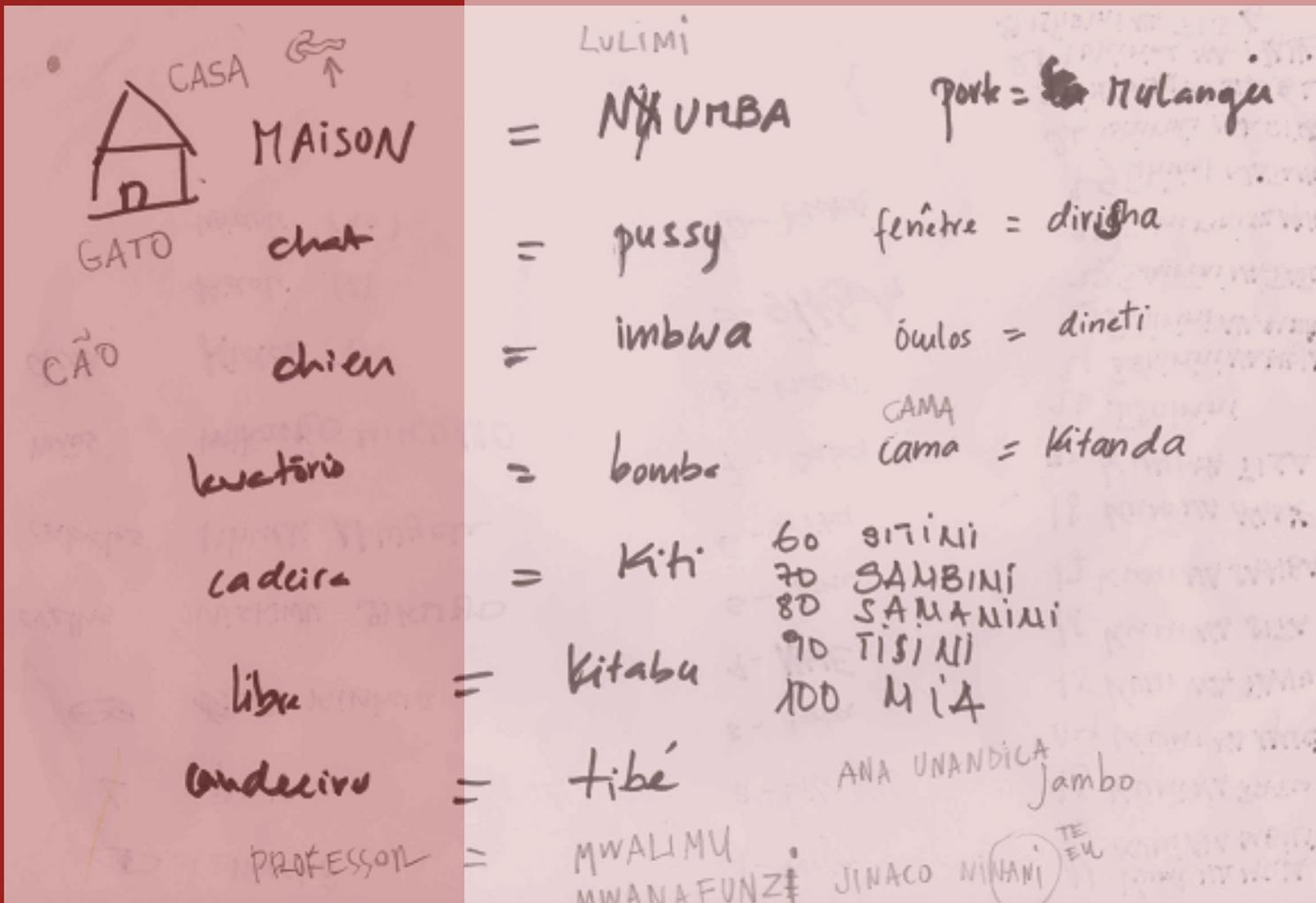




Associação GIS  
Grupo Imigração e Saúde

# Quando não existe uma *Segunda Casa*

Estudo sobre a Saúde dos Refugiados numa  
Perspectiva de Vulnerabilidade



Projecto financiado pelo Fundo Europeu para os Refugiados (FER)  
e pela Fundação Calouste Gulbenkian - Programa Saúde e  
Desenvolvimento Humano

Projecto nº 2008/ FERIII/A2/ 01  
<http://gis.associacao.blogspot.com>



União Europeia



FUNDAÇÃO  
CALOUSTE  
GULBENKIAN

## Quando não existe uma Segunda Casa

Estudo sobre a Saúde dos Refugiados numa Perspectiva de Vulnerabilidade

### Associação Salpesign-GIS/ Grupo Imigração e Saúde

Projecto financiado pelo Fundo Europeu para os Refugiados e pela Fundação Calouste Gulbenkian – Programa Saúde e Desenvolvimento Humano

Projecto nº 2008/FERIII/A2/01

<http://gis.associacao.blogspot.com>

#### FICHA TÉCNICA

##### Coordenação Científica:

Maria Cristina Santinho

##### Coordenação Técnico-Financeira:

Sónia Pina

##### Equipa no Terreno

Técnica de Projecto/ Antropóloga:

Umme Salma

Enfermeiras:

Catarina Rodrigues

Fernanda Cardoso

Sofia Antunes

##### Duração do Projecto:

Janeiro a Dezembro de 2009

##### Local de implementação:

Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR)

Bobadela - Loures

##### Instituição de Acolhimento:

Conselho Português para os Refugiados (CPR)

30	SALSIINI	
31	SFUSINI NA MOJA	
32	SELIANI NA BILI	
33	NA TATU	
34	NA MNE	
35	NA TANO	
36	NA SITA	
37	NA SAMES	
38	NA NANE	
39	NA TISA	
40	ARUBAHINI	
41	ARUBAHINI NA MOJA	
42	ARUBAHINI NA BILI	
43	NA TATU	
44	NA MNE	
45	NA TANO	
46	NA SITA	
47	NA SAMES	
48	NA NANE	
49	NA TISA	
50	AMSINI	
51	AMSINI NA MOJA	
52	AMSINI NA BILI	
53	AMSINI NA TATU	
54	AMSINI NA MNE	
55	AMSINI NA TANO	
56	AMSINI NA SITA	
57	AMSINI NA SAMES	
58	AMSINI NA NANE	
59	AMSINI NA TISA	
60	SITINI	
70	SAMBINI	
80	SAMA NINI	
90	TISINI	
100	MIA MOJA	
200	MIA BILI	
300	MIA TATU	
400	MIA MNE	
500	MIA TANO	
600	MIA SITA	
700	MIA SAMES	
800	MIA NANE	
900	MIA TISA	
1000	ELFU MOJA	
2000	ELFU BILI	
3000	ELFU TATU	
4000	ELFU MNE	
5000	ELFU TANO	
6000	ELFU SITA	
7000	ELFU SAMES	
8000	ELFU NANE	
9000	ELFU TISA	
1.000.000	ELIYO	

## Agradecimentos

O projecto que ora se apresenta é o resultado de um longo processo de agregação de sinergias iniciado com a Rede GIS e que adquiriu novo corpo com a aprovação da candidatura apresentada à Estrutura de Missão para a Gestão dos Fundos Comunitários. Assim sendo, não poderíamos deixar de agradecer em primeiro lugar a todas e todos aqueles que, nas suas diversas áreas de actividade, vêm desenvolvendo trabalho no campo da Saúde e Migrações, e partilhando connosco os seus saberes e inquietações.

No âmbito deste projecto, a Associação GIS/ Grupo Imigração e Saúde gostaria em particular de agradecer à Fundação Calouste Gulbenkian – Programa de Saúde e Desenvolvimento Humano, que prontamente assegurou 25% do financiamento nacional. À Sr.ª Engenheira Ana Valle e ao Dr. Hugo Seabra, o facto de terem acreditado no nosso projecto, sabendo desde o início que ao prestarem-nos apoio financeiro, estavam acima de tudo a prestar apoio aos refugiados e requerentes de asilo em Portugal.

Uma palavra de agradecimento ainda à Dr.ª Teresa Tito de Moraes Mendes, Presidente do Conselho Português de Refugiados, e à Dr.ª Isabel Sales, Directora do Centro de Acolhimento da Bobadela (CPR/CAR), por terem confiado no nosso trabalho e também por terem compreendido o alcance e a utilidade deste projecto-piloto, a bem da integração e da saúde daqueles por quem abraçamos esta causa: os refugiados. Também a Bárbara Mesquita, que partilhou de perto as alegrias e os dissabores vividos ao longo da fase de implementação.

Por fim, não podemos deixar de dirigir uma enorme palavra de agradecimento a toda a equipa do projecto, que se entregou desde o primeiro momento a esta tarefa e que, ao fim e ao cabo, tornou possível a realização do mesmo: Sónia Pina, Umme Salma, Catarina Rodrigues, Fernanda Cardoso, Sofia Antunes. E também a todas as que directa e indirectamente prestaram o seu inestimável contributo em diversas áreas do saber: Amandina Gonçalves; Sílvia Olivença; Karina Carvalho e Alejandra Ortiz.

## Índice de Conteúdos

O Grupo Imigração e Saúde (GIS): objectivos e actividades	4
A experiência do GIS na temática do projecto	6
<b>Projecto-Estudo sobre a Saúde dos Refugiados numa Perspectiva de Vulnerabilidade</b>	<b>8</b>
Antecedentes: “estado da arte” da saúde de refugiados e requerentes de asilo em Portugal	10
Enquadramento geral do estudo	13
Apoios existentes actualmente no campo da saúde dos refugiados em Portugal	15
Contexto institucional de acolhimento e articulação CPR/CAR	18
Local de implementação e organização do projecto no terreno	23
Objectivos gerais do estudo	26
Objectivos específicos do estudo	30
Metodologia	32
Análise global dos resultados	43
Condicionantes da saúde das mulheres refugiadas	70
Direitos sexuais e reprodutivos	83
Condicionantes da saúde de menores e menores não acompanhados	90
Condicionantes da saúde dos refugiados “Reinstalados”	99
Condicionantes da saúde dos requerentes de asilo/ homens	106
Perseguições por razões de orientação sexual	110
O acesso ao Serviço Nacional de Saúde	111
Serviços prestados pela equipa do projecto fora das consultas de saúde	114
Dificuldade em encontrar casa e suas implicações na saúde física e mental dos refugiados	117
Práticas terapêuticas tradicionais	121
Género e Religião	122
Conclusões	126
Bibliografia consultada	131
Resultados da análise de dados em SPSS	136

## O Grupo Imigração e Saúde (GIS): objectivos e actividades

O Grupo Imigração e Saúde (GIS), foi criado em Maio de 2006, por investigadores ligados às Ciências Sociais e Humanas (antropólogos, psicólogos e sociólogos) e conta até ao momento com mais de 170 membros de origens geográficas, profissões, formações e instituições muito diversificadas. Tem como objectivo contribuir para a promoção da saúde física e mental de imigrantes, refugiados e requerentes de asilo, através da criação de diálogos científicos, técnicos e informativos entre as ciências biomédicas, as ciências sociais e humanas e o saber socioculturalmente constituído dos próprios imigrantes.

Uma das suas actividades permanentes tem sido o estabelecimento de contactos nacionais e internacionais, através de uma rede virtual ([Imigracao-e-Saude@googlegroups.com](mailto:Imigracao-e-Saude@googlegroups.com)) e de um blogue (<http://gisassociacao.blogspot.com>) que faz a disseminação quase diária de notícias alusivas ao tema da imigração e saúde, bem como divulgação de artigos, projectos e textos científicos, esclarecimento de dúvidas, partilha de informações de candidaturas a projectos internacionais, entre outros assuntos directamente ou indirectamente relacionados com a temática principal. O GIS também tem promovido a realização de workshops temáticos em que participam cientistas sociais, médicos, imigrantes e refugiados, técnicos de autarquias, universidades entre outros.

A rede on-line iniciou a sua actividade em 2006 e conta neste momento com cerca de 170 membros, entre representantes de muitas instituições nacionais e internacionais, imigrantes, estudantes, investigadores, técnicos e dirigentes associativos, representantes de autarquias e prestadores de cuidados de saúde, e outros interessados na temática da imigração e saúde. Diariamente são enviadas para todos os membros do grupo informações relativas à problemática das migrações e saúde, sendo que todos podem dar o seu próprio contributo divulgando notícias pertinentes, ou outros temas de interesse para a comunidade.

Nos últimos dois anos, em parceria com o Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE-IUL) e também com o Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA), o GIS tem organizado seminários temáticos dirigidos a toda a população, relativos a questões relacionadas com diversos temas de saúde, onde peritos na área apresentam as suas experiências e partilham o seu saber. Os colóquios são abertos à participação de representantes das entidades já mencionadas, bem como de imigrantes e estudantes com interesse nesta matéria. A título de exemplo, referimos os seguintes seminários:

*“Atitudes e representações dos imigrantes face à saúde”*  
*“Dificuldades sentidas no trabalho directo com imigrantes”*  
*“Doenças e vulnerabilidades mais significativas”*  
*“Diálogos entre as ciências sociais e a saúde pública”*  
*“Acessibilidade dos imigrantes aos serviços de saúde”*  
*“Acesso dos imigrantes indocumentados à saúde”*  
*“Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa”*  
*“Crenças, tabus e mitos sobre VIH-sida: factores de vulnerabilidade”*  
*“Saúde sexual e reprodutiva e questões de género”*  
*“Experiências e expectativas das associações de imigrantes face à saúde”*

Estas actividades mereceram o reconhecimento oficial do GIS como uma das 6 boas práticas em Portugal, na área da saúde e migrações por parte do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) e ainda pela Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento (FLAD), reconhecimento este efectuado no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia, em 2007.

## A experiência do GIS na temática do projecto

São vários os exemplos de outros países europeus (nomeadamente França, Itália, Alemanha, entre outros) onde o estudo, a formação e o acompanhamento terapêutico da saúde mental dos refugiados e requerentes de asilo, está a cargo de ONG's<sup>1</sup> especializadas nesta temática, subsidiadas pelo Estado ou por outras instituições públicas e privadas, e que fornecem respostas integradas, com equipas transdisciplinares e multiculturais.

Num todo, estas equipas contribuem para uma mais adequada compreensão, por parte dos clínicos e sobretudo da sociedade, sobre os contornos políticos, sociais, culturais, simbólicos, linguísticos, dos refugiados e requerentes de asilo, para além do conhecimento fundamental da história pessoal que lhes provocou o sofrimento e o possível trauma<sup>2</sup>.

O grupo GIS, enquanto Associação já se tornou uma referência na área da imigração e saúde em Portugal, tem vindo a dar o seu contributo para a reflexão desta temática da saúde física e mental, perspectivando-a num ângulo em que também os contextos sociais, culturais, económicos e políticos, são o cenário onde a doença, o sofrimento e o mal-estar só em parte se explicam e encontram o cuidado numa abordagem bio-médica.

Consultando o nosso blogue, pode-se verificar que são também vários os contributos científicos, através, nomeadamente, da produção de textos que proporcionam uma reflexão mais abrangente, nesta matéria.

Por outro lado, a abordagem da Antropologia Médica, enquanto disciplina científica, é, a nosso ver, a que melhor coloca o mal-estar físico e mental dos migrantes no contexto histórico, social e político.

Os refugiados e requerentes de asilo (a população alvo deste projecto) foram/são, como é sabido, alvo de violência e perseguição política, de trauma e tortura, sofrendo em consequência da perda de sentido de identidade que tem como resultado por vezes, numa diminuição da saúde mental e trauma, muito frequentemente abordado pelos psiquiatras e psicólogos, como se de uma vulgar doença mental se tratasse.

---

<sup>1</sup> ONG's: Organizações Não Governamentais

<sup>2</sup> O controverso conceito de *trauma* relacionado com a saúde mental dos refugiados e requerentes de asilo, tem sido profusamente abordado na literatura produzida por psicólogos, psiquiatras e antropólogos, em particular em associação com a muito discutida categoria médica (e ideológica) conhecida como PTSD (*Post-Traumatic Syndrome Disease*). Vários autores, entre eles David Ingleby (2005), têm chamado a atenção para o risco de essencialização deste conceito que tende a transfigurar as pessoas nos seus sintomas e experiências, patologizando-as. Usamos aqui o termo *trauma*, não só no sentido acabado de referir, mas essencialmente, tendo em conta um processo de sofrimento provocado por situações extremas que não só se refere aos contextos iniciais de guerra, violência e despoderamento, mas também, aos difíceis, sofridos e tantas vezes inexequíveis caminhos de reconhecimento e integração em território português ou mesmo europeu.

É nesta perspectiva de “relativismo” da doença que o GIS tem dado o seu contributo, ajudando a reflectir sobre ela no difícil contexto de trânsito e integração dos refugiados.

## Projecto-Estudo sobre a Saúde dos Refugiados numa Perspectiva de Vulnerabilidade

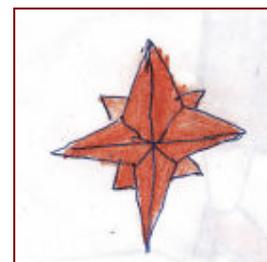
***Este estudo é dedicado a todos os refugiados e requerentes de asilo que, ao longo das suas vidas, cruzaram ou irão cruzar os seus caminhos em Portugal.***

O presente estudo resulta de uma investigação iniciada em 2007 por Cristina Santinho, versando a saúde física e mental dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal.

Esta investigação compreende o tema de uma tese de doutoramento ainda em curso, tendo como enquadramento a perspectiva teórica da antropologia médica. Para além desta formação, contribuiu também uma outra pós-graduação complementar à abordagem antropológica, tendo como orientação específica a saúde mental dos refugiados: *Harvard Program in Refugee Trauma – Global Mental Health Trauma and Recovery*<sup>3</sup>.

