

Cristina Santinho

A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo

Aviso

O conteúdo deste website está sujeito à legislação francesa sobre a propriedade intelectual e é propriedade exclusiva do editor.

Os trabalhos disponibilizados neste website podem ser consultados e reproduzidos em papel ou suporte digital desde que a sua utilização seja estritamente pessoal ou para fins científicos ou pedagógicos, excluindo-se qualquer exploração comercial. A reprodução deverá mencionar obrigatoriamente o editor, o nome da revista, o autor e a referência do documento.

Qualquer outra forma de reprodução é interdita salvo se autorizada previamente pelo editor, excepto nos casos previstos pela legislação em vigor em França.

revues.org

Revues.org é um portal de revistas das ciências sociais e humanas desenvolvido pelo CLÉO, Centro para a edição eletrónica aberta (CNRS, EHESS, UP, UAPV - França)

Referência eletrónica

Cristina Santinho, « A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo », *Forum Sociológico* [Online], 22 | 2012, posto online no dia 26 Fevereiro 2013, consultado o 28 Fevereiro 2013. URL : <http://sociologico.revues.org/594>

Editor: CESNOVA

<http://sociologico.revues.org>

<http://www.revues.org>

Documento acessível online em:

<http://sociologico.revues.org/594>

Documento gerado automaticamente no dia 28 Fevereiro 2013.

© CESNOVA

Cristina Santinho

A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo

Paginação da edição em papel : p. 73-81

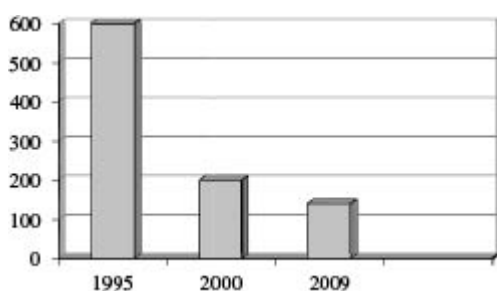
Algumas razões para a quase invisibilidade dos refugiados em Portugal

- 1 Em Portugal os refugiados e requerentes de asilo estão longe de poder usufruir do reconhecimento social que é dado aos imigrantes no contexto da sociedade portuguesa, em parte pelo seu número irrisório face aos anteriores.
- 2 Antes de percebermos quais os contornos sociais e até demográficos dos refugiados em Portugal, importa clarificar o que de acordo com a Convenção de Genebra se define como refugiado: um refugiado é uma pessoa que, “receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país; ou que, se não tiver nacionalidade e estiver fora do país no qual tinha a sua residência habitual após aqueles acontecimentos, não possa ou, em virtude do dito receio, a ele não queira voltar”. Logo, podemos afirmar que o que os distingue dos restantes imigrantes é a impossibilidade de regressarem aos seus países de proveniência pelo risco de vida que correm, se o fizerem. Contudo, não significa que todos os que solicitam asilo em Portugal ou em qualquer outro país da União Europeia obtenham imediatamente o estatuto de refugiados. Na maioria dos casos, segue-se um longo período de oito anos (no caso de Portugal), durante o qual apenas possuem o estatuto de “requerentes de asilo por razões humanitárias”. Durante este tempo, não usufruem de todos os direitos dos cidadãos nacionais, estando por exemplo coartados da possibilidade de trabalharem ou viverem em outros países da União Europeia.
- 3 Para podermos entender a sua quotidianidade no contexto da sociedade portuguesa – que reflete igualmente a situação perante a saúde, mesmo tendo em conta que a acessibilidade ao serviço nacional de saúde está prevista e protegida na “lei de asilo” (Lei nº 27/2008 de 30 Junho), é necessário compreender qual a expressividade numérica tanto no que diz respeito aos imigrantes em geral, como em relação à sociedade portuguesa autóctone. No que se refere à quantidade de refugiados em Portugal, e do que foi possível apurar através de dados oficiais igualmente disponibilizados pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR, 2002), reporta-se a evolução dos seguintes números:
- 4 – No ano de 1993 (não existem dados anteriores a esta data) reportavam-se 600 refugiados em Portugal (número cumulativo, ou seja, refere-se ao total de refugiados registados e não apenas ao ano de 1993) e 2090 pedidos de asilo, sendo que destes últimos, no final deste ano, apenas 17 pedidos tinham sido aceites;
- 5 – Em 2000, existiam 443 refugiados, o que significa que cerca de 200 já haviam saído voluntariamente do país, eventualmente para outros países europeus, e 224 pedidos de asilo, sendo que, no final deste ano, apenas 46 tinham o visto aprovado.
- 6 Comparativamente, os dados estatísticos sobre Portugal, encontrados no *site* do Conselho Português de Refugiados (CPR), referem-se exclusivamente ao *número de pedidos de asilo*, não se tendo encontrado referências sistematizadas relativamente ao *número de refugiados*. Foram escolhidos apenas os dados, tão aproximados quanto possível, dos últimos dois períodos referidos nas estatísticas do ACNUR, equivalentes aos anos de 2000 e 2009, sendo que para o caso português os primeiros dados oficiais só existem a partir de 1995, uma vez que o CPR iniciou a sua atividade em 1991, não tendo sido possível encontrar dados disponíveis referentes a este ano. Porém, verificou-se que os dados portugueses para o mesmo período nem sempre

são exatos, havendo discrepâncias entre os indicados no CPR e no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), sendo que estes tão-pouco correspondem aos dados referenciados pelo ACNUR para as mesmas datas.

