggarwal, N. K., Gómez-Carrillo, A., Kirmayer, L. J., & Lewis-Fernández, R. (2020). The Cultural Formulation Interview since DSM-5: Prospects for training, research, and clinical practice. *Transcultural Psychiatry*, 57(4), 496–514. <https://doi.org/10.1177/1363461520931323>
- João, B. (2005). *Vita: Life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- Joralemon, D. (2017). *Exploring medical anthropology* (4th ed.). New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315470610>
- José, M. (2014). The dreams of middle class: Consumption, life-course and migration between Bangladesh and Portugal. *Modern Asian Studies*, 48(3), 693–719. <https://doi.org/10.1017/S0026749X1200025X>
- Kearney, J. (2004). The local and the global: The anthropology of globalization and transnationalism. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/234147748_The_Local_and_the_Global_The_Anthropology_of_Globalization_and_Transnationalism
- Keller, R. (2022). *Colonial madness: Psychiatry in French North Africa*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kilomba, G. (2020). *Plantation memories: Episodes of everyday racism*. Münster: Unrast Verlag.
- Kim, Y. N., Urquia, M., Villadsen, S. F., & Merry, L. (2021). A scoping review on the measurement of transnationalism in migrant health research in high-income countries. *Globalization and Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00777-2>
- Kirmayer, L. J. (2025). Healing and the invention of metaphor: The effectiveness of symbols revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17(2), 161–195. <https://doi.org/10.1007/BF01379325>
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232–257.
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(3–4), 355–372. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kirmayer, L. J. (2013). Culture and psychiatric diagnosis: Towards a multilevel cultural formulation. *International Review of Psychiatry*, 25(5), 450–462. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.821150>
- Kirmayer, L. J. (2018). Cultural psychiatry in historical perspective. In L. J. Kirmayer & R. Lewis-Fernández (Eds.), *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirmayer, L. J. (2022). Decolonizing memory. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 29(1), 1–5. <https://doi.org/10.1353/ppp.2022.0001>
- Kirmayer, L. J. (2023). Cultural poetics of illness and healing. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/13634615221144616>
- Kirmayer, L. J., Guzder, J., et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach to the patient in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kirmayer, L. J., & Lewis-Fernández, R. (2019). Cultural formulation interview. In L. J. Kirmayer & R. Lewis-Fernández (Eds.), *Cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1987). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York, NY: Free Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York, NY: Basic Books.
- Kleinman, A. (2006). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford: Oxford University Press.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Lage, N. P. (2023). Identidade fragmentada: Ser (i) migrante enquanto estado de permanência na vida dos sujeitos expatriados. *Revista ENSINE*, 1(2), 80–98. <https://journal.ensin-e.edu.br/rensine/article/view/11>
- Laplante, J. (2015). *Healing roots: Anthropology in life and medicine*. New York, NY: Berghahn Books.
- Lechner, E. (2007). Imigração e saúde mental: O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas. *Revista Migrações*, 1(1), 1–11. <https://doi.org/10.4000/migracoes.318>
- Lee, E. S. (1966). A theory of migration. *Demography*, 3(1), 47–57. <https://doi.org/10.2307/2060063>
- Levitt, P. (2003). Keeping feet in both worlds: Transnational practices and immigrant incorporation in the United States. In C. Joppke & E. T. Morawska (Eds.), *Toward assimilation and citizenship: Immigrants in liberal nation-states* (pp. 177–194). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Lewis-Fernández, R., Kirmayer, L. J., et al. (2020). Cultural formulation interview: Development and implementation. *Psychiatric Clinics of North America*, 43(4), 565–578. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.08.002>
- Lieberman, J. A. (2015). *Shrinks: The untold story of psychiatry*. New York, NY: Little, Brown.
- Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023>
- Liu, C., et al. (2023). Multidimensional discrimination and mental health. *American Journal of Psychiatry*, 180(3), 185–198. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2022.22060677>
- Lima, A. (1997). Trabalho de campo com famílias da elite empresarial de Lisboa: Um terreno para a análise e o exercício das relações de poder. *Ethnologia, Nova Série*, 6–8(4), 1–20.
- Malheiros, J. (2012). Mobilidades, migrações e trabalho migrante: Estudos portugueses. In S. Fernandes & I. Baganha (Eds.), *Migrações em Portugal* (pp. 33–54). Lisboa: ICS.
- Mapril, J. (2014). The dreams of middle class: Consumption, life - course and migration between Bangladesh and Portugal. *Modern Asian Studies*, 48(3), 693–719. <https://doi.org/10.1017/S0026749X1200025X>
- Malheiros, Jorge. (2012). Framing the Iberian Model of Labour Migration: Employment Exploitation, De facto Deregulation and Formal Compensation. In Marek Okolski (Ed.), *European Immigrations: Trends, Structures and Policy Implications* (pp. 159–178). Amsterdam University Press. <https://doi.org/10.1515/9789048517275-008>
- Manderson, L., Cartwright, E., & Hardon, A. (Eds.). (2017). *The Routledge handbook of medical anthropology*. New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315728971>
- Marmot, M. G., Adelstein, A. M., & Bulusu, L. (1984). Lessons from the study of immigrant mortality. *The Lancet*, 323(8392), 1455–1457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(84\)91943-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(84)91943-3)
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Miklavcic, A., & LeBlanc, M. N. (2014). Culture brokers, clinically applied ethnography, and cultural mediation. In L. J. Kirmayer, J. Guzder, & C. Rousseau (Eds.), *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. New York, NY: Springer.
- Mintz, S. W., & Du Bois, C. M. (2002). The anthropology of food and eating. *Annual Review of Anthropology*, 31, 99–119. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.32.032702.131011>
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379–408. <https://doi.org/10.1007/BF00054782>
- Obrist, B., & van Eeuwijk, P. (2020). Medical anthropology in, of, for and with Africa: Three hotspots. *Medical Anthropology*, 39(7), 599–616. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1713730>
- OECD. (2024). *International migration outlook 2024*. Paris: OECD Publishing.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). *Global competency standards for health workers*. Genebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350533/9789240030626-eng.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2019). *Enhancing intercultural competence and diversity sensitivity*. Genebra: OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332186/9789289056632-eng.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Knowledge guide*. Genebra: OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350570/9789240040915-eng.pdf>
- Organização Internacional para as Migrações (OIM). (2020). *Relatório sobre migração mundial*. Genebra: Organização Internacional para as Migrações.
- Organização Internacional para as Migrações (OIM). (2024). *Relatório sobre migração mundial 2024*. Genebra: Organização Internacional para as Migrações.
- Organização Internacional para as Migrações. (2019). *Glossário sobre migração*. Organização Internacional para as Migrações. <https://publications.iom.int/books/iom-glossary-migration>
- Perin, V. P. (2021). Sobre histórias, fragmentos e silêncios em narrativas engajadas. *Anuário Antropológico*, 46(1), 298–314. <https://doi.org/10.4000/aa.7711>
- Portes, A. (2019). Migration theory for a changing world. In C. M. Rodríguez & R. G. Rumbaut (Eds.), *The SAGE handbook of international migration* (pp. 15–32). Los Angeles, CA: Sage.
- Pordata. (2024). *Barómetro da emigração – A perspetiva dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Prem, K., et al. (2025). The public health consequences of mandatory return migration. *PLoS Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12075382/>
- Pussetti, C. (2006). A patologização da diversidade: Uma reflexão antropológica sobre a noção de *culture-bound syndrome*. *Etnográfica*, 10(1), 3–40. <https://doi.org/10.4000/etnografica.2997>
- Pussetti, C. (2009). Cultural competence with migrant patients in Portugal. In *Migrantes e saúde mental: A construção da competência cultural*. Lisboa: Observatório da Emigração.
- Pussetti, C. (2010). Identities in crisis: Migrants, emotions and mental health in Portugal. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 94–113. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>
- Pussetti, C. (2010). Etnografias de novos encontros clínicos: As batalhas emocionais do imigrante e a psiquiatria transcultural em Portugal. *Etnográfica*, 14(1), 115–133. <https://doi.org/10.4000/etnografica.174>
- Refugee Studies Centre. (2003). *Psychosocial difficulties of return*. Oxford: Refugee Studies Centre, University of Oxford. <https://www.rsc.ox.ac.uk/files/files-1/wp16-when-forced-migrants-return-home-2003.pdf>