Foi pois, quando iniciou o seu trabalho de campo em Janeiro de 2007 no contexto do Conselho Português para os Refugiados – Centro de Acolhimento da Bobadela, que se familiarizei com as narrativas contadas pelos refugiados e requerentes de asilo, sobre as suas próprias experiências enquanto vítimas ou testemunhas de momentos e contextos de extremo sofrimento, transcorrido não só nos locais onde residiam, como também durante as viagens de fuga e depois já em Portugal. Paulatinamente, confrontou-se com as profundas necessidades que existiam na área da saúde, decorrentes em grande parte de uma ausência de assistência médica<sup>4</sup> culturalmente competente, que tivesse em conta os contextos culturais e linguísticos dos refugiados, as suas necessidades no processo de integração social, bem como os seus próprios discursos e saberes sobre saúde, sofrimento e experiência de vida.

Assim, por considerar que ao longo de toda a pesquisa de terreno enquanto antropóloga, contou com a disponibilidade e confiança de todos aqueles com quem teve o privilégio de contactar, desde logo dos próprios refugiados e requerentes de asilo, mas também dos técnicos e direcção do Conselho Português de Refugiados e em concreto do Centro de Acolhimento de Refugiados (CPR/CAR), Cristina Santinho decidiu que era tempo de retribuir, transformando aquilo que seria uma mera investigação para fins académicos, em



<sup>3</sup> Harvard Medical School – Boston, Estados Unidos da América

<sup>4</sup> Médicos de saúde pública, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros

algo que pudesse ser considerado um projecto-piloto, útil aos refugiados em primeiro lugar, mas também ao próprio CPR/CAR, bem como também a todos os profissionais de saúde que os atendem em contexto de consulta e que sem dúvida contribuiram para a sua reflexão sobre a necessidade de prestação de um serviço de saúde física e mental – aliado também a respostas sociais – culturalmente competente.

Foi assim que nasceu este projecto-piloto de investigação/acção, num tempo em que cada vez mais, temos o dever ético de colaborar para a transformação positiva dos mundos que nos rodeiam, não apenas na produção de dissertações de teses académicas, mas também e principalmente, devolvendo (ainda que de forma humilde como foi este projecto), àqueles que em tempo me confiaram as suas vidas e aos outros que surgiram após estes, uma outra abordagem sobre saúde, que levasse em linha de conta a experiência e as necessidades socioculturais e linguísticas da pessoa por trás do estatuto de refugiado.

Tendo em conta o propósito descrito anteriormente, Cristina Santinho propôs à Associação GIS constituir uma equipa de terreno multidisciplinar, já com experiência anterior no domínio da imigração e composta por enfermeiras, antropólogas e psicólogas que, sem pretender de nenhum modo, substituir a necessária intervenção feita pelos profissionais de saúde que atendem os refugiados nos hospitais, centros de saúde e consultórios privados, apenas aspirava ser um complemento integrado, através da (1) consulta directa de prestação de cuidados de saúde de enfermagem, da (2) mediação cultural e linguística, e (3) da abordagem psicológica.

A intervenção desta equipa no terreno foi possibilitada por uma intervenção culturalmente sensível<sup>5</sup> no domínio da saúde, levando em conta os determinantes socioculturais da saúde através de uma atenção especial dada às desigualdades de acessibilidade à saúde e bem-estar, e que fosse principalmente, adequada às necessidades e características culturais e linguísticas e à história de vida / história de trauma, de cada refugiado e requerentes de asilo.

---

<sup>5</sup> *Sensibilidade Cultural* no domínio da saúde, implica estar consciente de que as diferenças culturais existem e estão implicadas no modo de entender a saúde, a doença e o corpo, para além de também condicionarem os comportamentos no relacionamento com os outros. Por *Competência Cultural*, já subentendemos a existência de uma formação formal específica neste campo.

## Antecedentes: “estado da arte” da saúde dos refugiados e dos requerentes de asilo em Portugal

No *Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo* publicado pelo SEF em 2009 e referente ao ano de 2008, apresentam-se os seguintes dados:

*Em 2008 registaram-se 161 pedidos de asilo, 78 formulados em território nacional e 83 no posto de fronteira do aeroporto de Lisboa. Este valor traduz uma diminuição de cerca de 71% face a 2007 (224). Por origem, os requerentes de asilo eram provenientes de África (71 pedidos), nomeadamente República Democrática do Congo, Guiné-Conacri e Nigéria. Segue-se a Ásia (44 pedidos), donde se destaca o Sri Lanka, a América (30 pedidos), onde sobressai a Colômbia e por fim, a Europa Central e de Leste (16 pedidos), designadamente a Bósnia-Herzegovina. Em 2007, a Colômbia, Bósnia Herzegovina, Guiné-Conacri e República Democrática do Congo, tinham sido, por esta ordem as nacionalidades mais representativas. No ano em apreço foram concedidos 12 estatutos de refugiado (1 em 2007), maioritariamente a nacionais de países africanos e 70 autorizações de residência por razões humanitárias (28 em 2007), maioritariamente a cidadãos de países africanos, mas também sul-americanos, asiáticos e residualmente do leste europeu.*

*Em termos de reinstalação, ao abrigo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 110/2007, de 12 de Julho, Portugal acolheu um total de 23 cidadãos; 6 nacionais da Eritreia (que se encontravam em Angola) e 5 nacionais do Iraque (localizados anteriormente na Síria), tendo a todos sido reconhecido o estatuto de refugiado. Integrado na quota nacional de reinstalação incluem-se ainda 12 cidadãos da República Democrática do Congo.<sup>6</sup>*

Já numa outra nota referenciada no site do ACIDI e publicada no dia 8 de Maio de 2009, podemos ler o seguinte:

*Portugal foi dos países da União Europeia (UE) que menos pedidos de asilo recebeu em 2008, apenas 155, tendo respondido favoravelmente na maior parte da centena de casos já apreciados, revelam dados hoje divulgados pelo Eurostat. O estudo do gabinete oficial de estatísticas da UE revela que Portugal recebeu apenas 155 dos 238.365 pedidos de asilo que deram entrada na União no ano passado, o terceiro valor mais baixo entre os 27, apenas à frente de Letónia (55 pedidos) e Estónia (15).*

*Em termos de pedidos de asilo por milhão de habitantes, Portugal apresenta o segundo valor mais baixo, com 15 pedidos - apenas Estónia registou menos (10) -, muito longe da média da União Europeia, de 480 pedidos.<sup>7</sup>*

Os refugiados em Portugal, constituem um grupo bastante diversificado no que diz respeito à sua origem geográfica, sociocultural, linguística e de classe, sendo que a sua particularidade de estatuto (ou de solicitação do mesmo) denota, desde logo, uma

<sup>6</sup> In: Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – SEF, 2008.; publicado em Março (?) de 2009, pág. 79. (Sublinhado da autora)

<sup>7</sup> In: site ACIDI <http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=2867>. (Sublinhado da autora)

trajectória significativamente diferente da dos imigrantes que escolheram Portugal para desenvolver o seu projecto de vida.

Em termos de representação demográfica, e apesar de recentemente ter aumentado bastante a solicitação de asilo no nosso país (de aproximadamente 100 pedidos de asilo em 2006, passou para 200 em 2007 e 155 em 2008), o número de refugiados não é, por enquanto, aparentemente relevante, em particular se estabelecermos uma comparação com outros países próximos, como Espanha ou França. Contudo, é necessário ter em conta que, para além dos pedidos de asilo e dos estatutos realmente concedidos, Portugal assinou um protocolo com o Alto Comissariado das Nações Unidas (ACNUR) para receber 30 “refugiados reinstalados” por ano, ao abrigo do programa de reinstalação de refugiados, anteriormente localizados em locais onde existe uma significativa pressão demográfica, como é o caso de Malta, por exemplo, ou ainda de correrem risco de vida nos próprios contextos dos campos de refugiados.

Como consequência desta aparente<sup>8</sup> inexpressividade demográfica, acabam por se encontrar involuntariamente remetidos para a quase invisibilidade no contexto do tecido social português, não possuindo na prática, uma identidade que os torne socialmente reconhecidos, ao contrário do que acontece com a população imigrante, com uma notória representatividade associativa. Esta ausência de conhecimento/reconhecimento por parte da sociedade portuguesa sobre o que implica ser refugiado ou requerente de asilo, denota ainda uma outra realidade muito mais significativa, em termos da dificuldade de inclusão dos mesmos, que é a quase inexistência de redes sociais ou familiares de apoio. Como refere Silove:

*Em contexto pós-traumático, a perda das redes sociais e a separação dos membros familiares são factores importantes na perpetuação dos sintomas psiquiátricos, particularmente da depressão, mas também de PTSD.*<sup>9</sup>

Um outro aspecto deve ainda ser tomado em conta: enquanto os imigrantes podem voluntariamente regressar ao seu país, sempre que o desejarem, uma característica inerente à condição de refugiado é que esse regresso é impossível, a curto e a médio prazo, a menos que se modifiquem as condições políticas na origem, o que é, na maior parte dos casos, altamente improvável durante um longo período de tempo. Esta situação contribui para a angústia destes actores sociais que se vêm remetidos para uma condição

---

<sup>8</sup> Aparente, porque na realidade, aos números de entradas anuais de requerentes de asilo, é necessário somar todos aqueles que ano após ano, vão permanecendo em território nacional.

<sup>9</sup> “In the posttraumatic context, loss of social networks and separation from family members are important factors that appear to perpetuate psychiatric symptoms, particularly of depression, but also of PTSD (PTSD: Post Traumatic Syndrome Disease) in Silove; 2005

que não escolheram, e que lhes escapa do controlo, tanto no ponto de vista jurídico, como também frequentemente, do ponto de vista económico ou até social.

A pesquisa que está na base na fundamentação deste projecto, reflecte um estudo sobre Saúde Física e Mental dos Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal, levada a cabo pela autora deste projecto, desde o início de 2007. Nesta pesquisa, utilizou-se uma metodologia antropológica com recurso ao trabalho de campo, como a consulta de enfermagem, a recolha de histórias de vida e entrevistas em profundidade aplicada a quatro níveis:

- a) Refugiados e Requerentes de Asilo residentes no Centro de Acolhimento da Bobadela, ou já fora deste contexto;
- b) Técnicos do CPR e representantes do SEF (que embora não constituíssem o grupo algo deste projecto, demonstraram vontade e interesse em colaborar numa perspectiva de sensibilização, o que entendemos ter sido bastante positivo);
- c) Médicos e técnicos do Centro de Saúde da Bobadela;
- d) Psiquiatras do Hospital Júlio de Matos e do CAVITOP<sup>10</sup>

Como complemento a esta metodologia, realizou-se também observação participante, que implicou na prática (e resumidamente), o acompanhamento de refugiados de ambos os géneros, tanto adultos como menores não acompanhados, às consultas de saúde generalistas (ou de clínica geral) e também, às consultas de psiquiatria.

As principais conclusões retiradas nessa pesquisa, serão abordadas ao longo dos capítulos seguintes podem também ser consultadas no capítulo: *Labirintos do Trauma: A Verbalização do Sofrimento nos Refugiados em Portugal*<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> O CAVITOP – Centro de Apoio às Vítimas de Tortura em Portugal – é uma associação criada pelo cardiologista Prof. Dr. Gentil Martins que é composta por psiquiatras e psicólogos com uma profunda experiência académica e clínica, mas sem formação específica na área da psicologia e psiquiatria transcultural ou da saúde mental dos refugiados.

<sup>11</sup> In: Pussetti, C.; Pereira, L.S.; 2009; *Os Saberes da Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*; Santinho, C. , 2009 “Labirintos do Trauma: A Verbalização do Sofrimento nos Refugiados em Portugal” (pág: 113-151); ISPA, Lisboa.

## Enquadramento geral do estudo

Recentemente, o Alto-comissário das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), Eng. António Guterres, lembrou que as pessoas com necessidade de protecção, deverão poder aceder a um território e aí pedir protecção, beneficiando de um tratamento equivalente ao seu pedido. Convidou também os Estados Europeus a melhorar a qualidade das decisões em matéria de asilo, sendo verdade que uma decisão errónea pode condenar um indivíduo à perseguição, à violência ou mesmo à morte<sup>12</sup>.

Apesar de no seu discurso, o Alto-comissário se referir à protecção como um todo, e não especificamente às questões de saúde em particular, consideramos que um estudo que incida sobre as questões da vulnerabilidade directamente ligada às questões da saúde física (somatização) e mental (possível trauma), se torna cada vez mais pertinente.

A partir da obra de David Becker e Barbara Wueyermann<sup>13</sup>, aprendemos que o medo é normalmente um fenómeno temporário. Porém, se a ameaça permanecer, então o medo também permanece. Passa a fazer parte da estrutura mental do indivíduo e ganha uma existência que é independente da ameaça original. Este fenómeno é particularmente verificável em áreas de guerra e conflito.

Os padrões de comportamento que induz, como o estado de vigilância constante, a insónia, a irritabilidade, podem conduzir a uma anomia na participação social. Estas pessoas, não desejam parecer vulneráveis nem pretendem incomodar os outros com a sua própria insegurança ou com as suas ansiedades. Esta *cultura de silêncio* isola o indivíduo e debilita as famílias e grupos porque as pessoas já não compartilham com os outros as suas próprias preocupações. Os sentimentos reprimidos serão expressos de outras formas, embora normalmente em contextos que tornam quase impossível reconhecê-los e lidar com eles de uma maneira satisfatória. Estes sentimentos podem portanto amplificar o medo da pessoa afundando-a no silêncio, no não verbalizado. Logo, o medo, a sensação de ameaça e de vulnerabilidade, o trauma, necessita ser reapropriado, pois raras vezes é realmente, superado. O que efectivamente necessita ser superado é a própria negação de medo e a inabilidade crescente para controlar o conflito. Se o medo for percebido e reconhecido,

---

<sup>12</sup> Conferência de Conselho de Ministros, 7 e 8 Setembro, Paris.  
<http://www.unhcr.fr/cgi-bin/texis/vtx/admin/opendoc.htm?tbl=ADMIN&id=48c503f94> (tradução livre)

<sup>13</sup> *Gender, Conflict, Transformation And The Psychosocial Approach (Toolkit)* Ed: Swiss Agent For Development And Cooperation, Federal Department Of Foreign Affairs, Berlin, 2006

perde muito de sua força destrutiva e pode, com tempo, ser integrado adequadamente na estrutura mental do indivíduo e nas suas relações sociais.

Ora este estudo, visa exactamente, através do uso de uma metodologia baseada essencialmente nas pesquisas antropológicas, fazer o levantamento da forma como o medo ou o possível trauma, condicionam a saúde física e mental dos refugiados e requerentes de asilo, colocando-os em risco de obstrução no desempenho deliberado de um papel social à medida da vontade de cada um, na sociedade de asilo.

A escolha inicial de categorias de maior vulnerabilidade no contexto dos refugiados e requerentes de asilo a atender ao longo da intervenção do projecto no terreno, deveu-se ao facto de considerarmos que no seio dos refugiados existentes em Portugal, existem alguns grupos de pessoas particularmente vulneráveis, ou seja, pessoas com necessidades especiais, designadamente os menores não acompanhados, as mulheres, os membros de famílias monoparentais com filhos menores e as pessoas que tenham sido sujeitas a actos de tortura, violação ou outras formas graves de violência psicológica, física ou sexual.

Contudo, pretendemos deixar bem claro, que não consideramos esta vulnerabilidade como sinónimo de letargia ou ausência de noção reivindicativa e activa na busca de uma maior justiça para o desempenho do seu papel na sociedade de asilo. Referimos a vulnerabilidade apenas enquanto referência consignada na própria lei de asilo portuguesa e que se refere no Artigo 52.º- 5: *“a prestação de assistência médica e medicamentosa aos requerentes de asilo particularmente vulneráveis, que a necessitem”*.

No caso do presente estudo<sup>14</sup>, partimos de três categorias principais, associadas a uma maior vulnerabilidade: a) mulheres; b) menores não acompanhados; c) refugiados reinstalados.

Como já referimos anteriormente, a inclusão desta terceira categoria, justificava-se pelo facto de ela representar um fenómeno novo em termos das políticas de asilo em Portugal. Julgávamos ser interessante verificar até que ponto esta “mobilidade forçada” ajuda ou pelo contrário dificulta a visão positiva de futuro, na actual sociedade portuguesa. Mais à frente, explicar-se-á porque razão os objectivos de investigação inicialmente traçados, acabam por vezes por ser ludibriados pela própria realidade encontrada no terreno.

---

<sup>14</sup> Referimo-nos neste caso a “estudo”, porque este Projecto esteve de facto inserido numa rúbrica de disponibilização de financiamento por parte da estrutura de Missão para a Gestão dos Fundos Comunitários (EMGFC), do FER/MAI, designada por “Estudos”. Assim, o nosso projecto foi pensado, estruturado e implementado com duas vertentes complementares: a) estudo e investigação sobre a saúde dos refugiados e b) acção: disponibilização de consultas de enfermagem no próprio CAR, encaminhamento para o SNS com a vertente de mediação cultural e linguística (antropóloga) e também abordagem psicológica.