- 7 Sistematizando, no que se refere a *pedidos de asilo*, existem os seguintes dados:
 8 1994 – 600 pedidos de asilo, de acordo com o relatório do SEF (2008: 614);
 9 2000 – 200 pedidos de asilo referidos pelo SEF (2000) e 202 pelo CPR (s/d);
 10 2009 – 139 pedidos de asilo (SEF 2010), não tendo sido possível encontrar referências exatas nas fontes consultadas (dados do SEF, CPR, ACNUR, EUROSTAT), concluindo-se que neste ano, segundo os dados do SEF (2010), apenas foram concedidos 3 *estatutos de refugiados* e 45 autorizações de *residência por razões humanitárias*. Sublinha-se que o número de refugiados ou mesmo de requerentes de asilo é irrisório, tanto face ao número de imigrantes, quer obviamente face ao número de população portuguesa autóctone, não aparecendo sequer nas estatísticas.

Gráfico 1 # Número de pedidos de asilo em Portugal



- 11 Gostaríamos também de não deixar passar em claro a discrepância existente (analisados os dados estatísticos disponíveis) entre o número de pedidos de asilo e o número real de resoluções equivalentes à atribuição do estatuto de refugiado. Esta situação carece de uma explicação, uma vez que Portugal possui um número de pedidos de asilo absolutamente residual comparativamente a outros países europeus, para além de que este número tem vindo gradualmente a diminuir desde 1994, o que se deve ao facto de Portugal não ser um país atractivo em questões de empregabilidade e condições de vida, de acordo com os requerentes de asilo entrevistados. Além desta razão, existem outras, das quais se destacam a quase inexistência de redes familiares e sociais de apoio e a ausência de linhas aéreas directas entre os países de proveniência dos requerentes de asilo e Portugal, o que sem dúvida dificulta a fuga por via aérea.
- 12 O quadro da Figura 1 pretende comparar, de acordo com as tabelas disponibilizadas pelo ACNUR, a população de refugiados em quatro países europeus, nomeadamente Portugal, França, Alemanha e Malta, com dados referentes aos anos de 2000 a 2009.

Figura 1 # População de refugiados em quatro países da União Europeia (2000/2009)

Ano/País	Portugal	França	Alemanha	Malta
2000	433	132 508	906 000	190
2001	449	131 060	903 000	176
2002	462	132 182	980 000	307
2003	418	130 838	960 395	895
2004	377	139 852	873 382	1 558
2005	363	137 316	700 016	1 939
2006	333	145 996	605 410	2 404
2007	353	151 789	578 879	3 000
2008	403	171 206	582 735	4 332
2009	389	196 364	593 799	5 955

Fonte: ACNUR (2010b)¹.

- 13 Tal como referido anteriormente, é notória a desproporção entre os dados relativos a Portugal e os dados referentes a outros países.
- 14 Relativamente à proveniência dos requerentes de asilo, no ano de 2009, apresentamos o quadro da Figura 2, a título de exemplo (disponível em: <http://www.cpr.pt/>).
- 15 Nesta tabela, salientamos os seguintes aspectos: a) diversidade de proveniência dos requerentes de asilo; b) apenas 9 dos 139 pedidos são provenientes de países com os quais, por razões históricas, Portugal tem pontes aéreas diretas. Sublinhamos ainda a noção de que requerer asilo não significa garantir a sua obtenção, como fizemos notar no início deste texto. Independentemente do ano em análise, existe um único fator em comum: a diversidade desta população não só em termos culturais, como também sociais, linguísticos, religiosos, entre outros, o que desde logo, deixa antever a necessidade de estabelecer formas de contacto e diálogo efetivo entre os refugiados e a sociedade de acolhimento, tendo em vista a necessidade de integração manifestada pelos asilados em todas as áreas, nomeadamente o emprego, a habitação, a escolaridade e necessariamente: a saúde.
- 16 A pouca expressividade numérica dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal tem consequências diretas no modo como veem e são vistos pela sociedade portuguesa. O facto de serem encaminhados para o Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR) imediatamente após o pedido de asilo ser colocado no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, e o facto de este Centro estar localizado na Bobadela – município de Loures, faz com que os refugiados procurem casa ou quarto para alugar nas ruas adjacentes. Esse confinamento a uma área muito localizada contribui para que raramente se saiba da existência de refugiados noutros municípios ou regiões do país, sendo que as instituições fora da região de Loures e Lisboa, e a sociedade portuguesa de um modo geral apenas ouviram falar de refugiados nos meios de comunicação social, em notícias normalmente associadas a êxodos de zonas de conflito em países longínquos, tendo dos mesmos uma ideia abstrata, associada a imagens vinculadas pelos meios de comunicação social, mas isenta de conteúdo ou conhecimento profundo das suas realidades e necessidades pragmáticas, ou sequer da imensa diversidade social e cultural. As vidas quotidianas, as dificuldades ou êxitos pessoais que vão obtendo já em território nacional, aparecem contudo fora dos radares dos *media* e, conseqüentemente, da sociedade portuguesa.
- 17 Esta invisibilidade coloca-os à margem quer do sistema político e social, quer também do próprio sistema de saúde, ainda que, de acordo com a lei, a ele tenham acesso. Na impossibilidade de serem entendidos como um grupo particular com necessidades específicas pelos prestadores de cuidados de saúde, acabam por recorrer frequentemente a cuidados de saúde cultural e simbolicamente identificados pelos próprios como válidos, porque mais eficazes. Fazem parte deste âmbito de oferta os medicamentos trazidos por outros imigrantes, aos quais recorrem através de redes de contactos estabelecidos em locais de circulação destes produtos, na zona da baixa lisboeta. O recurso à religião (a ida à mesquita e a leitura do Alcorão, por exemplo) e o cuidado (*care for each other*) prestado através da escuta e da solidariedade pragmática entre pares funciona, para muitos, como o único recurso terapêutico ao qual têm acesso.
- 18 Torna-se necessário sublinhar que este grupo particular de migrantes se caracteriza pela impossibilidade de regresso aos locais de guerra e conflito de onde partiram, correndo risco de vida caso decidam fazer o percurso de regresso. Todos eles alegam a fuga por motivos de perseguição, tortura, medo e perdas de vidas de familiares, amigos e vizinhos. Porém, o sofrimento a que muitos estão sujeitos já no contexto de asilo é mental mas, sobretudo, social. Este sofrimento é originado tanto pelos traumas que viveram no passado como também pela angústia face a um presente do qual desconhecem os contornos sociais e culturais. Configura-se assim aquilo que autores como Paul Farmer (2004), Veena Das e Arthur Kleinman (2000), entre outros, denominam como “violência estrutural”, que tanto pode ocorrer repentinamente, como no caso de uma guerra, como paulatinamente, quando indivíduos ou comunidades são alvo de discriminação sistemática já no país de asilo que prometeu protegê-los, de cada vez que não lhes são disponibilizados meios de mediação linguística e cultural para interagir com as mais variadas instituições, sempre que lhes é recusado um emprego que lhes permita