- Rego, M. L., Côrte-Real, P., Brilhante, J., Resende, M. J., Vale de Almeida, M., & Corcodel, V. (Coords.). (2024). *Multiversidade: Livro branco sobre discriminação múltipla e interseccional*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Reyes-Foster, B. M. (2018). *Psychiatric encounters: Madness and modernity in Yucatán, Mexico*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Rousseau, C., & Frounfelker, R. (2018). Mental health of migrants. *World Psychiatry*, 17(2), 178–179. <https://doi.org/10.1002/wps.20542>
- Rousseau, C., Guzder, J., et al. (2025). Refugee mental health and the role of place in the Global North. *World Psychiatry*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10265132/>
- Said, E. W. (1978). *Orientalism*. New York, NY: Pantheon.
- Sarró, R., & Lima, A. (Orgs.). (2006). *Terrenos metropolitanos: Ensaios sobre a produção etnográfica*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Savaş, G. (2021). Migrants, intersectionality, and vulnerability. *International Migration Review*, 55(4), 1201–1225. <https://doi.org/10.1177/01979183211033302>
- Sayad, A. (1999). *La double absence: Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Seuil.
- Schiller, N. G., Basch, L., & Blanc, C. S. (1992). Transnationalism: A new analytic framework for understanding migration. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 645(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1992.tb33484.x>
- Schiller, N. G., & Salazar, N. B. (2013). Regimes of mobility across the globe. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(2), 183–200.
<https://doi.org/10.1080/1369183X.2013.723253>
- Silva, P., et al. (2022). COVID-19 and migrant health in Portugal. *Public Health*, 197, e1–e8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.12.003>
- Singer, M., & Baer, H. (1995). *Critical medical anthropology*. Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Sims, A., & Oyebode, F. (2018). *Sim's symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology* (6th ed.). London: Saunders Elsevier.
- Society for Medical Anthropology. (2025). About medical anthropology.
<https://www.medanthro.net/>
- Souza, N. S. (1983). *Tornar-se negro: As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. São Paulo: Ática.
- Thornton, R. (2017). *Healing the exposed being: A South African Ngoma tradition*. Johannesburg: Wits University Press.
- Thornicroft, G. (2007). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., et al. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Vaz da Silva, F. (2021). Metaphor in comparative studies, or, the folklore of anthropology: Frazer, Malinowski, Trobriand, and US. *Folklore*, 132(4), 343–366.
<https://doi.org/10.1080/0015587x.2021.1923956>
- Vertovec, S. (2001). Transnationalism and identity. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 27(4), 573–582.
- Yoon, E., et al. (2013). Healthy immigrant effect: Mental health in migrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1105–1113.
- Young, A. (1982). The creation of the category of sickness in psychiatric diagnosis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6(3), 231–258.
- Vathi, Z. (2015). *Migrating and settling in a mobile world: Albanian migrants and their children in Europe*. Cham: Springer.