## **Apoios existentes actualmente no campo da saúde dos refugiados em Portugal**

Após a recepção dos refugiados e requerentes de asilo no Centro de Acolhimento da Bobadela (instalações de acolhimento pertencentes ao CPR), e de acordo por um lado, com o enquadramento legal previsto nas condições de acolhimento exaradas na lei de asilo nº 27/2008 de 30 de Junho, e por outro lado, dos protocolos existentes entre o CPR e as instituições de saúde públicas ou privadas que prestam na prática apoio de saúde aos refugiados e requerentes de asilo, nomeadamente:

- 1) Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa) – Consulta do Migrante (Projecto Epimigra)
- 2) Centro de Diagnóstico Pneumológico (serviço público).
- 3) Centro de Saúde de Sacavém – Extensão da Bobadela, ou Extensão de Santa Iria da Azóia
- 4) Hospital Curry Cabral – hospital de referência;
- 5) Santa Casa de Misericórdia
- 6) Consultas de psiquiatria ou psicologia no Centro de Apoio a Vítimas de Tortura em Portugal (CAVITOP) e Hospital Júlio de Matos
- 7) Maternidade Alfredo da Costa: Consultas obstétricas

Apesar de legalmente estar salvaguardado o acesso dos refugiados e requerentes de asilo ao Serviço Nacional de Saúde (SNS),<sup>15</sup> na prática, a acessibilidade é dificultada, pelas seguintes razões principais (resultantes da pesquisa referida na nota nº 3 da pág. anterior):

- Desconhecimento do estatuto legal que protege os refugiados e requerentes de asilo, por parte dos técnicos de saúde;
- Desconhecimento do modo como funciona o SNS por parte dos refugiados (a quem se devem dirigir, porque têm que esperar tanto tempo para serem atendidos quando estão em sofrimento, o que devem fazer com tal ou qual medicamento, etc.), bem como ausência de reconhecimento do significado médico, social, cultural e simbólico desses serviços (muitos refugiados, são provenientes de contextos nacionais onde não existe um serviço nacional de saúde organizado e estruturado, recorrendo exclusivamente a curandeiros ou terapeutas

<sup>15</sup> Consultar: “Enquadramento Político e Programático”

tradicionais a quem reconhecem exclusiva autoridade para tratar a doença e obter a cura).

A este respeito, afirma Mollica:

*“Os pacientes refugiados procurarão um sistema de saúde que vá ao encontro das expectativas culturais e do sistema tradicional, bem como com a sua história do trauma. Os utentes estão pouco familiarizados com a psiquiatria ocidental e os cuidados prestados ao nível de saúde mental. De um modo geral, os sintomas físicos são tratados no âmbito de médicos ou de médicos tradicionais (curandeiros), ao passo que os sintomas emocionais são tratados pela família, amigos e líderes religiosos.”<sup>16</sup>*

- Ausência de um sistema articulado, ou estruturado, entre os diversos serviços de saúde física ou mental que prestam apoio a este grupo alvo e o próprio CPR;

- Incapacidade (reconhecida) por parte do SNS de prestar serviços de saúde singulares e culturalmente adaptados às características específicas dos refugiados, largamente afectados por situações traumáticas, nomeadamente dispondo de tempo suficiente na consulta, para escutar com atenção a história de vida e o contexto do trauma. A este propósito e a título de exemplo, Mollica e Mazel, referem o seguinte em relação aos refugiados indochineses nos EUA:

*“A verbalização do compromisso de uma assistência a longo prazo por parte dos técnicos de saúde é muito útil àqueles refugiados que se sentem socialmente isolados e incapazes de recuperar das experiências atroztes que vivenciaram<sup>17</sup>. (Estas situações, são igualmente verificadas no contexto português, com base na pesquisa anteriormente referida).*

- Inexistência de formação específica sobre saúde mental dos refugiados, por parte dos técnicos do CPR que prestam apoio de primeira linha aos refugiados, resultando na ausência de acompanhamento e encaminhamento adequado para os serviços de saúde mental, de muitos que, devido à sua história de vida recente feita de medos, angústias, por vezes torturas e histórias traumáticas, poderão permanecer num estado de permanente angústia e depressão que dificulta o seu processo de autonomia e integração. A este propósito, refere ainda Mollica:

*“Quando um indivíduo sente que perdeu o mundo, encontra-se encurralado na sua própria história do trauma. Todas as suas crenças culturais e sociais são substituídas pela única realidade vivida à força, a história do trauma. (...) Estes pacientes vivem num mundo de imagens e memórias no qual nada mais existe, que a própria história do trauma. A sua*

<sup>16</sup> *“Refugee patients will seek health care consistent with their cultural expectation and traditional health-seeking behaviour, as well as their trauma history. (...) patients are generally unfamiliar with Western psychiatric and mental health practitioners. In general, physical symptoms are the appropriate domain of medical physicians and native healers; emotional symptoms are most appropriately brought to family, friends, and religious leaders”* in: Mollica, 1988, page. 300

<sup>17</sup> *“This verbal commitment of long-term treatment support by staff to the patient is especially helpful to those refugees who are socially isolated and feel hopeless about their ability to recover from atrocities they have experienced”* »; Pág. 304

*realidade psicológica encontra-se tanto cheia como vazia. Encontra-se cheia por causa do passado e vazia de novas ideias e novas experiências de vida.*<sup>18</sup>

Verificamos pois que em Portugal, não existe por enquanto uma prestação de serviços no domínio da saúde dos refugiados culturalmente competente com formação prévia dos técnicos de saúde prestadores de apoio. Razão que está na base da elaboração deste projecto.

---

<sup>18</sup>*“Once an individual has lost the world, he can be totally trapped in his trauma story. In fact, all generally held social and cultural beliefs are replaced by the only reality he has been forced to know – the trauma story. (...) These patients live in a world of traumatic images and memories in which nothing exists for them except the trauma story. Their psychological reality is both full and empty. They are “full” of the past; they are “empty” of new ideas and life experiences.”* In Mollica, 1988.

## Contexto institucional de acolhimento e articulação CPR / CAR

O Conselho Português para os Refugiados (CPR) é uma Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) constituído em 1991, com sede em Lisboa. É parceiro operacional e único representante em Portugal, do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) desde 1998, tendo mantido um protocolo de cooperação que visa a protecção jurídica e social dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal. O CPR fez parte da Comissão Revisora da Lei de Asilo, e com a aprovação da Lei de Asilo 15/98, de 26 de Março, as autoridades portuguesas reconheceram o CPR como parceiro oficial nos processos de asilo.

O CPR é igualmente membro do Conselho Europeu para os Refugiados e Exilados (ECRE). Nesta organização estão também representadas outras destacadas Organizações Não Governamentais (ONG's), correspondentes a uma rede constituída por 30 países europeus que trabalham na área da protecção e integração de refugiados, baseado naquilo que consideram ser os valores dos direitos humanos, da dignidade e solidariedade, de acordo com os princípios proclamados no site da organização: <http://www.ecre.org/>.

Para além da ECRE, o CPR é também parte constituinte das seguintes organizações europeias: European Legal Network on Asylum - ELENA (Rede Legal Europeia de Asilo), bem como da Rede Separated Children European Programme - SCEP (Rede Programa Europeu para as Crianças Separadas).

Tal como já referimos, o CPR, mantém ainda protocolos com outras instituições portuguesas, de modo a poder assegurar em parceria, as condições que permitem o acolhimento dos refugiados e requerentes de asilo. As instituições governamentais mais significativas neste domínio são: o Ministério da Administração Interna (MAI), o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) e o Instituto da Solidariedade e Segurança Social (ISSS) e ainda a Santa Casa de Misericórdia. Os protocolos estabelecidos, permitem também obter financiamento para os projectos levados a cabo, sendo de destacar que uma parte substancial desses financiamentos provêm do Fundo Europeu para os Refugiados (FER) que canaliza as verbas através do MAI.

Para além destes, existem ainda parcerias com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) que atribui subsídios mensais e outro tipo de apoios aos requerentes de asilo com residência por razões humanitárias, e o Centro de Formação Profissional para o Sector Alimentar (CFPSA) que permite aos requerentes de asilo e refugiados, a obtenção de um certificado de formação nesta área. O CPR é ainda membro da Comissão para a Igualdade

e Contra a Discriminação Racial (CICDR), estrutura independente que funciona junto do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).

A estrutura do CPR integra um Gabinete Jurídico, um Gabinete Social, um Gabinete para o Emprego e Formação Profissional propondo-se efectuar um acompanhamento directo aos refugiados e requerentes de asilo em Portugal. Um dos elementos mais significativos desta estrutura, é o Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR), localizado na freguesia da Bobadela, concelho de Loures e do qual falaremos de seguida. O CPR presta ainda formação em Língua Portuguesa e Iniciação à Informática, nas instalações do CAR.

Por nos parecer uma das questões mais relevantes para a articulação com o nosso projecto, limitamo-nos aqui a destacar algumas funções do CAR, ao nível do apoio social e alojamento proporcionado aos requerentes de asilo cuja entrada em Portugal foi previamente autorizada pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), única autoridade com domínio nesta matéria.

Os apoios disponibilizados pelo CPR/CAR, desenvolvem-se a partir de projectos elaborados por esta organização e que são financiados na sua maioria pela Estrutura de Missão para a Gestão de Fundos Comunitários (EMGFC) que gere os financiamentos do Fundo Europeu para os Refugiados (FER), através do Ministério da Administração Interna (MAI)<sup>19</sup>, e que incluem o alojamento transitório com capacidade para cerca de 30 utentes, e que não costuma exceder os 3 ou 4 meses, excepto no caso de “menores não acompanhados”<sup>20</sup> que permanecem sob a responsabilidade jurídica do CPR até atingirem a maioridade; alguns serviços abertos à comunidade, como por exemplo: um polidesportivo, um auditório, uma biblioteca e ainda uma creche / jardim-de-infância.

O CPR/CAR, disponibiliza ainda aos requerentes de asilo, apoios pecuniários ou em géneros para alimentação, um banco de roupa (oferecida pela população) e lavandaria, transportes (passe social); comunicações (cartão para o telefone) e acesso gratuito à internet, subsídios de emergência, onde se poderão incluir também a eventual compra de medicamentos receitados pelos médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou do CAVITOP e ainda quando necessário, algum dinheiro de bolso.

Como já referimos, o acesso aos cuidados de saúde é protegido pela lei de asilo que reconhece aos requerentes e respectivos membros da família, o acesso nas mesmas condições que aos cidadãos nacionais. Contudo, é de referir que não existem programas

---

<sup>19</sup> É também esta EMGFC que é responsável pelo financiamento de 75% a este projecto.

<sup>20</sup> Segundo a Lei n.º 27/2008 de 30 de Junho, entende-se por “menores não acompanhados, quaisquer pessoas nacionais de países terceiros ou apátridas com idade inferior a 18 anos que entrem em território nacional não acompanhadas por um adulto que, por força da lei ou do costume, se responsabilize por elas, enquanto não são efectivamente tomadas a cargo por essa pessoa, ou que tenham sido abandonados após a entrada em território nacional”

ou projectos concretos no domínio da saúde, adequados às necessidades específicas dos refugiados, nem por parte do SNS, nem por parte do CPR.

Consideramos *necessidades específicas* todas aquelas que estão relacionadas com o contexto cultural de referência dos refugiados ou imigrantes, como por exemplo a percepção do corpo da saúde e doença (que pode variar de cultura para cultura), os problemas de comunicação inerentes às barreiras linguísticas existentes entre refugiados e profissionais de saúde, outros saberes, discursos e práticas transmitidos de geração e geração e que configuram uma visão cosmogónica do mundo e que normalmente não são valorizadas no contexto das sociedades ocidentais, entre outras.

De um modo geral, em Portugal ainda não existem *Competências Culturais*<sup>21</sup> no domínio da Saúde. No caso em apreço, o que de facto existe é uma rede de parceiros institucionais (sumariados anteriormente) pertencentes na maioria ao SNS que, pela lei, prestam quando necessário, cuidados de saúde aos refugiados e requerentes de asilo, com isenção de pagamento das taxas moderadoras. Nomeadamente: os hospitais de referência da região de Loures: Hospital Curry Cabral ou Santa Maria, os Centros de Saúde de Sacavém, extensão de Santa Iria da Azóia ou extensão da Bobadela, o Hospital Júlio de Matos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Lisboa ou ainda outras clínicas privadas para consultas de especialidade e que têm acordos com os Centros de Saúde.

Outras instituições de saúde que também são parceiras do CPR, são o Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa, particularmente através do projecto *Epimigra*. Relativamente a esta instituição, salienta-se que se reveste de particular importância no que diz respeito à avaliação de saúde dos requerentes de asilo logo após a entrada em Portugal, pois poucos dias após a sua instalação no CAR, são encaminhados para este serviço, para que se proceda à recolha de análises que irão fazer a despistagem de algumas patologias consideradas mais graves para a saúde pública, como por exemplo o VIH-Sida, hepatites, tuberculose, ou ainda algumas doenças tropicais (malária por exemplo).

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa presta também algum apoio pontual, nomeadamente na compra de próteses, óculos, ou outros complementos necessários à

---

<sup>21</sup> Designamos por Competência Cultural, um conjunto de comportamentos congruentes, aprendizagens formais, atitudes e políticas que se harmonizam num sistema para onde contribuem vários profissionais e que os capacitam para trabalhar eficazmente em situações multiculturais. A Competência Cultural implica a aceitação e o respeito pela diferença, uma contínua auto-avaliação da sua própria cultura e também da dos outros, dando atenção às dinâmicas da diferença. Implica também o desenvolvimento contínuo do conhecimento cultural, flexibilidade no contexto dos modelos institucionais, de modo a ir ao encontro das diferentes necessidades de populações diversificadas.

Autoria: Ed Wang; 2008, Global Mental Health: Trauma and Recovery – Harvard Program in Refugee Trauma (tradução livre)

saúde dos refugiados. Finalmente, existe ainda a associação denominada Centro de Apoio a Vítimas de Tortura em Portugal (CAVITOP), para onde são encaminhados refugiados ou requerentes de asilo que, segundo os técnicos do CAR, manifestam comportamentos considerados graves ao nível da saúde mental, sendo estes encaminhamentos muito pontuais e na maioria dos casos, sem continuidade, de acordo com o manifestado previamente pelos psiquiatras entrevistados pela coordenadora deste projecto, aquando a sua investigação sobre saúde mental dos refugiados e requerentes de asilo<sup>22</sup>.

Em primeiro lugar e antes do projecto ter sido submetido para financiamento, apresentaram-se as intenções e os objectivos do Projecto à Direcção do CPR, auscultando sobre o próprio interesse da direcção no estabelecimento de uma parceria com o GIS e da pertinência de uma intervenção da associação no domínio da saúde.

Uma vez que o interesse se confirmou, submetemos então o projecto a financiamento do Fundo Europeu para os Refugiados, cuja gestão orçamental é da responsabilidade, em Portugal, do Ministério da Administração Interna – Gestão dos Fundos Comunitários, para a rubrica específica de “Estudos” (correspondente a 75% do orçamento total do projecto) e também à Fundação Calouste Gulbenkian – Programa de Desenvolvimento Humano e Saúde (25% do total).

Nos primeiros três meses do projecto (Janeiro, Fevereiro e Março), efectuaram-se reuniões de equipa para a inserir nos objectivos do projecto, a par da facilitação de textos teóricos considerados fundamentais para a capacitação da equipa sobre refugiados e saúde, com o intuito de minorar dentro do possível a falta de formação específica em competência cultural. Prepararam-se também os materiais para o início da acção no terreno que só veio a acontecer no princípio do 2º trimestre (Abril).

Durante a presença da equipa no terreno – de 1 de Abril a 30 de Setembro – realizaram-se 3 reuniões formais entre a coordenação e a direcção do CAR, sendo a primeira para estabelecer regras quanto à implementação do projecto no gabinete, a segunda para preparar, a pedido da própria direcção do CAR, duas acções de formação para os utentes e técnicos da instituição sobre a pandemia H1N1 – vulgo “Gripe A”, uma em francês e outra em inglês e ainda uma terceira reunião para encerramento formal do projecto no terreno e pedido de avaliação do mesmo.

Para além destas reuniões mais formais, foram estabelecidos contactos regulares entre a equipa do terreno e a direcção, tanto para solicitar o acompanhamento (mediação cultural e

---

<sup>22</sup> A investigação sobre saúde mental dos refugiados e requerentes de asilo, levada a cabo pela coordenadora do projecto, incluiu a recolha de entrevistas e depoimentos a todos os médicos psiquiatras pertencentes ao CAVITOP e que atendiam os refugiados encaminhados pelo CPR.

tradução) da antropóloga aos requerentes de asilo que necessitavam de se deslocar a consultas no centro de saúde e/ou hospitais, como para encaminhar alguns utentes do CAR para a consulta de enfermagem e também por vezes, para pedir à equipa que orientasse os requerentes na toma de medicamentos previamente prescritos pelos médicos.

## Local de implementação e organização do projecto no terreno

Como já referimos anteriormente, o CAR encontra-se situado na Freguesia da Bobadela, Concelho de Loures, num local com estreita ligação com a comunidade residente no bairro, embora relativamente distante em termos de acessos, de Lisboa ou Loures, o que se manifesta no receio e ansiedade que demonstram alguns requerentes de asilo quando necessitam de se deslocar sozinhos para tratar de assuntos legais ou de saúde (ida ao SEF, ida aos hospitais, ida à própria sede do CPR<sup>23</sup> para resolver assuntos relativos ao apoio jurídico).

Este receio, consubstancia-se na ausência total de referências geográficas relativamente ao lugar que passaram a ocupar em Portugal, no desconhecimento da língua, na ausência de redes sociais ou familiares de apoio, na confusão provocada pela viagem na maioria das vezes traumática<sup>24</sup>, e no sofrimento inerente ao facto de se encontrarem involuntariamente num país e numa sociedade que desconhecem, tanto do ponto de vista geográfico, como cultural, social ou simbólico. Referimos também que não é menos comum alguns dos refugiados, optarem por procurar residência após a saída do CAR, no próprio bairro ou nos bairros limítrofes, podendo assim manter mais facilmente as ligações que ainda os unem ao Centro, como por exemplo, a continuação da frequência das aulas de português, a procura de apoios sociais, ou o acesso à internet.

Como dizíamos, o CAR disponibiliza aos seus residentes para além dos quartos partilhados, cozinha comum, sala de convívio, salas de formação, gabinetes de atendimento jurídico e social (efectuado pelos técnicos do CAR), polidesportivo e espaços exteriores de convívio. No que concerne ao nosso projecto, referimos que fisicamente, estava situado num pequeno gabinete contíguo à sala de convívio, espaço este já anteriormente identificado, aquando da inauguração do próprio CAR, com uma tabuleta onde se lia: “Espaço de Saúde”.