a integração ou, mais pragmaticamente, os meios necessários para alugar uma casa ou um simples quarto que lhes sirva de abrigo.

Figura 2 # Proveniência dos requerentes de asilo em Portugal (2009)

País	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Angola	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	3
Benim	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Bósnia	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	3
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Camarões	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Chade	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Colômbia	-	5	2	-	-	2	-	-	-	4	-	2	15
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
El Salvador	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Eritreia	1	1	2	4	-	5	-	2	6	-	-	-	21
Fed. Russa	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Gâmbia	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Geórgia	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Guiné-Bissau	1	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	5
Guiné Conacri	3	1	-	1	-	4	1	2	1	1	3	1	18
Índia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Irão	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	4
Mauritânia	1	1	7	-	4	1	1	-	-	1	-	-	16
Moldávia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Nepal	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Nigéria	-	1	-	1	2	2	-	-	-	1	-	3	10
Paquistão	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Rep. Dem. Congo	-	-	-	-	1	2	-	1	-	1	1	-	6
Ruanda	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Senegal	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Serra Leoa	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Sri Lanka	-	-	1	-	2	-	1	-	-	4	-	-	8
Togo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Ucrânia	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Zimbabué	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL	15	12	16	7	12	23	9	7	9	13	7	9	139

Domínio da saúde e desajuste de oferta

- 19 Já no âmbito da saúde, a percepção dos refugiados sobre doença, sofrimento e corpo desajusta-se frequentemente do tipo de medicina praticada em Portugal, em particular por esta ser fundamentalmente orientada pelas práticas biomédicas. Isto significa que existe uma certa resistência dos profissionais de saúde em reconhecerem a inadequação e os limites das suas práticas e modelos interpretativos quando se colocam perante si, no contexto de consulta, pessoas em sofrimento com outros códigos culturais e linguísticos. Frases como: “o doente não colabora”, ou “recusa-se a seguir o tratamento que lhe prescrevo”, ou ainda: “os refugiados são muito consumistas de consultas”, são exemplificativas da ausência de entendimento entre os atores envolvidos e da necessidade de uma mediação eficaz.
- 20 Existem enormes barreiras linguísticas e culturais no atendimento em saúde mental e física, para além do facto de não haver ainda profissionais de saúde formados especificamente para a sensibilidade à diversidade (que pode ser de classe social, de género, de cultura) ou, mais particularmente, para as necessidades dos refugiados vítimas de trauma. Esta ausência de competências por parte dos profissionais, a par da ausência de mediadores culturais orientados para a saúde, localizados nas várias instituições prestadoras de serviços públicos, como hospitais, centros de saúde ou maternidades, pode contribuir para o agravamento do estado de saúde física e mental, dificultando o processo de integração na sociedade portuguesa.
- 21 Propomos aqui a necessidade de uma abordagem baseada numa metodologia etnográfica que permita uma incursão no terreno de modo mais prolongado e aprofundado junto das pessoas

que se pretende investigar. Isto é: a diversidade que caracteriza os refugiados ou os imigrantes adquire maior profundidade quando analisada não no plano das normatividades, mas no da diferenciação, ao invés de perspectivas geradoras de estereótipos e generalizações do tipo: “os brasileiros são assim”, ou “os africanos são desta maneira”. No caso dos refugiados, por exemplo, não existe um paradigma intrínseco a eles associado, sendo portanto pertinente tomar em consideração as suas experiências particulares.