Anexo A

Guião da entrevista

Introdução: Proceder à apresentação pessoal e dos objetivos do estudo. Garantir aspectos relacionados com a confidencialidade e o anonimato das declarações. Confirmar o consentimento e a autorização para a gravação.

Parte I – Perguntas fechadas (a preencher por mim)

- Língua em que decorreu a entrevista
- Confirmar consentimento informado
- Confirmar permissão para gravar
- Idade
- Sexo e género
- País de nascimento:
- Estado civil
- Reside sozinho ou acompanhado? Se acompanhado, com quem?
- Escolaridade
- Ocupação

Parte II - Perguntas abertas

1. Background migratório

- Há quanto tempo está em Portugal?
- Quantas línguas fala fluentemente?
- Como descreveria a sua experiência com a língua portuguesa?
- Esteve emigrado em mais países antes de Portugal?
- A sua situação migratória está regularizada?

2. Experiências migratórias

- Fale-me sobre como foi o processo de vir para Portugal.
 - Foi uma mudança planeada e desejada?
 - Quais eram as expectativas iniciais. Quais as primeiras impressões?
 - Quais eram os receios iniciais
 - Quais as emoções no dia de partir?
 - Como foi o dia de chegada?
 - A viagem em si teve algo importante de se referir? Alguma dificuldade particular?
 - Quais são as expectativas atuais?
 - Quais são os receios atuais?

3. Experiências migratórias relacionadas com a identidade

- Se tiver de se descrever a alguém que não o conhece de forma a que ficasse a saber o mais importante sobre si, como o faria?
- Muitas pessoas sentem que aspectos como a nacionalidade, a língua que falam, comunidades a que pertencem, género ou religião são importantes para si. Destacaria algum destes no seu caso?
- Migrar teve influência sobre estes aspectos?

- Existem hábitos, rituais ou contactos com pessoas que ajudam a preservar estes aspetos?
- Como é que passar a viver em Portugal se integrou nestes aspetos?
- Estes aspetos alguma vez resultaram em discriminação ou violência?

4. Experiências migratórias e percepções de saúde mental

- Como descreveria a sua condição de saúde (ou a condição de saúde do seu familiar)?
- Quais são as causas para esta condição ter aparecido?
- E que causas a sua família aponta para a explicar?
- Que tipos de ajuda já procurou antes? Que tipo de ajuda considera ser mais fundamental para esta condição? (médica, familiar, suporte da comunidade etc)
- Migrar teve impacto sua saúde mental?
- Que dificuldades sente quando procura recorrer a serviços de saúde mental?
- O facto do profissional de saúde e do doente serem de culturas diferentes pode levar a mal-entendidos? Isto alguma vez aconteceu? Compreendem bem as expectativas dos migrantes? Pode dar exemplos?
- Acha que os profissionais de saúde compreendem bem as experiências dos migrantes? Pode dar exemplos?
- Que barreiras sente que os migrantes têm no acesso a serviços de saúde mental em Portugal?

5. Reflexões finais

- Alguma coisa que gostasse de partilhar que não tenha sido ainda abordada?
- Algun conselho para quem está a estudar este tema?