Este gabinete é composto por uma mesa de trabalho, duas cadeiras, um armário e um lavatório. Todos os materiais descartáveis ou não, utilizados na consulta de enfermagem, foram disponibilizados pelo próprio projecto da nossa associação.

Na porta do gabinete, virado para o exterior, afixámos uma folha indicando os horários de atendimento, com a designação dos dias específicos em que a consulta de enfermagem

---

<sup>23</sup> A sede do CPR situa-se em Lisboa, Chelas, Bairro do Armador)

<sup>24</sup> Posteriormente explicaremos porquê.

era efectuada em francês ou em inglês. Esta folha estava também escrita nestes dois idiomas, para além do português.

Assim, o horário de atendimento do nosso projecto era feito em dois dias por semana: 2<sup>as</sup> e 4<sup>as</sup> feiras, das 10h às 13h e das 14h às 17h00 inicialmente. Posteriormente adequou-se este horário aos hábitos de permanência dos requerentes de asilo na sala de convívio e cozinha, pois verificou-se que antes das 11h da manhã eram muito raras as presenças neste espaço, tendo por isso passado para o seguinte horário: 11h00 / 14h00 e 15h00 / 18h00. É de referir que os dias e os horários iniciais de atendimento, foram previamente definidos pela própria direcção do CPR.

Para além das enfermeiras do projecto (uma cada dia), partilhavam ainda este espaço, a técnica de antropologia e a psicóloga.

No que diz respeito à técnica de antropologia, é de referir que a sua presença era na maior parte das vezes indispensável, pois para além de desempenhar a sua função específica neste projecto<sup>25</sup>, ajudava a traduzir a consulta de enfermagem sempre que os seus conhecimentos linguísticos o permitiam, pois dominava vários idiomas (português, castelhano, francês, inglês, urdu, gujarati e hindi).

Sempre que se requeria maior confidencialidade das narrativas das histórias de vida escutadas pela antropóloga ou pela psicóloga, recorria-se aos espaços exteriores de convívio do Centro, o que nem sempre era garantido, pois este era também um espaço de circulação ou permanência dos outros utentes do Centro.

A equipa do projecto foi constituída da seguinte maneira (as funções de cada uma serão aprofundadas em capítulo específico)

- 1 Coordenadora científica: autora do projecto com domínio de investigação em antropologia médica, coordenadora da equipa em termos científicos e metodológicos
- 1 Coordenadora técnico-financeira: Elaborar os relatórios financeiros; Gestão orçamental; Produzir toda a documentação logística; Preenchimento dos formulários necessários do FER e Calouste Gulbenkian; Elaborar o caderno de encargos: Gerir cronogramas em função dos objectivos previstos do projecto, em termos de horas previstas e horas realizadas; Elaboração dos contratos; Gerir recursos e gestão dos objectivos gerais do projecto junto das entidades financiadoras; Estar presente nas reuniões com as entidades financiadoras e entidade parceira; Assessoria global à execução projecto.

---

<sup>25</sup> Resumidamente: Mediação cultural, recolha de histórias de vida, observação participante.

- 1 Técnica de antropologia: realização de observação participante, aplicação das entrevistas e inquéritos e recolha das histórias de vida, mediação cultural e linguística quer na consulta de enfermagem, quer na consulta nos hospitais e centros de saúde.
- 3 Enfermeiras (especialização em saúde pública e comunitária): rastreios de saúde, aplicação de questionários, consultas e tratamentos.
- 1 Psicóloga clínica (voluntária)

## Objectivos gerais do estudo

A investigação / acção levada a cabo no contexto deste projecto, pretendia aprofundar inicialmente, as questões relacionadas com a saúde física e mental dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, em particular nos aspectos resultantes do sofrimento a que estão sujeitos, ao longo de três momentos cruciais: a) no momento de fuga da zona de conflito; b) durante a viagem que os trouxe a Portugal; c) na entrada e permanência em território nacional, em particular durante a estadia no CAR.

Apesar dos requerentes de asilo terem sido os principais alvos da nossa intervenção, o serviço foi reconhecido como amplamente necessário por alguns dos funcionários da instituição, que por muitas vezes recorreram e usufruíram do mesmo.

Quer fosse para verificação e medição de tensão arterial, de glicemia capilar ou simplesmente esclarecimentos das suas próprias questões de saúde, os funcionários reconheciam na equipa de projecto uma mais-valia importante, e acima de tudo, muito disponível para os escutar.

Para além destes, os próprios refugiados já não residentes no CAR, mas que aí se dirigiam para a frequência das aulas de português, ou tratamento de outros assuntos, passaram também a frequentar o nosso serviço, partilhando connosco as suas ansiedades, ou simplesmente pedindo-nos para ajudarmos a traduzir um documento, explicar o funcionamento de um serviço, ajudar a procurar casa para alugar, ou simplesmente falar.

Apesar de aparentemente estes pedidos extrapolarem os objectivos concretos da prestação de cuidados de saúde, na prática, segundo o nosso ponto de vista, todos estes motivos, são geradores de ansiedades e conflitos, mais graves no caso dos refugiados, pelo que claramente se inscrevem no campo da saúde holística, uma vez que mesmo para a Organização Mundial de Saúde, esta não se reporta apenas à ausência da doença, mas a um completo bem-estar psico-físico-social.

Denominamos este estudo de investigação /acção, pelo facto do projecto incluir um momento de investigação, consubstanciado na observação participante levada a cabo pela antropóloga e pela psicóloga que, recorrendo a metodologias próprias das suas áreas científicas (entrevistas semi-directivas, histórias de vida, observação participante e escuta activa), recolheram dados susceptíveis de serem reflectidos e analisados por académicos, estudantes, médicos, psicólogos e psiquiatras, interessados em obter informação sobre

esta temática específica, através da publicação deste relatório e de outros artigos científicos resultantes desta análise.

Para além disso, a equipa de enfermeiras também aplicou um questionário a todas as pessoas que acederam ao serviço e que manifestaram desejo de responder. Este questionário visava em traços gerais, fazer um levantamento epidemiológico<sup>26</sup> do estado de saúde dos refugiados.

Antes da sua aplicação, era explicado quais os motivos do mesmo, ainda que nem sempre estas explicações tenham sido recepcionadas de forma transparente, pelo que equacionamos a hipótese de num projecto futuro serem utilizadas outras metodologias mais apropriadas a um estudo deste tipo, nomeadamente um trabalho etnográfico de escuta activa mais prolongado.

Apesar da rubrica disponibilizada pelo FER/MAI ser exclusivamente para a área de “Estudos”, considerámos que poderíamos conjugar ambas as perspectivas: investigação e acção, num mesmo projecto-piloto, complementando-as.

A opção por incluir uma abordagem de intervenção (acção), através de uma consulta de enfermagem disponibilizada directamente aos refugiados e requerentes de asilo que residissem no CAR, ou que embora já não residindo, aí se dirigissem pontualmente, foi também uma forma de poder intervir directamente numa área não aprofundada<sup>27</sup> pelo CPR – a da saúde.

No domínio do conhecimento prévio desta equipa, tanto a experiência anterior com populações imigrantes, como o estudo de artigos científicos sobre a saúde dos refugiados, estão longe de se poder considerar uma formação na área específica da saúde dos refugiados que, pela sua particularidade, configuram uma área de saúde bem diferente da dos imigrantes, em particular no que diz respeito às questões de saúde mental, pela condição de sofrimento e possível trauma a que muitos refugiados estiveram e continuam a estar ainda sujeitos.

Assim, e sucintamente, a consulta de enfermagem pretendia averiguar sobre as principais necessidades de saúde manifestadas pelos utentes do CAR, que pudessem traduzir-se em

---

<sup>26</sup> A epidemiologia é uma disciplina básica da saúde pública voltada para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito de populações, aspecto que a diferencia da clínica, que tem por objectivo o estudo desse mesmo processo, mas em termos individuais. Como ciência, a epidemiologia fundamenta-se no raciocínio causal; já como disciplina da saúde pública, preocupa-se com o desenvolvimento de estratégias para as acções voltadas para protecção e promoção da saúde da comunidade. A epidemiologia constitui também instrumento para o desenvolvimento de políticas no sector da saúde. Sua aplicação neste caso deve levar em conta o conhecimento disponível, adequando-o às realidades locais. (in: Revista de Saúde e Cidadania; <http://www.saude.sc.gov.br>)

<sup>27</sup> E que pode a nosso ver, pode ser precisamente colmatada através de parcerias com outras organizações que têm a particularidade de abordarem esta área específica, como é o caso da Associação GIS.

avaliações sobre as suas manifestações físicas e psicossomáticas, partindo de uma apreciação epidemiológica básica que incluía um rastreio sobre hipertensão arterial, alteração de valores de glicemia capilar; avaliação do peso, altura e índice de massa corporal, bem como detectar situações de risco e promover sessões de saúde e alimentação.

Para além da intervenção directa efectuada pela equipa das enfermeiras, consideramos que o trabalho de campo efectuado pela antropóloga, nomeadamente aquando da presença nas consultas de enfermagem, cujo papel era precisamente a de mediação cultural e sempre que possível – tradução, tanto entre refugiados e as enfermeiras, como entre os refugiados e os médicos, através do acompanhamento destes aos serviços de saúde (consultas médicas, exames de diagnóstico, tratamentos, entre outros), também se revestiu de actividades consideradas fundamentais para a possibilidade de encontro /mediação e descodificação de mensagens linguísticas e culturais entre profissionais de saúde e utentes do projecto.

Salientamos assim o papel fundamental da tradução efectuada pela antropóloga, considerando que uma comunicação efectiva é um elemento essencial na qualidade e eficácia dos serviços prestados no domínio da saúde. Estas barreiras provocam frequentemente situações como: a) erros de diagnóstico; b) decisões mal fundamentadas sobre os tratamentos a seguir; c) falta de confiança entre paciente e médico (ou profissional de saúde); d) adesão limitada aos planos de tratamentos ou terapias propostos pelos médicos, entre outros; e) ausência de compreensão por parte dos médicos de outras alternativas terapêuticas propostas pelos refugiados.

De acordo com alguns estudos efectuados<sup>28</sup>, chegou-se à conclusão de que os pacientes que necessitam intérprete mas não o têm, possuem maiores dificuldades de compreensão sobre as instruções dadas pelos médicos relativas à forma como tomar os medicamentos, menos propensão para receber instruções sobre os efeitos secundários provocados por alguns medicamentos, para além de manterem mais altas taxas de insatisfação relativas aos cuidados recebidos, ao contrário daqueles que têm acesso a serviços de profissionais treinados para a interpretação.

Podemos efectivamente confirmar neste projecto de investigação/acção, a mais-valia da nossa intervenção, no que diz respeito a este tipo de serviços prestados, quer pelas solicitações que nos foram dirigidas pelos próprios técnicos do CPR, quer pelos médicos a quem assistimos na tradução e mediação na consulta, que ainda e principalmente nas

---

<sup>28</sup> Regenstein; 2009

conversas e pedidos de acompanhamento que nos eram dirigidas pelos próprios refugiados.

A implementação de um serviço culturalmente e linguisticamente competente – do nosso ponto de vista a tradução para ser eficaz, tem que englobar não só o domínio da língua, como também e principalmente a formação para a diversidade cultural – pode aumentar o acesso e a eficácia dos cuidados de saúde prestados, tanto nos aspectos físicos como mentais, para além de ajudar os refugiados a debelar o sentimento de insegurança relativa à sua própria saúde, desde logo aumentado pela condição de angústia e stress associado à situação de refugio<sup>29</sup>.

Nos primeiros momentos da sua chegada e estadia em Portugal, quando as preocupações sobre a sua situação, a obtenção ou não do estatuto de residência, as preocupações sobre a sua futura situação económica, a obtenção de emprego, de casa entre outros aspectos essenciais à efectivação da sua identidade renovada, são imensamente agravadas pelo facto de não entenderem a língua do país de acolhimento, o que os coloca numa situação de grande fragilidade pessoal que agrava eventualmente a sua condição de saúde, particularmente de saúde mental e conseqüentemente, a sua compreensão do modo de funcionamento da sociedade de asilo.

Tal como se refere no estudo publicado no *Journal of Immigrant Minority Health*<sup>30</sup>:

*“...os imigrantes com os quais existe uma barreira linguística necessitam de uma maior atenção na monitorização do seu estado de saúde, de modo a prestar os serviços de saúde e apoios sociais indicados para a ajuda na adaptação ao novo contexto. Deste modo, prevenir-se-á a possibilidade de problemas de saúde associados ao stress, beneficiando a longo prazo tanto a população como a sociedade em geral.”*

---

<sup>29</sup> Salvaguardamos aqui e uma vez mais que nem todos os refugiados ou requerentes de asilo têm necessariamente estados de saúde física e mental particularmente fragilizadas, pelo que nos referimos essencialmente àqueles que verbalizam fragilidades nesse campo.

<sup>30</sup> “...immigrants with a language barrier need special attention in the monitoring of their health status, in providing necessary health services and social supports, and encouragement in adapting to the new environment, which will increase the possibility of preventing stress-associated health problems and benefit both this population and the whole society in the long term”. In: *J Immigrant Minority Health* (2009) 11:446–452.

## Objectivos específicos do estudo

Os sintomas físicos e mentais, pertencem a uma linguagem simbólica que apenas pode ser lida e entendida no contexto sociocultural dos utentes. Todos os intervenientes no apoio e acompanhamento físico e mental dos refugiados e requerentes de asilo, necessitam aprender a compreender este simbolismo, para melhor poderem agir.

É com base neste pressuposto, que se apresentaram os seguintes objectivos, ainda que seja necessário salvaguardar de que os mesmos estavam acima de tudo condicionados pelas narrativas que os utentes do projecto estivessem ou não dispostos a verbalizar:

- Elaborar um estudo qualitativo e quantitativo, sobre o estado de saúde físico e mental dos refugiados e requerentes de asilo nas categorias anteriormente referidas, assente nos pressupostos teóricos da antropologia médica e também no rastreio de enfermagem;
- Avaliar os contornos culturais os conceitos de saúde, doença e corpo, de acordo com os contextos de proveniência das pessoas alvo do estudo;
- Determinar (sempre que possível) a influência das confissões religiosas em cruzamento com os conceitos de saúde, doença e corpo;
- Determinar (sempre que possível) as noções de género de acordo com os contextos culturais e até religiosos;
- Determinar (sempre que possível) as pertenças a grupos etários, cruzando com os contextos culturais de proveniência e as noções de saúde, doença e corpo.
- Determinar (sempre que possível) as características da “violência de género”, com base na existência dos seguintes pressupostos: violação; prostituição forçada; gravidez forçada; escravatura sexual e tráfico; casamentos forçados de menores; mutilação genital; violência física e ou psicológica.
- Determinar (sempre que possível) a obrigação de envolvimento na guerra por parte de menores
- Utilizar os princípios da “active listening”, de modo a valorizar, através da verbalização do trauma, a consciência deste, situando-o fora do indivíduo, num contexto político e social;
- Através da proximidade permitida pela aplicação de entrevistas em profundidade e da recolha de histórias de vida, contribuir para o alargamento das relações sociais dos entrevistados, da valorização do seu “eu” e da importância da sua história para a sua reconstrução social e saída do isolamento.

- Contribuir (sempre que possível) para a capacitação dos indivíduos-alvo deste estudo, através da indução da consciencialização de que cada pessoa pode ser “autora da sua própria autoridade”, reconhecendo a sua situação de refugiados como uma situação subjectiva e transitória que requer readaptação e vontade de mudança e mormente que este estatuto não configura uma identidade social permanente.
- Contribuir (sempre que possível) para a recuperação da vontade de agir, tomar decisões e resolver problemas no contexto da sociedade de asilo.

## Metodologia

**A)** Em relação ao trabalho de pesquisa efectuado pelas duas antropólogas (coordenadora e técnica), pretendeu-se aplicar metodologias qualitativas e quantitativas, com recurso a técnicas de trabalho de campo que implicaram observação participante, efectuado no contexto do Centro de Acolhimento de Refugiados (CAR) - sempre que foi autorizada essa permanência - entrevistas em profundidade, inquéritos e histórias de vida, todas elas centradas no eixo da saúde; elaboração e aplicação de questionários, que permitiam quantificar o número e a caracterização pessoal de pessoas alvo deste estudo. Estes questionários, que inicialmente seriam aplicados às categorizações alvo deste estudo: mulheres; menores não acompanhados e reinstalados, permitiriam depois, constituir-se como factores a analisar em termos quantitativos, como já mencionámos.

**B)** Em relação ao trabalho de pesquisa de base sociológica, pretendeu-se fazer uma análise quantitativa das respostas aos questionários, que permitissem tirar conclusões em sistema de SPSS, de forma a proporcionar um retrato (ainda que aproximado) relativo à situação dos refugiados atendidos durante a vigência do projecto. Salvaguardamos, no entanto, que a leitura desta análise quantitativa deve ser sempre integrada no contexto mais alargado dos referentes qualitativos.

**C)** Em relação ao trabalho desenvolvido pelas enfermeiras, existe uma particularidade específica, no sentido em que, os rastreios de saúde se deveriam aplicar à totalidade da população residente na época definida e que voluntariamente se dirigissem ao gabinete do projecto, no CAR, embora respeitando também as categorizações de género e etárias. Complementarmente, foram feitos encaminhamentos para o SNS sempre que foram detectados problemas de saúde específicos que necessitassem de observação / tratamento médico.

### Atendimento a refugiados no Centro de Saúde e nas consultas de Saúde Mental

As observações efectuadas neste ponto, têm ainda, como suporte, a pesquisa apresentada em referências anteriores (investigação prévia sobre saúde mental dos refugiados). Baseiam-se em entrevistas efectuadas aos médicos, bem como observações resultantes do acompanhamento dos refugiados à consulta efectuado pela própria investigadora e actual coordenadora deste projecto.