22 Uma das perspectivas apontadas por diversos autores, como por exemplo Kleinman e Benson (2006), Richard Mollica (2008-2009) entre outros, passa por criar estruturas de saúde que abram a possibilidade de olhar o sofrimento e o trauma a partir da pesquisa etnográfica e transdisciplinar, onde o “outro” passe a ser considerado como o “nós”, contribuindo com os seus saberes e interpretações, a partir da sua própria história de vida. Neste artigo, tomaremos como referência os conceitos de “competência cultural na saúde” apresentado por estes autores, propondo a partir das suas teorias e práticas a existência de novas ferramentas concetuais e técnicas, de modo a que o sistema de saúde em Portugal possa lidar eficazmente com as particularidades e necessidades dos refugiados em sofrimento. Importa ter em conta que o conceito de competência cultural, quando mal interpretado, pode conduzir a vários problemas, nomeadamente o de se considerar equivocadamente que a cultura se traduz numa ferramenta técnica, através da qual os médicos podem ser capacitados. A cultura é frequentemente entendida pelos clínicos de forma estereotipada, e como sinónimo de nacionalidade, etnicidade ou até língua, contrastando com o conceito de cultura abordado pela antropologia, onde esta é entendida como um processo mutável, inseparável dos aspetos económicos, políticos, religiosos e mesmo psicológicos ou biológicos, ou até de género, idade ou classe social.

23 Na pesquisa sobre o acesso dos refugiados à consulta nos centros de saúde, entrevistei vários profissionais de saúde, com especial predominância de médicos, incluindo psiquiatras. Quando indagados sobre se sentiam dificuldades na comunicação e perceção do sofrimento dos refugiados, vindos de contextos tão díspares como Eritreia, Congo, Somália, Irão, Colômbia ou Mianmar, por exemplo, não era raro afirmarem:

24 “Não! Eu próprio nasci em África e vivi lá alguns anos da minha infância.” Para além da criação de estereótipos, a infantilização dos refugiados por parte dos médicos é também frequente. Eis o depoimento de um outro médico:

“Em termos de comparação: muitas vezes um doente quando nos faz queixas está a enganar-nos. Quer dizer: está a dar sintomas que já são consequência da doença e não nos está a dar os sintomas básicos. Por exemplo na pediatria: vamos ver uma criança e um bebé não se queixa. Nós é que vamos descobrir o que é que a criança tem. Numa situação destas, a gente facilmente descobre, e depois com a experiência que tenho, é muito fácil chegar a um diagnóstico.”

25 Acompanhando uma grávida refugiada da Somália à consulta de rotina no Centro de Saúde, tanto a minha informante como eu própria nos demos conta de que as atitudes da médica eram divergentes quando se dirigia a mim, ou a ela. Sempre que falava com a grávida somali, elevava a voz em tom de reprimenda, quando esta lhe manifestava algum sofrimento ou desconforto perante os exames de diagnóstico, ao mesmo tempo que usava expressões infantis ao recomendar-lhe um certo tipo de cuidados na dieta alimentar, por exemplo, para logo depois se dirigir a mim, exclamando: “Tem que se falar assim com elas, senão vão para casa e fazem tudo ao contrário.” Já fora do consultório, a grávida, sentindo-se humilhada, perguntava-me em inglês: “*Why is she talking to me like that? I am a refugee, I’m not stupid or deaf.*”

Diagnosticar? Entender a metáfora para além do sintoma

26 Na análise dos conceitos de saúde e doença referentes aos refugiados, e no que toca ao diagnóstico, ocorre a possibilidade de se entender e interpretar de forma equivocada as sensações do corpo e os sintomas manifestados pelos pacientes. A noção de sintoma é abordada por Martínez-Hernández (2000), revelando a importância de entender a metáfora para além dos sintomas, isto é: entender o significado e o símbolo das narrativas a partir dos sintomas revelados. Os sintomas dificilmente serão interpretados de maneira correta pelos médicos se não tiverem em conta o universo sociocultural que os produz. Por outras palavras:

é necessária uma moldura constituída simultaneamente pela medicina interpretativa e pela etnografia. Ainda sobre o diagnóstico, referimos o seguinte: A primeira tarefa da medicina é frequentemente a definição do diagnóstico (B. Good, 1994), ou seja: a interpretação dos sintomas do paciente, a partir dos meios de investigação complementares – análises, raio-x, aplicação de questionários ou de consultas, no caso da saúde mental, etc. – e que localizam invariavelmente a doença ou sofrimento no espaço confinado do corpo. O diagnóstico é algo que faz sentido quando existe um universo de referências comuns entre o especialista da saúde e o paciente: localiza o mal, chama-o pelo nome, domina-o e controla-o, iniciando um processo de apaziguamento do sofrimento. O diagnóstico é tão importante para a biomedicina como as estratégias divinatórias para os sistemas terapêuticos tradicionais, em variados contextos. Contudo, quando o universo referencial não é coincidente, a designação do diagnóstico torna-se perigosa, porque reduz o espectro das causas do sofrimento, confundindo o paciente que não partilha do mesmo universo de referências nosológicas. Tal acontece frequentemente nas consultas médicas para onde são encaminhados os refugiados.

27 A proposta da antropologia médica (Good et al., 1994) sustenta uma outra perspectiva da doença, ou sofrimento, afirmando que estas pertencem a um universo de representações coletivas e não individuais, não constituindo portanto uma entidade, mas sim um modelo explanatório que necessita de dialogar com outros fatores, como por exemplo a experiência subjetiva do paciente inserido num determinado contexto social:

28 “A doença pertence à cultura, em particular à cultura especializada da medicina. E a cultura não é apenas um meio de representação da doença, é essencial à sua própria constituição como realidade humana” (B. Good, 1994: 53).

29 A antropologia médica através da aplicação do seu método de estudo etnográfico estará pois em condições de fornecer elementos de proximidade, de forma a dialogar com a cultura da própria biomedicina, ampliando para ambas as partes (médico e paciente) o espectro de conhecimentos sobre os determinantes socioculturais da saúde. A inclusão de representações das experiências e linguagens locais sobre corpo e sofrimento é um dado crucial para a reconfiguração da saúde/doença no discurso médico e dos debates sobre as políticas da saúde, num contexto em que a própria verbalização do sofrimento é condicionada por fatores tão complexos como o idioma, a cultura ou o eventual trauma. Neste caso específico dos refugiados, assistimos a uma *décalage* entre os idiomas do sofrimento físico ou mental, condicionadas culturalmente e socialmente (também por motivos políticos, e económicos) e a usual linguagem biomédica ou psicológica, frequentemente hermética e manipulável por quem a domina sem a descodificar, alargando assim o fosso de entendimento entre médico e cliente.

A competência cultural na saúde

30 Como referi anteriormente, a interpretação médica da cultura pode conduzir à ideia (tantas vezes reproduzida pelos médicos entrevistados em contexto de trabalho de campo) de que os refugiados africanos têm estas ou aquelas crenças, reagem deste ou daquele modo, sendo que, por vezes, os aspetos culturais podem não ser sequer significativos para a interpretação do sofrimento, como acontece nalguns casos de tortura ou trauma. A forma mais eficiente de desenvolver uma verdadeira competência cultural na saúde (ainda que, por si só, a competência cultural na saúde possa não garantir eficácia na cura) é através da constituição de equipas transdisciplinares apelando à formação etnográfica dos profissionais de saúde, através, por exemplo, da escuta e compreensão em profundidade, do ponto de vista do paciente em relação ao seu próprio sofrimento, para além da compreensão sobre o contexto sociocultural e histórico. Torna-se então necessário comunicar, perguntar, ouvir o paciente enquanto pessoa singular, nomeadamente sobre a interpretação que ele próprio faz do seu sofrimento e sobre qual a melhor forma de o superar, reconstruindo com ele a “narrativa do sofrimento” e abolindo igualmente a condição hegemónica do conhecimento médico. Este “outro” faz também parte de um contexto social mais alargado que, na maior parte dos casos, contribui para a intensificação do sofrimento. É pois importante para o clínico, mais do que conhecer a cultura do paciente, conhecer a sua história de vida, e o contexto em que ela se desenrola: se possui família, casa, emprego, dinheiro para pagar medicamentos ou mesmo, nos casos em

que o paciente se mostra relutante em expor a sua vida, torna-se relevante a negociação entre ambos, determinando em conjunto o que é mais importante para o paciente no contexto actual.