- As consultas são efectuadas em português. Isto deve-se ao facto de a maior parte dos médicos não dominar o francês nem o inglês (idiomas por vezes utilizados como recurso comunicacional básico pelos refugiados). Os idiomas de origem são frequentemente dialectos locais. Este facto, conduz inevitavelmente à existência de uma barreira linguística praticamente intransponível, que dificulta qualquer compreensão mais aprofundada do mal-estar sentido pelo refugiado, a par de um praticamente ausente diálogo entre clínico e paciente.
- Não existe uma prática estruturada por parte dos clínicos, no sentido de conhecer qual a história pessoal dos refugiados, o seu contexto cultural ou religioso, ou a situação política e eventualmente traumática que os levou a pedir asilo. Este facto, compromete o alívio mental do trauma e sofrimento, para além de comprometer seriamente o rigor do diagnóstico, com a correspondente inadequação terapêutica.
- O clínico não possui tempo disponível de consulta, para ouvir com atenção a história de vida e eventual história do trauma do paciente, sendo que esta é uma das condições fundamentais para o início do alívio da angústia e / ou mal-estar.
- Existe uma tendência manifesta por parte dos médicos, para categorizar as manifestações de sofrimento, como “psicossomatizações” (dores de estômago, dores musculares, problemas dermatológicos, ansiedade, dificuldade de concentração, nervosismo, insónia estado de permanente alerta), com a correspondente medicalização tóxica. Não se procurando as causas mais profundas dessas somatizações, remete-se o refugiado para uma situação de queixa cíclica. O próprio médico sente-se impotente para a resolução do problema (testemunho dado pelos próprios). Acresce ainda o facto de que a somatização tem uma carga simbólica que apenas será descodificada se houver conhecimento adequado do contexto da cultura de origem que produziu determinado sintoma, tal como refere Elizabeth Coker:

*“Claro que “todos” eles somatizam, mas neste “corpo que fala” haverá um nível de análise mais profundo, um lugar onde o papel do corpo apareça explícito dentro de uma sociedade que não se encontra atada às suas instituições, história e geografia? Não nos espantemos que os seus médicos se frustrem na tentativa de tratar os sofrimentos que circulam e viajam pelo tempo e pelo espaço somatizado – a realidade médica não tem forma de interpretar este sofrimento, e por isso se reifica a “somatização” ou a “depressão”. Por outro lado, ao lermos estes sofrimentos como histórias e prestando maior atenção ao uso de metáforas tanto na argumentação como na experiência pessoal, assiste-se a um fazer de história em progresso.”<sup>31</sup>*

<sup>31</sup>“Sure, they “all” somatize, but in this “body talk” is there a deeper level of analysis, a common ground in which the role of the body becomes, for a time, explicit in a way that would never be seen in a society that remained more securely tied to its institutions, history, and geography? It is no wonder that their physicians became frustrated in trying to treat pains that shifted and travelled through time and somatic space—medical reality has no way to interpret such pain, and so it becomes reified as “somaticisation” or “depression.” On the other hand, by reading these pains as stories, by paying attention to the use of metaphors both in speech and in embodied experience, one becomes privy to history-making in progress”. In Coker; 2004

Tal como refere Coker, também durante a vigência do nosso projecto no terreno foi possível ouvir as narrativas de mal-estar dos refugiados que nos procuravam no gabinete de saúde:

*“Tenho dores de barriga desde Julho, muitas dores e ela fala. Dói tanto à noite que não consigo dormir, mas também dói de manhã, à tarde e à noite. Uma metade da barriga dói e a outra metade fala. Depois dói a outra metade e a outra metade é que fala. Quero algum medicamento... (...) fui ao médico mas ele disse que não era nada. Mas o médico é mentiroso.”*

Um outro utente referia-nos que não tinha apetite, que tinha emagrecido bastante. Dizia fazer um grande esforço para comer, embora não quisesse que fosse assim... Dizia-nos precisar de medicação para que pudesse comer melhor. Referia que a sua barriga *“tem bichos, ouço-os, a andar, a correr...”*

- A terapêutica utilizada na maior parte dos casos, é de dois tipos: a) ansiolíticos e anti-depressivos; b) sedativos e analgésicos. Os medicamentos receitados pelo médico (ansiolíticos e anti-depressivos), raramente resultam por si só, num efeito apaziguador do sofrimento provocado pela história de vida / história de trauma. Uma das explicações para este facto, deve-se à ausência de terapias complexas adequadas à situação do refugiado. Este, ao contrário da maior parte dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, não possui distúrbios mentais estruturantes, mas sim, provocados por situações de stress, trauma, ou tortura, infligida contra o próprio ou sendo ele testemunha da violência física ou mental. A diferente percepção dos significados de saúde, doença e corpo fazem do refugiado um paciente específico, o que requer uma resposta terapêutica transdisciplinar e culturalmente competente, como veremos mais adiante.

- Segundo testemunhos recolhidos pelos psiquiatras, ainda no âmbito da pesquisa já mencionada, não existe uma continuidade do tratamento aos pacientes (significando na prática que o refugiado raramente vai a uma 3ª ou 4ª consulta), devendo-se principalmente aos seguintes factores: a) barreira linguística e comunicacional (já referida anteriormente); b) ausência de reconhecimento da importância daquela consulta para o apaziguamento do sofrimento (não existe empatia terapêutica entre médico e paciente); c) não correspondência de composição química entre os fármacos existentes em Portugal e os mesmos fármacos existentes nalguns países de origem dos refugiados, o que leva a uma ineficácia e desadequação terapêutica; d) encaminhamento (pontual) de alguns refugiados, efectuado pelos psiquiatras, para terapias de grupo, particularmente orientadas para “sem-abrigo”. Segundo testemunhos dos próprios refugiados, esta “opção terapêutica” é vista como desrespeitosa da própria condição de refugiado;

e) Em contexto de consulta, tanto de clínica geral como de psiquiatria, o paciente (apesar de algum aparente esforço e boa vontade por parte dos clínicos) é tratado como se fosse uma *tábua rasa*, sem história, sem identidade, sem referentes culturais e principalmente sem uma narrativa da sua história e da história do trauma provocada pelas perseguições e eventuais torturas no país de origem e durante a viagem – que foram sem dúvida, para além de particularidade de qualquer contexto cultural, o *leit-motiv* do seu sofrimento.

f) Não existe qualquer apoio especialmente orientado, em termos de saúde, para os principais grupos de risco: crianças desacompanhadas, mulheres vítimas de violação e torturados (entre outros).<sup>32</sup>

Curiosamente, durante a vigência deste projecto, não houve sinalização de utentes com necessidades de apoio psicológico e / ou psiquiátrico.

A necessidade de prestação de apoio psicológico pediátrico surgiu apenas durante o mês de Agosto – durante o qual a equipa não estava em serviço.

De acordo com informação prestada por uma das técnicas do CAR, essas necessidades foram sentidas por dois menores não acompanhados. Os utentes não tiveram que se deslocar às instalações do CAVITOP, tendo o atendimento sido feito no próprio CAR com a deslocação da sua psicóloga.

Foi-nos referido também o caso de um acompanhamento psicológico por parte da APAV<sup>33</sup>, tendo sido esse acompanhamento realizado por técnicos do CPR. Houve ainda casos de pessoas a quem os técnicos do CAR sugeriram acompanhamento, mas que recusaram.

A relação entre médicos e pacientes configurou-se de variadas formas, algumas vezes tendo resultados mais positivos, outras vezes menos. A observação foi feita durante os acompanhamentos, ou seja, sempre que necessário foi feita a mediação, o que parece minorar as dificuldades na comunicação médico/paciente.

A forma de tratamento dos utentes quando se deslocam sozinhos mantém-se, nesse sentido, uma incógnita... pela descrição dos utentes, algumas vezes quase não há comunicação, o que se reflecte por exemplo, na prescrição de medicamentos e na sua efectiva toma, mas sem haver a noção da razão pela qual se toma, ou como se toma tal medicação.

Após se ter dirigido sozinho a uma consulta, um dos refugiados veio ao nosso gabinete mostrar a medicação que lhe havia sido dada; pretendia saber o motivo pelo qual teria que

---

<sup>32</sup> Ver: Nova Lei de Asilo *Diário da República*, 1.ª série — N.º 124 — 30 de Junho de 2008 4003 Assembleia da República, Lei n.º 27/2008 de 30 de Junho Artigo 2.º Definições

<sup>33</sup> APAV: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

tomar essa medicação. Foi-lhe fornecida uma explicação do conceito de parasitas, razão pela qual tal medicação lhe havia sido prescrita.

Neste caso, bem como noutros, os requerentes de asilo recorreram ao nosso serviço para que lhes seja explicitada a forma de tomar os medicamentos receitados no SNS bem como a razão pela qual deviam fazê-lo. Pudemos perceber que nem todos os requerentes de asilo que recorrem ao SNS obtêm essas informações por parte dos médicos e enfermeiros, em parte devido ao problema de comunicação que se reflecte numa quase ausência de diálogo entre o clínico e o paciente.

Outro paciente, que havia sido anteriormente encaminhado para o hospital devido a umas manchas e pequenas borbulhas no corpo, contou-nos algumas das suas experiências anteriores em médicos em Portugal: referiu que as borbulhas que tinha eram o resultado ou uma reacção alérgica à prova tuberculina a que teve que se submeter, muito embora a médica dissesse que tal não era possível.

Ainda outro, referiu que a ida ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical foi extremamente difícil, pelo facto de não suportar injeções, o que se tornou numa situação muito complicada. O utente referiu precisar de que as pessoas (os enfermeiros do IHMT) falassem com ele, com calma e tempo, para que conseguisse dar o sangue necessário para as análises. A situação teve a agravante de não ter havido comunicação entre eles (o utente fala inglês, francês, árabe e pulaar, mas aquela equipa de enfermagem não falava nenhuma destas línguas).

*“Preciso que as pessoas sejam gentis e tenham paciência e calma comigo. No Vasco da Gama vi um anúncio “Dar sangue é dar vida”, mas não importa se querem mais de 2 litros do meu sangue desde que não seja através de seringas!” A resistência à colheita de sangue via intravenosa é uma prática incomodativa para muitas pessoas, independentemente da origem; deste modo não será estranho que no caso dos requerentes de asilo e refugiados se revele problemática, já que poderão estar pouco acostumados à prática de colheita de sangue com propósitos de investigação médica.*

Para além do trabalho de campo efectuado no CAR, o acompanhamento efectuado pela antropóloga aos vários serviços do SNS, ajudou a desbloquear algumas dificuldades linguísticas. Por exemplo, a ida ao Centro de Saúde para acompanhamento de famílias com crianças com necessidade de vacinação foi justamente uma dessas situações:

*Após uma primeira ida ao serviço de vacinação no qual foi pedida uma tradução dos respectivos boletins das crianças do checo para português, a mãe contactou connosco para saber como e onde podiam ser feitas as traduções. (...) ao acompanharmos as crianças e falando directamente com as enfermeiras do Centro de Saúde, percebemos que uma tradução não seria necessária já que é possível verificar quais as vacinas tomadas e quais as que falta tomar, de acordo com o quadro geral de vacinação.*

Para além do esclarecimento de dúvidas, e da própria tradução linguística, os acompanhamentos resultaram no aumento da visibilidade destas pessoas no âmbito do grupo heterogéneo em que se inserem.

A ausência de conhecimento de algumas enfermeiras do Centro de Saúde em relação a estas populações revela a distância comunicativa e sistemática entre o CAR e as instituições circundantes, para a área da saúde.

Para além dos exemplos, em que a relação paciente / médico tem graves lacunas, podendo em última instância potenciar até enganar a nível de diagnóstico, foi-nos possível verificar também alguns casos nos quais os médicos e enfermeiros tiveram procedimentos sensíveis.

A relação com o Centro de Saúde, nomeadamente com as enfermeiras, foi muito positiva, especificamente no que concerne a utentes que sofrem de diabetes. Desde a explicação minuciosa sobre como se mudam as tiras de glicemia, e como se inserem as novas tiras de glicemia na máquina, o tipo de alimentação que fazem hoje em dia e a curiosidade sobre o tipo de alimentação que faziam no país de origem, revelam, a nosso ver, questões que são importantes no relacionamento paciente / médico, principalmente quando o paciente é um requerente de asilo.

Devemos referir que mesmo embora não falassem directamente com os utentes, no caso de enfermeiras que não dominam o inglês por exemplo, houve uma interacção que não passou pelo domínio da língua, mas por outros campos como a postura e o olhar, que permitiram a comunicação, e sobretudo a manifestação de confiança. Um exemplo óbvio é o posterior acesso dos utentes a estes serviços: se no início pediam o nosso acompanhamento mesmo quando se tratava de coisas simples, como ir buscar as referidas tiras ou outro tipo de materiais, paulatinamente estes tornaram-se independentes, estabelecendo uma relação directa com os serviços de enfermagem do Centro de Saúde.

Uma outra instituição que se revelou importante e interessada na criação de uma parceria efectiva com o CPR foi o CDP<sup>34</sup>. Após a recepção de um telefonema da médica do CDP, solicitando que as três requerentes de asilo fossem acompanhadas por alguém do CAR que se responsabilizasse por elas e pudesse traduzir, pois a médica não falava muito bem inglês, uma das técnicas do CAR pediu-nos que fizéssemos nós mesmo esse acompanhamento.

De facto, os acompanhamentos que realizámos durante o projecto tiveram duas motivações: ou partiam de pedidos efectuados pelos técnicos do CAR ou, após um certo nível de confiança, pelos pedidos efectuados pelos próprios requerentes de asilo.

---

<sup>34</sup> CDP: Centro de Diagnóstico Pneumológico

O pedido expresso por parte da médica do CDP, relativamente à necessidade de o acompanhamento das três utentes diagnosticadas com tuberculose não infecciosa ser feito pelos técnicos do CAR, deveu-se à necessidade de um acompanhamento de proximidade diária e de vigilância permanente em relação à toma da medicação diária (5 comprimidos em jejum). Essa vigilância não podia ser efectuada pelas técnicas do projecto, pois só aí permaneciam dois dias por semana. Na ausência desse técnico por parte do CAR, fizemos nós mesmo o acompanhamento e a mediação, transmitindo aos técnicos do CAR, aquilo que nos havia sido transmitido pela própria médica.

Neste caso, a médica mostrou-se extremamente atenta e minuciosa da explicação do tratamento. Apesar de dizer que não falava muito bem inglês, tentou falar em inglês directamente com as pacientes, demonstrando uma maior proximidade paciente/médico. Estava também muito consciente da necessidade de uma parceria de proximidade entre instituições como o CAR e o CDP.

Durante um acompanhamento realizado a uma utente da Ásia (Médio Oriente), de modo a efectuar um raio-X, foi-lhe pedido que se despisse, e esperasse pelo médico. Como se tratava de um médico do género masculino, e prevendo um possível desconforto, foi-lhe perguntado se tinha objecção, ao que a utente respondeu que preferiria uma médica, pois no seu país de origem, as mulheres eram vistas por mulheres, jamais por homens.

Depois de ser explicado à enfermeira a questão cultural que se aí se colocava, a enfermeira referiu que o médico em questão era o único disponível nesse dia, mas mostrou-se disponível para a remarcação do exame. A utente decidiu, no final, ser vista pelo médico, desde que nós a acompanhássemos dentro do gabinete. Como também havia demonstrado em situações anteriores o seu descontentamento pelo facto de os médicos em Portugal não lhe receitarem vitamina E (algo que no seu país tomava quotidianamente, por ordens médicas) perguntámos ao médico se haveria uma relação entre essa vitamina e a existência de quistos.

O médico, brasileiro, referiu tratar-se de uma prescrição muito comum em vários países, inclusive no Brasil, e que embora não esteja provado cientificamente o seu efeito neste tipo de casos, refere *“mal também não faz, e os pacientes sentem-se melhor a tomar vitamina E”*. Para a utente, a toma desta vitamina revestia-se de uma importância fulcral no seu bem-estar, de tal forma que a não prescrição da mesma, a fazia duvidar da capacidade profissional dos médicos.

Como se pôde verificar, cada médico e cada profissional de saúde tem um modo particular de lidar com os pacientes, podendo ou não admitir como válida a visão do paciente e as

suas necessidades, mas disponibilizando de facto o tempo para escutar os próprios pacientes, as suas inquietações e as suas dúvidas.

Nesse sentido, mesmo que não tenha havido por parte das equipas médicas uma formação no sentido de competência cultural, verificamos que existem técnicos que obtiveram uma aprendizagem adquirida durante a vida, revestindo-se de uma maior sensibilidade o “encontro” entre o próprio e o paciente, admitindo que este último possa ter outras sensibilidades culturais, que não se insiram na matriz cultural ocidental; a esta abordagem damos o nome de *culturalmente sensível*, pois não implica obrigatoriamente uma formação prévia, mas a sensibilidade, e a educação que está implícita no respeito pelo outro.

### Intervenção na consulta de enfermagem

Esta intervenção foi fundamental para ir ao encontro de cada refugiado e/ou requerente de asilo. A perspectiva de vulnerabilidade foi o pano de fundo de toda a intervenção. O desenvolvimento que se segue relata o papel da equipa de enfermagem no desenrolar do projecto. Inicialmente referimos os objectivos, acções, metodologia e evolução do mesmo, fazendo-se posteriormente alusão aos resultados e experiências pessoais dos elementos da equipa de enfermagem.

Tendo em conta o projecto e os objectivos a atingir, a equipa de enfermagem desenhou os seguintes **objectivos gerais e específicos**:

#### **Objectivos gerais:**

- Promover a saúde dos refugiados e requerentes de asilo;
- Mediar a relação entre a os refugiados e requerentes de asilo e os recursos de saúde existentes na Comunidade ou no contexto mais alargado do Serviço Nacional de Saúde, e ainda de algumas clínicas privadas com acordos específicos com o CPR.

#### **Objectivos específicos:**

- Aplicar individualmente questionários e fichas de enfermagem;
- Avaliar, do ponto de vista da enfermagem, o estado de saúde dos refugiados e requentes de asilo;
- Realizar rastreios de Hipertensão Arterial e alteração de valores de Glicémia Capilar;
- Avaliar peso e Índice de Massa Corporal;

- Realizar procedimentos técnicos de Enfermagem, sempre que necessário e em articulação com o Centro de Saúde local;
- Identificar situações de risco na saúde das crianças e/ou jovens e/ou famílias e acompanhar/encaminhar para as Instituições de Saúde adequadas;
- Vigiar, acompanhar e encaminhar as mães durante a gravidez nos primeiros tempos de maternidade;
- Detectar necessidades de saúde, realizando esclarecimentos e sessões de promoção saúde de forma adequada.

### **Acções Desenvolvidas**

Com base nos objectivos foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- Realização de atendimentos de Enfermagem;
- Realização de rastreios de Hipertensão Arterial e alterações de Glicemia Capilar;
- Avaliação de peso e Índice de Massa Corporal;
- Encaminhamentos de situações de risco e/ou necessidade de avaliação clínica;
- Detecção de necessidades de saúde, nomeadamente esclarecimentos acerca da adequação da higiene, da alimentação no caso de hipertensão arterial e/ou Glicémia Capilar alterada;
- Realização de sessões de esclarecimento acerca da ripe A;
- Acompanhamento de mulheres grávidas promovendo a preparação para o parto e pós-parto.

### **Metodologia da consulta de enfermagem**

A metodologia de trabalho passou pela realização regular de atendimentos de enfermagem promovendo a intimidade e confiança. O acompanhamento regular, num contexto de confidencialidade, teve como finalidade promover a vigilância da saúde dando resposta efectiva e adequada às necessidades de saúde manifestadas pelos refugiados e requerentes de asilo.

Em cada atendimento foi promovida uma relação terapêutica/relação de ajuda. Não eram impostas as respostas ao questionário. Cada refugiado e/ou requerente de asilo determinava o ritmo da relação. Em algumas situações o questionário foi preenchido num primeiro contacto, noutras situações o preenchimento foi prolongado ao longo de vários

atendimentos de continuidade. O tempo de cada atendimento foi variável ajustando-se às características e necessidades de cada refugiado e/ou requerente de asilo.

A curiosidade e a preocupação levaram muitos refugiados e requerentes de asilo a entrar no gabinete. Aparentemente, para alguns, o facto de encontrarem e reconhecerem os profissionais de saúde, potenciava a expectativa de resolução de inquietudes, de sofrimentos, de experiências de violência ou de trauma.

Para outros que apesar de aí residirem (no CAR) nunca entraram no gabinete, podemos supor que simplesmente não necessitavam a nossa ajuda, ou ainda, que não reconheciam ou não valorizavam a nossa função, habituados a tratar de problemas de sofrimento com alguém a quem reconheciam desde logo um referencial simbólico para esse fim.

Tivemos conhecimento que alguns dos refugiados que já residiam há mais tempo em Portugal, procuravam apaziguamento para os seus problemas físicos, nos chás confeccionados com ervas compradas a imigrantes provenientes na mesma região geográfica e que vendiam os seus produtos no centro de Lisboa. Este facto, leva-nos a supor a existência e recurso a outras terapias alternativas, igualmente apaziguadoras dos seus sofrimentos e com as quais poderíamos futuramente aprender.

A metodologia, como já foi referido, foi sempre a relação terapêutica/ relação de ajuda.

A presença da antropóloga potenciou muitos momentos de comunicação no que diz respeito a traduções linguísticas.

De facto, a sua presença foi fundamental, não só pela importância na tradução, mas também no acompanhamento dos refugiados e requerentes de asilo a instituições de saúde sendo facilitadora da comunicação. Como estratégia para comunicar com refugiados e requerentes de asilo que apenas falavam a língua do seu país de origem, recorremos a mediadores -refugiados ou requerentes de asilo que falavam a mesma língua e traduziam em inglês e/ou francês.

A metodologia de mediação interinstitucional encontrada foi o recurso a cartas de encaminhamento ou contacto telefónico com algumas instituições, nomeadamente o Centro de Saúde da Bobadela.

As cartas de encaminhamento e o contacto telefónico foram facilitadoras da expressão de saúde dos refugiados e requerentes de asilo aos agentes de saúde. Em determinadas situações, nomeadamente no acompanhamento das mulheres, recorreu-se ao acompanhamento da antropóloga, tendo uma função de mediadora cultural, não só na tradução mas também no entendimento da estrutura social e de saúde.

### Evolução da intervenção da equipa de enfermagem

No decorrer da implementação do projecto no terreno, foram envolvidos 50 refugiados e/ou requerentes de asilo. É de referir que a extensão informal do projecto através da dinamização de momentos lúdicos e envolvimento de refugiados, requerentes de asilo e reinstalados que embora não tenham realizado entrevista usufruíram do projecto para esclarecimentos pontuais e/ou encaminhamentos emergentes.

Ao longo dos cinco meses de intervenção foi realizado um total de 245 atendimentos, com uma média de 49 atendimentos por mês (consultar anexo: análise em SPSS). É de referir que até Julho verificou-se uma maior afluência ao gabinete, expressa pelo aumento significativo dos atendimentos. No entanto, no final de Julho e Setembro verificou-se uma redução dos atendimentos.

É de ter em conta que as medidas de prevenção da contaminação da Gripe A condicionaram o acesso ao gabinete. Por instruções expressas do CPR/CAR, para serem atendidos os refugiados ou requerentes de asilo tinham de comunicar na recepção do CAR, que faria um telefonema para a equipa técnica, deslocando-se posteriormente um dos elementos presentes à recepção. Os utentes eram acompanhados pela técnica até ao gabinete e no final do atendimento seriam acompanhados de novo até à recepção.

## Análise global dos resultados

Gráfico 8 (da análise em spss) – Evolução dos atendimentos por género

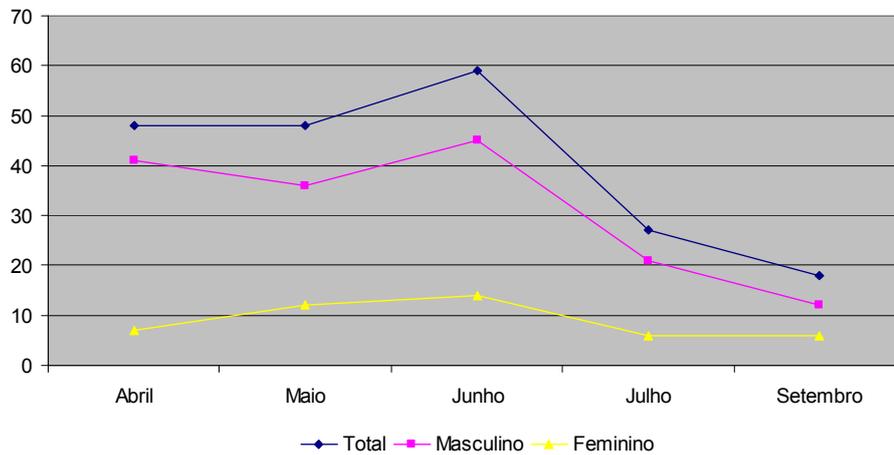
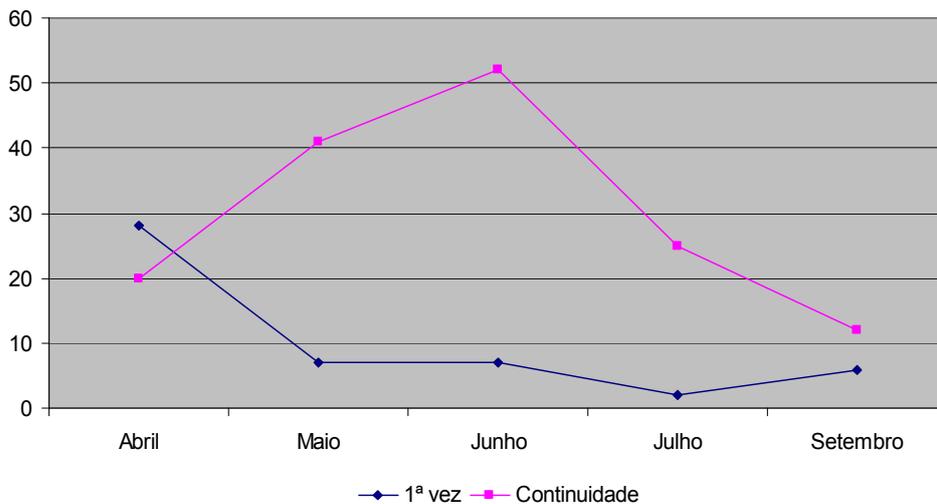


Gráfico 9 (da análise em spss) – Evolução dos atendimentos por tipo



O impacto do projecto é patente nos encaminhamentos e acompanhamentos dos refugiados e requerentes de asilo. De facto, foi através de encaminhamentos escritos e formalizados (quando acompanhados pela antropóloga) que muitas necessidades de saúde foram expressas. Nos quadros seguintes (em anexo), sintetizam-se alguns dos motivos principais dos atendimentos realizados:

Motivos recorrentes
Avaliação dos sinais vitais (peso, índice de massa corporal, frequência cardíaca, temperatura)
Controle mensal dos sinais vitais
Orientação sobre alimentação / dieta balanceada (menos sal nas comidas, sobretudo nos utentes que apresentaram tensão arterial alta)
Prestação de apoio emocional
Rastreios de hipertensão arterial
Problemas cardíacos (arritmias)
Cefaleias / Cefaleias intensas
Motivos específicos
Lesões descamativas na cabeça
Encaminhamento para avaliação oftalmológica e odontológica (menores)
Cefaleias e desequilíbrios ligeiros
Apresentação de eritema extenso no abdómen
Acompanhamento de doenças como no caso de tiróide e quistos mamários
Problemas gástricos
RX e TAC de perna direita que revela lesão traumática calcificada
Preparação para o parto e acompanhamento de gravidez
Tosse
Alergias
Problemas urinários
Inflamação no joelho
Dor de garganta
Pele descamática
Nódulo inguinal com inflamação
Baixo peso
Fístula
Infecção latente de TP
Náuseas e vômitos
Queixas e dores abdominais e lombares
Rinites

É de ressaltar que foram detectados alterações de valores de glicemia capilar e alguns casos de hipertensão arterial, que posteriormente foram devidamente encaminhados para o Centro de Saúde da Bobadela. A maioria dos refugiados ou requerentes de asilo com alterações de valores tencionais são do Noroeste de África; Ficam contudo por analisar as eventuais causas deste fenómeno.

De sublinhar também o acompanhamento de uma grávida durante o período gestacional e puerperal. Efectuou-se preparação pré e pós parto de forma individualidade e adaptada ao contexto cultural, querendo com isto significar que antes de intervirmos ou de orientarmos a consulta, dedicávamos tempo a escutar da futura mãe e pai, os seus próprios conhecimentos interiorizados e transmitidos culturalmente de geração em geração, sobre os rituais, tabus e prescrições associados à maternidade, gravidez e parto.

A criação de momentos lúdicos para as crianças através da realização de desenhos, aproximou o nosso projecto das crianças e suas famílias. Foram também realizados atendimentos a alguns funcionários do CAR. Tudo isto teve como resultado a aproximação do projecto à população alvo.

Tabela 2 (do anexo) – Caracterização geral da amostra

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	11	22.0
Masculino	39	78.0
<b>Idade</b>		
<18	7	14.0
19-25	14	28.0
26-30	8	16.0
31-40	12	24.0
>40	9	18.0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	32	64.0
Casado	10	20.0
União de facto	2	4.0
Divorciado	3	6.0
<b>Nível de qualificação</b>		
Ensino Básico	8	16.0
Ensino Secundário	22	44.0
Ensino Superior	8	16.0

O atendimento a refugiados e requerentes de asilo é absolutamente específico. De facto, a disponibilidade tem de ser diferente. A abordagem e a aproximação deve desenrolar-se num contexto de maior sensibilidade, o que significa que muitas dos utentes que nos procuravam, narravam-nos também episódios das suas vidas demonstrando receio por não saberem como controlar a sua vida recente, ou o seu futuro próximo.

A intervenção de enfermagem, através da atenção dispensada ao outro e ao mundo, tem como sentido o *cuidar*, na medida em que se estabelece como finalidade a satisfação do outro, o apaziguamento do seu sofrimento, participando no seu desenvolvimento pessoal, numa atitude responsável que tem em vista contribuir para melhorar as suas vidas, de acordo com os seus objectivos. Deste modo, a intervenção de enfermagem com refugiados e requerentes de asilo tem como finalidade não agravar o contexto de possível trauma, aliviando-o sempre que possível.

O desafio partiu na descoberta do espaço de intervenção. Em cada dia cada refugiado ou requerente de asilo foi abrindo esse espaço. Cada um de forma particular e específica.

As barreiras linguísticas tornaram-se em determinados momentos verdadeiros obstáculos. Relembramos alguns refugiados ou requerentes de asilo que só falavam a língua do seu

país de origem. No entanto, as dificuldades não foram impeditivas à relação, impelindo à criatividade de resolução.

Como alternativa para comunicar com refugiados e requerentes de asilo que apenas falavam a língua do seu país de origem recorreremos a mediadores - refugiados ou requerentes de asilo - que falavam a mesma língua e traduziam em inglês e/ou francês. Este empenho de envolvimento fez com que muitos voltassem sozinhos e comunicassem por gestos as suas vontades ou necessidades de saúde. Talvez a procura de entendimento, tenha fortalecido a relação.

#### Idiomas de origem:

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
1 Albanês	1	2,0	2,1	2,1
2 Bassa	1	2,0	2,1	4,2
3 Doghri	1	2,0	2,1	6,3
4 Espanhol	4	8,0	8,3	14,6
5 Francês	3	6,0	6,3	20,8
6 Fula	1	2,0	2,1	22,9
7 Ibo	1	2,0	2,1	25,0
8 Inglês	2	4,0	4,2	29,2
9 Kikongo	1	2,0	2,1	31,3
10 Mende	1	2,0	2,1	33,3
11 Português	2	4,0	4,2	37,5
12 Pulaar	6	12,0	12,5	50,0
13 Saracolé	1	2,0	2,1	52,1
14 Soninké	8	16,0	16,7	68,8
15 Somalí	1	2,0	2,1	70,8
16 Susu	2	4,0	4,2	75,0
17 Tamil	3	6,0	6,3	81,3
18 Tigrínia	5	10,0	10,4	91,7
19 Tshiluba	1	2,0	2,1	93,8
20 Ucraniano	1	2,0	2,1	95,8
21 Wolof	1	2,0	2,1	97,9
22 Checo	1	2,0	2,1	100,0
Total	48	96,0	100,0	
NS/NR	2	4,0		
Total	50	100,0		

O facto de haver um gabinete constituído por pessoas totalmente disponíveis para lhes prestar atenção, e podermos dar alguma resposta efectiva de saúde era um dos motivos de procura; Talvez latente estivesse a necessidade de ser escutado. Por vezes, ao fim de

alguns momentos de silêncio, a partilha da angústia fluía no entendimento de olhares e sentires, crescia a confiança de que ali estava alguém em quem podiam confiar. O relato de sofrimentos, dores, e angústias era decorrente da sincronia entre o refugiado ou requerente de asilo e cada enfermeira.

Aspectos e pormenores da viagem de separação do país de origem até ao pedido de asilo ganham cor com o tempo. O que se vendeu, o que se guardou, porquê vir de avião ou de barco, quem conheceram e quem os ajudou ou enganou. Tudo o que foi preciso para comprar a liberdade, um melhor futuro. Muitas vezes ouvimos *"aqui espero ser feliz...continuar a minha vida"*.

No entanto, e porque os refugiados e requerentes de asilo são uma população heterogénea, o atendimento foi diversificado e adaptado a cada um em particular.

O atendimento a mulheres caracterizou-se pela profundidade e intimidade nas relações. Talvez a partilha do género potenciase a intimidade. A abordagem das necessidades de saúde com base na maior vulnerabilidade feminina em contexto de fuga, fez com que aspectos relativos à sexualidade, nomeadamente preocupações corporais (aspecto físico), do ciclo menstrual e de práticas sexuais fossem expressos abertamente. Houve momentos em que algumas mulheres referiam alterações corporais ou medos relativos a alterações ou disfunções do ciclo menstrual.

**Tabela 3 (do anexo em SPSS)– Saúde das mulheres**

<b>Idade</b>	<b>Sintomas</b>	<b>Mal – estares</b>	<b>Situação de violência</b>
16	Dor de cabeça, tonturas e dores musculares	--	Não
18	Insónias	Gastrointestinais	Sim
24	Dor de cabeça, dores musculares e alterações menstruais	--	Sim
25	Dores de estômago, falta de energia e dores musculares	Tracto urinário	Não
26	Alterações menstruais	--	Não
30	Dor de cabeça, insónias, falta de energia, dores pélvicas, alterações menstruais e perdas de sangue	Metabólicas	--
30	Dor de cabeça, problemas cardíacos, insónias, falta de energia, ansiedade, sentimento de medo ou pânico, tonturas, dores musculares e alterações menstruais	Cardiovasculares	Sim
32	Alterações menstruais	--	--
33	Dor de cabeça, de estômago, insónias, falta de energia, ansiedade, dores pélvicas, alterações menstruais e perdas de sangue	Metabólicas e gastrointestinais	Não
34	Dores de estômago, dores pélvicas e alterações menstruais	Metabólicas e ginecológicas	Sim
47	--	Ginecológicas	Não

Lembramos um atendimento de uma mulher que falava da espiritualidade e da importância que tinha para a sua vida. A ida diária à igreja dava vida à rotina, tornava viva a herança que trazia do seu país de origem.