Falando de mulheres refugiadas

- 31 Neste artigo, tomaremos como exemplo deste desencontro entre médico e paciente uma das categorias mais vulneráveis: as mulheres. Antes de avançarmos para este ponto, pretendo aqui deixar uma breve nota sobre o conceito de vulnerabilidade. Este conceito, frequentemente associado ao conceito de vitimização, é muitas vezes utilizado no sentido de fragilidade, anomia, dependência, pelas diversas instituições que têm a cargo a proteção institucionalizada dos refugiados. O conceito de vulnerabilidade, neste sentido, está muitas vezes associado à ideia de que as mulheres são submissas, passivas e dependentes, o que contribui para a sua reabilitação, já em contextos de asilo, por parte de algumas instituições que operam nesta área. Contudo, o asilo, para algumas mulheres – e também homens –, pode ser observado igualmente como uma oportunidade para a emancipação e agencialidade, embora, na maior parte dos casos observados, esta esteja relacionada com a formação e capacitação pessoal existente num período anterior ao momento da fuga, onde já se fazia notar uma resistência ao domínio por parte de outrem.
- 32 Tendo clarificado o conceito de vulnerabilidade, refiro também que a literatura consultada sobre a saúde das mulheres refugiadas (Farmer, 2001; Conrad e Schneider, 1992; Ingleby, 2005; Inda e Rosaldo, 2002; Good et al., 1994) é praticamente unânime em considerar que, em contexto de guerra, um dos grupos mais expostos ao sofrimento contínuo é o das mulheres. São também inúmeras as referências internacionais sobre os riscos corridos pelas mulheres imigrantes e em particular refugiadas. Na Assembleia-Geral das Nações Unidas de 20 de Dezembro de 1993, elaborou-se uma Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, a qual é definida do seguinte modo:
- “... qualquer acto de violência com base no género, sexo, que resulta em, ou que é provável resultar, em dano físico, sexual, mental ou sofrimento para a mulher, incluindo as ameaças de tais actos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrida em público ou na vida particular” (ONU, 1993).
- 33 Na linha do que referem Binder e Tošić (2005), é fundamental sublinhar que, do ponto de vista do pedido de asilo, a violência específica contra as mulheres não está salvaguardada na Convenção de Genebra de 1951, que determina o direito de asilo e proteção, pelo que não constitui do ponto de vista jurídico, razão suficiente para ser considerada como motivo para a concessão de asilo. Por esse motivo, a Convenção de Genebra tem sido apontada por algumas Organizações Não Governamentais como demasiado redutora, desadequada à realidade contemporânea e particularmente orientada para as necessidades exclusivas dos homens refugiados.
- 34 As mulheres refugiadas são também frequentemente expostas à violência com mais gravidade do que os homens, por razões relacionadas com a desigualdade de género no contexto dos processos migratórios, mas também expostas a desigualdades existentes tanto nos seus países de origem como nos países de asilo. Na maioria dos contextos de origem, as condicionantes da fuga para as mulheres são desde logo maiores do que para os homens, começando pelo montante de dinheiro que é necessário obter para a fuga. Ora tanto por razões culturais como religiosas, as mulheres, fora de alguns contextos europeus, e em particular em contextos africanos e asiáticos (“tradicionais”), estão particularmente submetidas à hegemonia masculina, primeiro em relação aos pais e irmãos, depois em relação aos maridos. Trabalhar fora de casa e ter um ordenado que as torne independentes financeiramente, ao ponto de poderem amealhar a quantidade necessária de dinheiro que lhes permita a fuga, é na maioria dos casos algo de dificilmente alcançável. Não é por casualidade que, no caso das mulheres asiladas com quem trabalhei no CAR, uma parte substancial pertencia a um grupo jurídico específico: a de “refugiados reinstalados”. Neste caso, as mulheres viajavam acompanhadas pelos maridos, mas ao abrigo de uma proteção de viagem internacional, uma vez que já tinham anteriormente recebido o seu estatuto oficial de refugiados, num país terceiro. Este era por exemplo o caso de K., grávida de 7 meses e acompanhada pelo seu marido, originários da

Eritreia, e com estatuto de refugiada obtido em Malta, onde tinha vivido durante dois anos, e também o caso de uma família alargada proveniente da Tanzânia, constituída por vários núcleos familiares dos quais faziam parte filhos, noras e netos.

35 Verifica-se que as mulheres que conseguem chegar à Europa pelos seus próprios meios, entregues a si próprias ou ainda com filhos pequenos a seu cargo e sem terem sofrido algum tipo de violência são em número bastante reduzido. Tal como referem ainda Binder e Tošić, a propósito do que caracterizam como “mulheres não conformistas” ou “mulheres que são perseguidas na esfera privada”:

“As mulheres que violam as regras e normas específicas sobre as mulheres numa sociedade são perseguidas por uma variedade de autoridades: o Estado, organizações religiosas, grupos étnicos, ou mesmo a própria família. À luz das características da perseguição que são específicas ao género, temos de olhar criticamente para o termo «perseguição». A Convenção de Genebra define o Estado como um fator central na sua concepção de perseguição. Assim, a perseguição privada não é interpretada como motivo para asilo. *Esta concepção* não reconhece que a esfera privada pode ser (ou é, na maioria dos casos) política: o comportamento privado tem de ser sempre entendido num quadro político e público. Desta forma, os direitos das mulheres são negligenciados simultaneamente como *direitos humanos*. Além disso, o facto real de que a esfera privada está fora do controlo do Estado não é tido em consideração (Jensen, 2002: 94)” (Binder e Toi, 2005: 61, sublinhado meu; tradução livre).

36 Diremos pois que as mulheres refugiadas se encontram numa situação de dupla exposição em relação à violência: enquanto refugiadas e enquanto mulheres (Freedman e Jamal, 2008). Verifica-se que nalgumas situações em que elas viajam com os companheiros pode ainda haver uma profunda inversão nos papéis atribuídos ao género, por diferenças culturais entre os países de origem e os de asilo. No caso de contextos em que o papel da mulher estava absolutamente confinado à orla doméstica e ao dever de submissão ao companheiro, a inversão de papéis que a sociedade de asilo lhes proporciona (apelo à participação ativa da mulher na sociedade; maior facilidade em encontrar trabalho; novas responsabilidades adquiridas na educação dos filhos...) pode proporcionar à mulher uma nova liberdade, mas também acaba por ser alvo do *stress* e da frustração do seu companheiro do sexo masculino, para quem o papel que desempenhava anteriormente enquanto marido e chefe de família se alterou profundamente, uma vez que agora, na condição de refugiado, também ele passou a ser despojado de autoridade e de reconhecimento.

37 As mulheres refugiadas, e também os “menores não acompanhados”, pertencem como dissemos a categorias designadas pelo ACNUR como “vulneráveis”. Antes da fuga, e ainda em contextos de guerra, estão expostas a grande violência, nomeadamente violações e chantagem sexual usada como arma de guerra, mas também como suporte de relações de dependência económica e emocional em relação aos perpetradores. Outros exemplos reportam-se a tráfico sexual, prostituição forçada, casamentos forçados, abortos forçados, humilhações sexuais, obrigação de interagir sexualmente com os predadores para garantir a sobrevivência, ou mesmo com o fim de obtenção de alguns favores, como proteção para si ou para os seus filhos. Existem, por conseguinte, implicações sérias na dinâmica dos abusos, bem como nos modos de lidar com esta sensível questão já na sociedade de asilo, em particular no domínio da saúde física e mental.