O atendimento a crianças constrói-se em momentos lúdicos. Nos desenhos encontramos o seu mundo. Foi através das crianças que muitas vezes alcançámos as famílias. Muitas vezes por necessidades das crianças, nomeadamente actualização das vacinas, quadros agudos de doenças dermatológicas entre outras, os casais ou as mulheres procuravam ajuda no gabinete. Em muitos casos o desenrolar da relação decorreu posteriormente.

No que diz respeito a menores não acompanhados, houve um acompanhamento que decorreu ao longo do projecto. Por necessidades de saúde, o menor recorreu algumas vezes ao gabinete, pelo que decorrente das necessidades e respostas efectivas, nomeadamente encaminhamento e acompanhamento ao Centro de Saúde da Bobadela, verificou-se um reforço relacional.

**Tabela 4 (do anexo em SPSS) – Saúde dos menores**

<b>n</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Acompanhado por</b>	<b>Sintomas</b>	<b>Mal- estares</b>
1	M	14	Pai e mãe	--	Dermatológicas
1	M	16	Pai e mãe	--	Oftalmológicas
1	M	16	Sozinho	--	--
1	F	16	Mãe	Dor de cabeça, tonturas, dores musculares	--
1	M	18	Sozinho	Sentimento de medo ou pânico	--
1	F	18	Sozinho	Insónias	Gastrointestinais
1	M	18	Sozinho	Dor de cabeça, de estômago, problemas da pele, falta de energia, ansiedade, sentimento de medo ou pânico	--

Relativamente aos reinstalados, não há registo formal, no entanto houve atendimentos informais em momentos em que houve necessidade imediata de intervenção de enfermagem, nomeadamente observação de crianças. É de referir que houve uma família de reinstalados que não recorreu ao gabinete.

Parece-nos que dar respostas de saúde é eficaz quando decorrente de uma procura. Ninguém aceita ajuda se acha que não precisa. Particularmente a família de reinstalados que não recorreu ao gabinete, aparentemente revelou-se um caso de profundo equilíbrio e estabilidade familiar. A rede interior é de tal forma interligada e sólida que tornou difícil alcançar alguns elementos da família.

Envolta em profundas necessidades de saúde, nomeadamente diagnósticos de doenças com implicação de tratamento medicamentoso e vigilância permanente (hepatites, Hiv-Sida), poder-se-ia considerar que iriam recorrer ao gabinete. No entanto, não o fizeram, a ligação familiar até então tem bastado. Mas, as necessidades são efectivas e num futuro próximo vão carecer de acompanhamento de saúde.

De facto, a equipa necessitaria de mais tempo para se construir uma relação de proximidade com a família de forma a participar no processo de ajuda e busca de mútuas respostas de saúde.

Importa referir que trabalhar num contexto de grande sensibilidade, implica um estar efectivo, mas também competências de saberes científicos e relacionais.

De acordo com as palavras de uma enfermeira da equipa:

*“...para muitos somos o mais parecido com um amigo ou mesmo família, é fundamental o compromisso. A responsabilidade de ser referência de confiança e cumplicidade, requer confidencialidade. O outro sente quando pode confiar, quando damos o nosso melhor ... isso é o passo para a autenticidade do que somos aos olhos dos outros e da entrega das acções que realizamos”.*

### Vertente Psicológica e Transcultural

O capítulo presente resulta da experiência da psicóloga clínica (com formação dinâmica), também doutoranda em Antropologia, que connosco participou na equipa do projecto. Este membro da equipa, entrou passados dois meses do início dos trabalhos no terreno, vindo substituir uma outra psicóloga que, por razões familiares não pode permanecer até ao final. Este capítulo é fonte da sua reflexão.

Num primeiro momento foi imperativo reflectir sobre as propostas gerais do projecto e a população visada, com o objectivo de criar um plano de investigação e de intervenção, dentro destas competências, num tempo de 3 a 4 meses. Segue-se uma breve descrição do processo de criação do plano de trabalhos e dos consequentes resultados.

O que se encontra ao alcance da Psicologia Clínica, de acordo com os seus objectivos e com o a natureza do seu objecto, é a acção de *construir* o conhecimento da realidade psicológica de um determinado sujeito, num contexto de avaliação psicológica, definido num tempo e espaço, onde a presença da intersubjectividade é constante e determinante, respeitando e valorizando o carácter único de cada ser humano, próprio e mutável, impossível de ser completamente construído somente pela ‘medida’ ou pela ‘comparação’.

Actualmente dois movimentos distintos marcam o actual desenvolvimento da Psicologia Clínica: por um lado, as abordagens do sujeito e as metodologias surgem determinadas pelo corpo teórico que caracteriza o sujeito psicológico; por outro, as metodologias condicionam e determinam a realidade psicológica dos sujeitos.

Perante estas duas posições, somos levados facilmente a concluir que, esta realidade, clivada, carece de uma reflexão que permita, a articulação do campo teórico e metodológico-instrumental da Psicologia Clínica, com o objectivo de propiciar um genuíno conhecimento dos processos mentais dos sujeitos psicológicos, respeitando a individualidade e a singularidade. Uma convergência entre pontos de vista teóricos e metodológicos é imperativo.

Se concebermos a natureza do sujeito como *criador da sua própria história, singular, relacional, capaz de estabelecer sentidos em função dos momentos, dos movimentos e dos vínculos, quer com a realidade externa, quer com a realidade interna* então, os modelos da psicologia clínica que privilegiam a compreensão, a interpretação, a construção de sentido (oriundos da psicanálise, fenomenologia) parecem ser os mais adequados à captação da “verdade” do sujeito, São também estes modelos que permitem a introdução da transferência e da contra-transferência, no encontro clínico, mas também na investigação (Devereux, 1980)

Paralelamente a esta discussão, a evolução da sociedade e do mundo em geral durante as últimas décadas (fenómenos migratórios, exílio, guerras, etc.) demonstra aos clínicos que não basta possuir modelos que captem a expressão e a dinâmica individual dos sujeitos. É também necessário reformular criticamente os modelos utilizados, rever as atitudes clínicas dominantes no modelo ocidental num processo de co-construção do encontro clínico. É mais do que nunca pertinente criação e a adopção de modelos e práticas clínicas que nos *descentrem culturalmente*, capazes de incluir a *alteridade*: as diversas concepções de sujeito, doença, infortúnio, tratamento mas também família, ordem, normalidade, acto terapêutico e saúde mental, concepções também centrais a este projecto.

### A antropologia e os modelos transculturais

A concepção de sujeito, a expressão do sofrimento, desequilíbrio ou doença, os sintomas, a construção de teorias etiológicas (modelos explicativos), as respostas terapêuticas e o acesso aos sistemas de saúde são factores condicionados pelos contextos envolventes (Devereux, 1970; Kirmayer, 1989; Lopez & Guarnaccia, 2000; Zempleni, 1985). Assim, os factores culturais, históricos e socioeconómicos (ideologias e hegemonias culturais) produzem tanto uma alteração na forma de expressão dos sintomas como das próprias

definições psicopatológicas (Pussetti, 2006). Neste sentido, refere Coppo que, a clínica ocidental ou qualquer outra prática que dela derive, deverá ser considerada uma entre muitas etnopsicologias e que tal deverá implicar o reconhecimento dos limites da sua abordagem técnica e a sua contextualização sociocultural e política constitua uma obrigação ética (cit. Pussetti, 2006).

A antropologia interpretativa<sup>35</sup>, centrada na construção de sentido considera as respostas à doença como realidades culturalmente constituídas. Good (1998), considerando o modelo médico como objecto de estudo, refere que a doença não é uma entidade (concepção oriunda da tradição empirista, das ciências biológicas) mas sim um modelo explicativo, constituído através de um acto interpretativo. A cultura torna-se, assim, uma ponte simbólica entre os significados intersubjectivos e o corpo humano.

Propondo como objecto de estudo antropológico a doença (física e mental), Marc Augé (1984) considera as diferentes dimensões etiológicas (modelo biomédico, modelo tradicional, entre outros) como factores sociais, demonstrando assim o lugar essencial das “etiologias sociais” ou “mágico religiosas” nas medicinas das sociedades ditas tradicionais, por oposição aos autores que as interpretavam como ingénuas crenças, resistências ou aporias de um pensamento racional.

Porque a manifestação da doença e a resposta terapêutica, são fenómenos cultural e socialmente determinados, implicam uma actividade interpretativa dependente dos códigos de referência respectivos. A propósito da vivência psicológica e social de doentes somáticos Herzlich (1984) refere que a doença é além de tudo um acontecimento que produz uma mudança na vida do individuo, transformando-o<sup>36</sup> desencadeando um processo de busca de sentido que ultrapassa o corpo do individuo e o diagnóstico médico tornando a questão da causalidade numa questão essencial na antropologia da doença (Evans-Pritchard, 1937; Levi-Strauss, 1958; Pouillon, 1970; Favret-Saada, 1977; Augé & Helzlich, 1984; Zempleni, 1985<sup>a</sup>).

Estes enunciados e representações - teorias etiológicas (Nathan, 1986) – são mecanismos tradicionais de produção de sentido para explicar um estado de desordem, um momento de ruptura, como por exemplo a doença. Estas teorias são colocadas à disposição do sujeito pelo(s) seu(s) grupo(s) de pertença e transmitidas de todas as formas: pela experiência, pela narração, pelos enunciados não linguísticos (como os rituais), pelas técnicas corporais, pelas técnicas de tratamento terapêutico, entre outros. São por isso frequentes

---

<sup>35</sup> No livro *Medicine, rationality and experience*, Good (1998) distingue quatro correntes da Antropologia Médica: antropologia médica crítica, antropologia cognitiva, antropologia da tradição empirista e antropologia interpretativa.

<sup>36</sup> Augé relaciona a doença com outros processos que participam na transformação do sujeito, como a morte, o nascimento.

entre os discursos dos pacientes, constituindo a representação individual e uma apropriação subjectiva da doença (próximas da noção de modelo explicativo de Kleinman, 1988<sup>37</sup>) e desenvolvem-se em qualquer circunstância (não somente perante a ineficácia do tratamento).

O “porquê” e o “como” são frequentemente presentes no discursos dos pacientes, demonstrando que as teorias tem uma dupla dimensão, explicativa e semântica. A primeira visando uma forma de racionalidade que relaciona o doente em relação à doença, enquanto que a segunda integra a doença numa continuidade e a sua relação com uma determinada ordem. Esta dupla procura explicativa e semântica (de causa mas também de sentido) co-constrói-se nas interacções com os médicos e terapeutas e depende de factores individuais, familiares, sociais e culturais. É por esta razão que uma interpretação “nunca é puramente individual: interpretação é colectiva partilhada pelos membros de um mesmo grupo social, mas também interpretação que, literalmente, coloca em causa a sociedade e fala da nossa relação ao social<sup>38</sup>” (Augé & Herzlich, 1984, p. 22).

Toda a teoria etiológica contém uma forma, uma palavra e um *acto*, impondo um *procedimento*, mais do que uma revelação da causa última do desequilíbrio. Estes sistemas de representação culturais relacionados com a doença e com as suas causas caracterizam-se pela mobilidade dos seus processos e pela multiplicidade de combinações possíveis através de diversas transferências e trocas (Sindzing, 1989) numa busca de coerência e construção de sentido. Tais processos são necessários e essenciais no encontro transcultural, pois se eles existem no grupo e na cultura do sujeito eles serão acentuados pelo processo de exílio ou de migração e pelas transformações que o contexto impõe.

Assistimos, assim, ao facto de que determinados fenómenos humanos, dificilmente são integrados num único campo ou modelo exigindo uma proposta epistemológica adaptada à particularidade do objecto de estudo. A sua especificidade é justamente a necessidade de um duplo discurso *obrigatório mas não simultâneo*. É entre outros, o caso dos dados recolhidos em situação clínica ou etnográfica em contextos de migração e de exílio (mas não só). O “complementarismo”, metodologia introduzida por Devereux (1985), revela-se simultaneamente um instrumento de acção clínica e de intervenção. Esta técnica que implica a utilização de um duplo discurso obrigatório mas não simultâneo entre a antropologia e a psicanálise, não os excluindo mas sim, coordenando ambos os modelos (Devereux, 1972).

---

<sup>37</sup> Apesar da semelhança destas concepções, considero que a concepção de modelos etiológicos permite uma maior projecção da subjectividade do sujeito (do seu fazer, da sua fantasia, da sua capacidade de representação, projecção, etc.) e, conseqüentemente uma maior participação no processo de compreensão e interpretação da doença e seu tratamento em comparação com a noção de modelos explicativos, que se mantêm num nível mais cognitivo.

<sup>38</sup> Tradução do autor (T.A.)

Esta metodologia, assenta no postulado da universalidade do psiquismo (da unidade fundamental do psiquismo humano) da qual decorre a necessidade de atribuir o mesmo estatuto (ético mas também científico) a todos os seres humanos, às suas produções culturais e psicológicas e, às suas formas de vida apesar de diferentes e, ao inconsciente (Devereux, 1970). A cultura é concebida como um conjunto de representações, de narrativas, de metáforas e símbolos que codificam a experiência vivida, mas é também um espaço em constante transformação dinâmico e tendencialmente coerente.

Nestes contextos, os dados antropológicos emergem da interacção entre diferentes protagonistas do encontro clínico ou etnográfico mas também da *transferência* e da *contra-transferência* (conceitos inaugurados por Freud em 1910). A transferência designa o processo através do qual os desejos inconscientes do paciente se actualizam no quadro da relação e do encontro clínico. Devereux (1980) alargou esta concepção de forma a que a mesma pudesse ser aplicada ao conjunto de fenómenos que surgem no contexto da investigação em ciências humanas. A transferência passa a assim a ser considerada como o conjunto de reacções implícitas e explícitas, que o sujeito desenvolve em relação ao investigador. De uma forma muito sumariada a *contra-transferência* do investigador (ou analista) é o conjunto total das “deformações que afectam a percepção e as reacções do analista e do investigador em relação ao sujeito (ou paciente) incluindo as angústias que o objecto de pesquisa suscita no investigador seja ao nível da escolha do objecto, da forma como observa, como o pensa, como o analisa, como o interpreta...” (*ibid.*, p.75). O papel “deformador” deste processo, passa a ser alvo de análise crítica, fonte de conhecimento e a sua existência não deve ser negada ou ignorada, sob pena de rejeitarmos dados essenciais e únicos ao avanço e compreensão do objecto de estudo. A *contra-transferência* quando a construção de conhecimento é fruto de processo intersubjectivo e dialéctico, sempre função da relação com o Outro onde clínicos/antropólogos são simultaneamente sujeitos observadores e observados. Uma atitude reflexiva e crítica da subjectividade do observador (clínico/ antropólogo/investigador) é assim essencial através de um processo auto-reflexivo mas também através da supervisão.

O observador deverá então tentar compreender-se a ele mesmo enquanto observador mas também enquanto pessoa inscrita numa profissão, teoria, sociedade, cultura... Na *contra-transferência*, é possível então distinguir o que pertence à identidade singular do investigador ou à sua identidade profissional (Bourguignon, 1988), à sua identidade social e à sua identidade cultural (Nathan, 1988b). Nathan propôs a noção de *contra-transferência* cultural para sublinhar as reacções do terapeuta e do investigador enquanto pessoa pertencente a uma determinada cultura que encontra uma outra pessoa de uma outra cultura que entram em relação mútua. Estas reacções são produto das histórias, da

sociologia, da política e da ética, dos mitos, da história familiar do terapeuta, das sua história pessoal mas também de estereótipos e de ideologias implícitas que é necessário interpretar (Hall, 1997; Fassin, 2005), o que implica num primeiro momento, reconhece-las. Kirmayer (1977) salienta por sua vez, numa mesma linha a análise da contra-transferência “social”, que atribui uma dimensão essencial à diferença do estatuto social entre os protagonistas do encontro clínico/etnográfico, já que esta população é invariavelmente associada nos diversos discursos (científicos, políticos, sociais) à vulnerabilidade, vítimas, considerados como minorias étnicas, ao nível social.

Esta dialéctica entre o investigador e o objecto é de extrema importância na construção do dito saber “científico” sobretudo no terreno das ciências humanas (mas não exclusivamente) pois, o trabalho reflexivo e de supervisão informa-nos de aspectos que, de outra maneira, dificilmente seriam captados, os mesmos que influenciam a maneira como o investigador conduz a investigação, o encontro com o objecto, a forma como reage ao não-saber, à relação com colegas e equipa, com todas as consequências que advêm para o resultado da investigação/intervenção.

Por se tratar de uma primeira investigação baseada simultaneamente em modelos clínicos e antropológicos, é desejável que, no encontro com esta população predomine uma atitude exploratória e abertura de forma a podermos captar a *natureza do nosso objecto de estudo*, as suas próprias dinâmicas, as suas necessidades num contexto específico de pedido de asilo e num espaço e num tempo determinados.

#### Análise dos dados recolhidos do ponto de vista da psicologia – por *Sílvia Olivença*

A intervenção e investigação da psicóloga no Centro Português para os Refugiados (CPR) iniciou-se aproximadamente dois meses após a restante equipa, o que implicou uma reorganização dos horários de partilha do único gabinete concedido ao projecto. O tempo disponível para a intervenção dos elementos no terreno (duas enfermeiras, uma antropóloga, uma psicóloga) no referido espaço, foi assim menor em relação às expectativas iniciais, não só pela limitação dos dias em que a equipa estava autorizada a permanecer no centro (dois por semana – segundas e quartas) mas pela existência de um único gabinete de trabalho, tendo sido atribuídas à componente psicológica 4 horas semanais. O restante tempo, seria dispendido nos espaços comuns do CPR.