38 A ausência de conhecimento destas histórias de vida, ou até o desconhecimento do que significa, na prática, ser-se refugiada por parte dos médicos que as atendem já no contexto português – na maternidade ou no centro de saúde – pode provocar “mal-entendidos” graves que inclusivamente põem em causa as consultas de continuidade por parte das grávidas. Dos relatos mais indignados (e repetidos) destas mulheres refugiadas com as quais interagi, foi a sua enorme surpresa, indignação e humilhação quando, ao entrarem pela primeira vez no consultório, deparavam com um médico, homem, que lhes ordenava sem rodeios: “dispa-se!”

39 Segundo a psicóloga e investigadora Solvig Ekblad (2007), existem várias consequências para a saúde das mulheres refugiadas numa dupla situação de vulnerabilidade, enquanto mulheres e enquanto grávidas: elevado grau de medo, depressão, ansiedade, irregularidades hormonais, tentativas de suicídio. Já a nível psicológico, alguns dos sintomas que podem apresentar são: medo, ansiedade, falta de energia, insónia, somatização, entre outros. As manifestações físicas

que podem ainda estar relacionadas com o abuso sexual incluem algumas manifestações de sofrimento dos órgãos reprodutivos, tais como: dor crónica na região pélvica e disfunção sexual.

40 Tendo em conta o exposto e atendendo a que há ainda a considerar, em particular nas mulheres grávidas, os contornos culturais e religiosos de que se reveste a perceção do corpo e da gravidez, torna-se necessária uma nova abordagem nos cuidados de saúde obstétricos, ginecológicos e maternos. Essa abordagem, para que seja simultaneamente cuidadora e respeitadora das idiossincrasias de cada mulher, atendendo ao contexto de asilo, necessita de três ingredientes fundamentais: o primeiro é o tempo para escutar, de preferência num contexto acolhedor; o segundo é o estabelecimento de diálogo empático, com o mesmo referente linguístico; o terceiro é a conquista da confiança. Falamos portanto, resumidamente, de competências culturais.

Pistas para a implementação da sensibilidade à diversidade, no campo da saúde

41 Se, por um lado, as pressões no interior do Sistema Nacional de Saúde, em termos de obrigatoriedade de atendimento de um número elevado de pacientes por dia, não facilitam a mudança de atitudes por parte dos clínicos, por outro lado, a formação em técnicos de mediação cultural na saúde está ainda a dar os primeiros passos, comparativamente a países como Itália ou França onde já está largamente implementada. Estamos longe de afirmar que não existem médicos, ou outros profissionais de saúde, com capacidade para prestar um serviço de saúde adequado. Contudo, pela experiência de investigação nos últimos cinco anos, esta atitude manifestou-se particularmente através da sensibilidade dos poucos profissionais que procuravam entender e respeitar o sofrimento dos refugiados por aquilo que eles representam como seres humanos inseridos num processo histórico, político e social que lhes afeta tanto o passado, como o presente e o futuro. Contudo, concluímos que existe ainda um longo caminho a percorrer e que este depende, fundamentalmente, de uma nova forma de encarar a saúde e a doença como pertencendo a um universo muito mais vasto e rico, constituído por outros saberes e experiências que por vezes se situam fora do universo da clínica.

42 Não é fácil o caminho que leva ao respeito do “outro”, enquanto não interiorizarmos que este “outro” é também cada um de “nós” e que a passagem do primeiro para o segundo depende por exemplo de momentos tão invulgares, e ao mesmo tempo tão possíveis, como o estalar de uma guerra. No campo da saúde, para que a competência cultural venha a ser implementada, é necessária a abertura à diversidade, através da adaptação do sistema de saúde, tornando-o mais humano, mais abrangente, através do diálogo com outros domínios do saber. É necessário também ultrapassar os determinantes que colocam o médico no topo da hierarquia, ao admitir-se que este também tem, como todos os outros, a sua própria cultura profissional que por vezes o confina e o isola não só em relação aos seus pacientes, mas também em relação aos outros profissionais de saúde. Qualquer isolamento em relação ao coletivo pode ser também fonte de angústia, neste caso, para o próprio prestador de cuidados.

43 Assim, ao alargar o campo da saúde a outros atores, através da constituição de equipas transdisciplinares que contribuem com outros saberes e outras metodologias, tomando em conta os próprios determinantes sociais e culturais que contribuem para o sofrimento e o bem-estar de cada pessoa, estaremos também a fazer da saúde um campo aberto à cidadania e, por conseguinte, mais respeitador dos direitos humanos.

Bibliografia

ACNUR (2002), “Portugal”, *UNHCR Statistical Yearbook: 2002*, Genebra, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, 430-431 (disponível em <http://www.unhcr.org/414ad5a27.html>).

ACNUR (2010b), “Total Refugee Population by Country of Asylum, 1960-2009” e “Total Refugee Population by Origin, 1960-2009”, Genebra, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (tabelas Excel disponíveis em http://www.unhcr.org/statistics/Ref_1960_2009.zip).

- BINDER, S. e J. Tošić (2005), “Refugees as a particular form of transnational migrations and social transformations: Socioanthropological and gender aspects”, *Current Sociology*, 53 (4): 607-624.
- CONRAD, P. e J. Schneider (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Filadélfia, Temple University Press, 2.^a ed.
- DAS, V. e A. Kleinman (2000), “Introduction”, in Veena Das *et al.* (orgs.), *Violence and Subjectivity*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press, 1-18.
- EKBLAD, Solvig *et al.* (2007), “Interpersonal violence towards women”, in Patricia Frye Walker e Elizabeth Day Barnett (orgs.), *Immigrant Medicine*, Saunders/Elsevier, 667-674.
- FARMER, P. (2001), *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley, University of California Press
- FARMER, P. (2004), “An Anthropology of structural violence: Sidney W. Mintz Lecture for 2001”, *Current Anthropology*, 45 (3): 305-325.
- FREEDMAN, J. e B. Jamal (2008), *Violence à l’égard des femmes migrantes et réfugiées dans la région euro-méditerranéenne. Études de cas: France, Italie, Egypte & Maroc*, Copenhaga, Réseau euro-méditerranéen des droits de l’Homme.
- GOOD, B. (2004), *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.
- GOOD, Mary-Jo DeVecchio *et al.* (1994), *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, Berkeley, University of California Press.
- GRANJO, P. (2009), “Saúde, doença e cura em Moçambique”, in E. Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa, ICS, 249-274.
- INDA, J. X. e R. Rosaldo (orgs.) (2002), *The Anthropology of Globalization: A Reader*, Oxford, Blackwell.
- INGLEBY, D. (org.) (2005), *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*, Nova Iorque, Springer.
- KLEINMAN, A. e P. Benson (2006), “Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it”, *PLoS Medicine*, 3 (10): 1673-1676 (publicação *online*, in [http://www.plosmedicine.org/article/fetchObjectAttachment.action?uri= info %3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030294&representation=PDF](http://www.plosmedicine.org/article/fetchObjectAttachment.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030294&representation=PDF)).
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2000), *What’s behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*, Amesterdão, Harwood Academic Publishers.
- MOLLICA, R. F. (2008-2009), “Global Mental Health – Trauma and Recovery”, Massachusetts General Hospital/Harvard Program in Refugee Trauma, documentos de apoio ao curso. Inéditos.
- SANTINHO, M. C. (2011), *Contornos Políticos no Campo da Saúde – Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal*, Tese de Doutoramento em Antropologia Social, Lisboa, ISCTE-IUL.

Notas

1 A proveniência dos requerentes de asilo para datas correspondentes (os dados de proveniência equivalentes aos anos de 2000 e 2001 não se encontram disponíveis no site do CPR). As tabelas completas, separadas por ano e proveniência, podem também ser consultadas no site oficial do CPR, na página de “Estatísticas” (http://www.refugiados.net/_novosite/estatisticas_popup.html)”.

Para citar este artigo

Referência eletrónica

Cristina Santinho, « A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo », *Forum Sociológico* [Online], 22 | 2012, posto online no dia 26 Fevereiro 2013, consultado o 28 Fevereiro 2013. URL : <http://sociologico.revues.org/594>

Referência do documento impresso

Cristina Santinho, « A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo », *Forum Sociológico*, 22 | -1, 73-81.

Autor**Cristina Santinho**

Antropóloga, PhD em Antropologia. Investigadora: CIES – ISCTE/IUL. Docente: ULHT – Faculdade de Psicologia(cristina.santinho@gmail.com)

Direitos de autor

© CESNOVA

Resumos

O artigo que aqui se apresenta resulta de uma investigação realizada para o doutoramento em Antropologia, sobre a saúde física e mental dos refugiados em Portugal, tendo igualmente em conta o cenário político que envolve esta temática. Esta investigação decorreu de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010, e seguiu as seguintes metodologias: observação participante, entrevistas em profundidade, recolha de histórias de vida. Pretende-se aqui salientar que a ausência em Portugal daquilo que se convencionou denominar no campo das ciências sociais de “competência cultural na saúde” tem consequências nefastas para uma categoria muito específica de imigrantes: os refugiados. Os efeitos dessa ausência podem contribuir para aprofundar ainda mais o sofrimento e eventuais traumas, afastando-os assim de uma integração satisfatória na sociedade portuguesa que lhes prometeu proteção.

This article presents results from part of the research conducted for my PhD in anthropology which focused on the physical and mental health of refugees and asylum seekers in Portugal, these dimensions were analyzed within the wider scope of the political landscape that such matters involve. The research took place from January 2007 to December 2010, and undertook the following methodologies and techniques: participant observation, in-depth interviews, recollection of life stories. The article intends to point out how in Portugal the absence of the subfield in “cultural competence in health,” within the social sciences, has had a harmful contribution towards a very specific category of immigrants: refugees. This absence may produce effects that deepen traumas, enlarging the gap and pulling away from a full integration in Portuguese society, which promised them protection.

Entradas no índice

Keywords : refugees, health, cultural competence, vulnerability, refugee women

Palavras chaves : refugiados, saúde, competência cultural, vulnerabilidade, mulheres refugiadas