Ao entrarem no gabinete, os utentes condicionados pelo facto de aquele espaço ter até então sido utilizado com maior predominância para a equipa de enfermagem, pediam à psicóloga para lhes medir a tensão, verificar uma receita dada por um médico, acompanhar um curativo que as enfermeiras do projecto tinham realizado, etc. Só passadas três

semanas foi possível construir um espaço e um tempo onde a palavra e a comunicação livre eram as principais expectativas do encontro.

Esta construção de uma identidade profissional no terreno em dialéctica com os elementos da equipa e com os eixos do projecto é complementada pela construção de uma noção, manifestamente nova para muitos destes utentes: a existência de pessoas, de técnicos, inteiramente disponíveis “unicamente para conversar”. Desperta a curiosidade, incita à exploração de um novo “objecto”, período durante o qual os utentes exploram e testam o espaço, as minhas respostas, mas também as minhas acções. Quem somos? O que podemos fazer? Que peça constituímos neste puzzle complicado e complexo onde se joga o nosso destino?

Num primeiro momento de contacto individual, a queixa física ou/e médica medeia a aproximação. Por trás desta introdução, encontrava-se quase sempre uma outra intenção: a de estabelecer um contacto humano, a de iniciar uma conversa, uma forma de captar a nossa atenção, de povoar aquele tempo e aquele espaço.

Com grande parte dos utentes era possível estabelecer a comunicação utilizando o francês ou o inglês como língua alternativa. Existiram no entanto casos, em que a presença de um intérprete teria sido essencial para um trabalho mais eficaz, e profundo. Nestes casos, os utentes recorrerem à ajuda de membros da família, ou colegas/amigos para realizar a tradução. É uma alternativa que permite ultrapassar alguns obstáculos, contudo esta opção pode trazer entraves na abordagem de assuntos mais íntimos/comprometedores ou penosos aos sujeitos.

T., que falava unicamente o dialecto do seu país de origem (entretanto realizara uma significativa evolução do português ao longo dos meses), queixava-se recorrentemente dos barulhos que a sua barriga fazia (dizendo em português “a barriga fala”), sobretudo “de noite”. Alguns das nossas conversas eram traduzidas por outro utente, já com estatuto de refugiado que residia fora do CPR. Após várias tentativas de comunicação sem tradução, a questão da barriga foi novamente abordada: “a barriga fala”. Pergunto-lhe o que diz ela? Já anteriormente lhe tinha colocado a mesma pergunta mas sem sucesso devido à sua grande dificuldade, na época, em compreender o português. Tentei novamente. Desta vez a expressão dele manifesta um entendimento e rapidamente me responde, tentando me explicar no seu dialecto. Percebe-se que existe uma narrativa, mas é impossível compreender o conteúdo. E no entanto, ele tenta novamente, investindo imenso nessa explicação, tentando povoá-la com palavras portuguesas. Tendo em conta importância da compreensão do que ele expressava, sugeri que pedíssemos ajuda ao seu amigo. Muda de postura completamente, interditando-me de o fazer. “Não quero falar”, diz apesar da

importância em, finalmente, avançar sobre aquele assunto. “Não quero” diz muito assertivo e sério.

Fantasio se teria vergonha de partilhar uma representação demasiado íntima ou pertencente a uma teoria etiológica que impedisse a partilha com alguém afectivamente importante para T., entre outras. Nunca o soube. Contudo o seu sintoma foi uma presença constante, atravessando os vários meses do projecto e os diversos técnicos do projecto.

Ao chegar à Europa, neste caso a Portugal (como destino planeado ou como acidente de percurso) os requerentes de asilo concluem um dos seus primeiros objectivos: chegar são e salvo a um território onde se defendem os direitos do Homem e onde uma vida melhor é imaginada. É como se o espelho da Alice no País das Maravilhas tivesse sido transposto ao mesmo tempo que uma ruptura se impõe: ruptura com a família, com o país, mas também com o vivido e o sofrido que, naquele momento é sentido considerado (e desejado) como passado. Inicia-se então um processo de grande investimento no projecto presente e futuro: solicitar estatuto de refugiado, aprender português para poder trabalhar, dar as melhores provas de que a história é verdadeira e lutar para aprender, apreender e compreender o mundo que os rodeia. Mundo que é, numa fase inicial, obviamente caótico por possuir regras desconhecidas, palavras e frases misteriosas, silêncios e gestos imprevistos, acções e encontros invasivos. Mas o requerente de asilo vive-o como uma prova a superar (depois de tudo o que sacrificou este momento é “o fim e ao mesmo tempo o início de tudo”) por isso sabe que se deve manter erguido e mais uma vez lutar. Colabora, responde, aceita, revive experiências traumáticas frente a um Outro que não conhece. Espera, espera e muitas vezes desespera... e umas vezes entra no gabinete para poder falar de tudo isto e mais, para falar de coisas passadas.

Toda a intervenção clínica ou investigação intervém num determinado momento ontogénico, num determinado momento do percurso do sujeito e tal deve ser motivo de reflexão pois clarifica parte dos dados recolhidos. Ao intervirmos num centro de acolhimento para refugiados devemos ter consciência que o encontro ocorre em pleno momento de crise, ruptura e reajustamento.

Frequentemente são as questões de sobrevivência e de segurança, mais do que as dificuldades ou as experiências dolorosas vividas no passado que povoam a preocupação dos refugiados e requerentes de asilo.

Uma requerente de asilo, a quem fora dado estatuto de refugiada, apresentava durante várias semanas uma preocupação e algum pânico perante a tarefa da procura de casa. F., acompanhada por uma filha menor, perguntava-me em inglês fluente, de olhos bem abertos, como procurar casa, se não existem jornais à disposição, o dinheiro que recebe do

CPR não dá para comprar jornais, não fala o português, não conhece a cidade onde está, nem se pode facilmente orientar com os transportes por todas as razões anteriores. Era um elemento do CPR que lhe entregava alguns anúncios que ela deveria contactar. F., solicitava por vezes a quem estava na recepção que contactasse, senão fazia-o do seu telemóvel. Algumas vezes falei com os proprietários das casas para alugar tendo assistido situações em que lhe fora negado alojamento, quando as pessoas perguntavam a sua origem. Outras vezes, tentava dar-lhe o máximo de informações possíveis, escrevendo-as para que outra pessoa pudesse no dia seguinte dar continuidade ao mesmo contacto, já que eu não estaria presente. Ao mesmo tempo, F. tinha a pressão por parte do CPR para encontrar uma casa e assim vagar um espaço que seria necessário a outro requerente de asilo. Mais tarde, F. e a sua filha tinham abandonado as instalações do CPR, sem sabermos exactamente para onde foram.

Um factor dominante do trabalho de terreno clínico foi a forma como as temáticas sociais, relacionadas com questões práticas, administrativas dominaram muitos dos nossos encontros, sobrepondo-se a qualquer outra questão. Interroguei-me como nos podemos ocupar directamente do psíquico, sem ignorar estes “pedidos de ajuda” que não são nem um mecanismo de defesa, nem uma incapacidade em falar de sentimentos, de pensar sobre si ou de sonhar mas sim, o resultado de uma condição social verdadeiramente difícil e, por vezes desesperante.

U., entra no gabinete. Pede-me para medir a tensão, apesar de saber que não o posso fazer. “Como estás?” Dói-lhe a cabeça e a barriga. Quer-me dizer algo mas não conseguimos comunicar. Ele fala o dialecto do seu país e português até então com bastante dificuldade, sendo um dos casos que nem a ficha de registo foi possível de ser feita pela equipa de enfermagem. À primeira tentativa sem sucesso, ri-se e decide ir embora. “Porque te vais embora?” “Não consigo falar”, diz-me. “Senta-te, vá! Vamos tentar outra vez”. Ele ri-se. Insisto. Voltamos à questão anterior. Com diversas tentativas de comunicação, estratégias inventadas conta-me que tinha trabalhado num estaleiro de um hospital perto de Cascais a semana passada e foi despedido porque não fala português. Repete a palavra “encarregado” diversas vezes. Foi ele que lhe deu a notícia. O sentimento de injustiça e de indignação é manifesto. “Mas eu falo português!”, diz-me. “Pois falas, mesmo se ainda há pouco te querias ir embora” respondo-lhe. Diz-me que não lhe pagaram a semana de trabalho. Peço-lhe para me mostrar o contrato de trabalho. Pede-me que ligue ao patrão dele, para lhe devolver o dinheiro do passe que ele gastou para um mês. Diz que não vai a Cascais e que não o vai utilizar. Comprou-o para trabalhar, mas agora foi despedido. Explico-lhe que é pouco provável que consiga reaver o dinheiro do passe, e porquê. Traduzo-lhe as partes mais importantes do contrato, sobretudo as que tocavam nas

questões que ele tinha referido momentos antes. Ouvia-me muito calmo e absorvendo tudo o que lhe dizia. Pela primeira vez aquelas duas folhas faziam-lhe algum sentido. Faz-me perguntas sobre o contrato. Explico-lhe o que significa “mês de experiência” e um “contrato a termo indeterminado”. Insiste que sabe falar português e começa a dizer as palavras que conhecia “balde”, brincamos à volta da diferença entre “encarregado” e “carregar” (o balde). Ele ri-se. Apesar de tudo está divertido e demonstra uma capacidade em explorar. Insiste imenso na necessidade de aprender português. Passamos o resto do encontro a brincar com as palavras. Ele dizia-me nomes de instrumentos de obras em português, eu desenhava para confirmarmos se nos referíamos à mesma coisa. Um jogo bastante divertido, mas bem mais do que isso. Depois, inversamente quando ele já “não tinha mais palavras” eu desenhava outros instrumentos usados nas obras (alicate, carrinho de mão, etc.), ele reconhecia-os com grande prazer e repetia comigo a palavra correspondente. Escrevo as palavras ao lado dos desenhos, mas diz-me que não sabe ler nem escrever por isso não vale a pena. Digo-lhe que sim, porque as palavras também são desenhos que ele pode observar e a pouco e pouco poderá começar a reconhecê-las.

M., requerente de asilo, queixa-se de estar em quartos separados do seu marido enquanto as lágrimas a dominam. Não compreende, são uma família. Vivem momentos difíceis a nível de saúde física e encontra-se fragilizada psicologicamente e, o “essencial não é respeitado”. O seu marido, T. assume um papel de suporte, assumindo uma postura inquebrável, como se não pudesse ter o direito de chorar, de sofrer frente à esposa.

Rapidamente compreendi que, dada a falta da vertente social terreno o melhor apoio psicológico que poderia dar era oferecer-lhes uma resposta social. Nestes contextos o psicológico deve trabalhar com o social e institucional. De outra forma, cometeremos o erro já repetido diversas vezes de medicalizar e patologizar o que é do foro social e político, impedindo um desenvolvimento são, independente e adaptado ao país de acolhimento (Kleinman, 1977). A componente social que domina o presente é assim um elemento essencial, na prestação de cuidados de saúde, sobretudo quando se trata de saúde mental, ou de equilíbrio do indivíduo em sentido alargado.

E de resto essa é uma estratégia que deve ser respeitada, compreendida, utilizada e enriquecida de forma a desenvolver uma segurança básica necessária ao restante percurso (de vida, social, eventualmente terapêutico). Nestas circunstâncias a preocupação com tais questões não é um mecanismo de defesa patológico a ser desmascarado, mas sim uma estratégia adaptativa às exigências administrativas, culturais, sociais do momento. Os aspectos actuais da vida/vivência de cada um dos utentes do CPR são num primeiro momento tão ou mais importantes, quanto os processos traumáticos que o mesmo vivenciou no país de origem ou/e no percurso de viagem. Para alguns destes sujeitos viver

o presente e o futuro não é só uma necessidade real de adaptação mas também uma estratégia para manter uma atitude activa essencial durante os primeiros meses no país de acolhimento para lutarem pelo que lhe dará o sentimento de segurança básica e essencial (casa, emprego, etc.). Não nego a existência de um sentimento de perda que se encontra inevitavelmente subjacente mas, creio que na maioria dos casos só numa segunda fase será possível para o sujeito viver tal perda.

A abordagem psicológica pode ser *inútil* se as principais preocupações dos sujeitos estão relacionadas com questões sociais e económicas e se a estas não for efectivamente oferecida uma resposta (Boomstra & Kramen, 1997). Tratam-se de factores essenciais para a sobrevivência e portanto para a saúde mental. Summerfield (1999) defendem igualmente a necessidade de serem experienciadas respostas seguras, efectivas, eficazes, estáveis e a vivência de alguma coerência, como bases para desenvolver resiliência e manter uma disponibilidade mental para poder imaginar, sonhar, pensar-se.

Durante as primeiras intervenções, a observação participante fez-se no contexto de algumas consultas de enfermagem, onde também se encontrava a antropóloga do projecto. Foi possível verificar que a presença de mais do que um elemento técnico na mesma sala com o utente, desencadeava com alguma frequência movimentos opostos, com a personificação de diferentes tipos de relações, perspectivas e conflitos (profissionais, de perspectiva e de concepção do “sujeito em exílio”, entre outros).

Se a colaboração entre alguns elementos da equipa consegue naturalmente proporcionar um espaço de partilha, de co-construção e de eficácia junto dos utentes, outras tentativas de colaboração indiciam a necessidade essencial de uma base comum necessária (conceptual, metodológica, de atitude) antes e durante a intervenção de terreno, sobretudo em equipas interdisciplinares. Base essa construída durante um *processo* de encontro/desencontro, discussão, implicação, reflexão, formação (intra e inter) com base em modelos e ferramentas adaptadas à população e à problemática, onde se inscrevem e contribuem especificidades de cada um.

Sem esta preparação, o grupo torna-se ele próprio vulnerável porque à mercê das dinâmicas do encontro e da contra-transferência sem capacidade de as pensar ou de as elaborar de forma coerente.

No meu contacto com esta população, e ao tentar condicionar ao mínimo o conteúdo e a forma como os sujeitos se exprimem, todos os sujeitos me falam do “aqui e do agora”, me expõem problemas e preocupações muito concretas (ex) que constituem na realidade elementos ansiogénicos, já que em nenhum destes casos o sujeito tem um poder suficiente para que se considere seguro; ele é quase sempre dependente de algo ou de alguém

(instituição, circunstância pessoal, avaliações externas, mediadores, condições económicas) e quase nunca possuiu os instrumentos necessários para negociar (língua, meios económicos, estatuto de residente, habilitações reconhecidas pelos países). Assim sendo, mais importante do que explorar o trauma anterior à chegada, deixar o sujeito exprimir o que no momento o preocupa.

Converso com um requerente de asilo, a quem foi entretanto atribuído estatuto de refugiado. Diz, entre sorrisos que mascaram um verdadeiro tom de crítica que não compreende porque aqui não podem eles ser responsáveis pelas coisas deles. Porque lhes tiram tudo e os deixam ali, em espera, frente a uma televisão que passas as notícias dos massacres do país de onde vem. Dá-me o exemplo da roupa que utilizam no corpo: nem para a lavar são responsáveis. Parecemos umas crianças ou que estamos num hotel. Para ele era confuso aceitar qualquer uma das ideias, produzia uma não-sentido absurdo, estranho.

Converso com um jovem maior, S., a quem foi recusado o estatuto de refugiado. Pediu consequentemente recurso, mas entretanto foi obrigado a sair do CPR tendo estado noutra locais de acolhimento e agora na rua, segundo nos diz. É um jovem muito vivo e durante a sua estadia no CPR sempre pronto para prestar ajuda aos utentes que necessitavam, inclusive as crianças. Visualizei-o facilmente como técnico social pois parecia “dotado” e feliz, sempre com uma expressão de felicidade. Depois de ter deixado o CPR, regressava pontualmente para encontrar os amigos ou vir ao gabinete conversarmos. A sua expressão mudara radicalmente e em determinados momentos parecia hesitar entre um gesto ou outro, como se procurasse a “correcta” postura que representasse a depressão. Sempre me questioneei se era uma postura natural ou se, paralelamente, existia a preocupação em representar corporalmente o sofrimento que considerava necessário à condição de refugiado.

Encontro S., 28 anos, deitado no sofá, de lado, um pouco curvado sobre si próprio. A pessoa mais próxima ali no centro, um outro requerente de asilo originário do mesmo país, tinha-me explicado que tinha passado com ela toda a noite no hospital, no dia anterior à convocatória onde seria dada a resposta ao seu pedido de asilo. Ele não conseguia respirar. Faltou a este encontro, e foi marcado um outro para o dia seguinte. No momento em que o encontro, já tinha a resposta. Conversamos em francês. Sim, negativa. Sinto-o sobretudo cansado e triste. Nesse mesmo dia, um pouco mais tarde mostrou-me fotos da mulher dele, e das duas filhas. Disse-me que Portugal não aceitava pessoas originárias do seu país. Dez outros requerentes de asilo com a mesma origem tinham sido rejeitados. Se lhe acontecer o mesmo fugirá: irá até França onde pedirá uma “carte de séjour”, como ele diz. Em Espanha aceitam (ele já passou por lá) mas não quis pedir pois “dizem que sim,

mas passados três anos mandam-me para casa!” e o que ele deseja é conseguir trazer a família e ficar por “aqui” bem mais tempo.

Diz-me uma vez que “às vezes se esquece que existe” porque vive para “elas” (mulher e filha). A dúvida, a incerteza, a espera é extremamente difícil. Queixa-se do que poderia fazer durante este tempo de espera. Sonhamos em fazer uma horta no terreno em volta do Centro, organizar as actividades de forma a que, quem quisesse pudesse participar; vamos mais longe e imaginamos plantar ali umas sementes vindas do país dele (dias antes tínhamos conversado sobre os diversos tipos de arroz aromáticos que existem no seu país de origem, sobre a forma como Portugal não explorava os recursos que tem, sobre como ele se sentia bem neste país por causa da luz, do clima, da riqueza natural que o país tem). Termina a dizer que no entanto, “ali (CPR) é totalmente o contrario; temos um espaço imenso mas não podemos fazer nada. Tantas pessoas aqui e não fazemos nada. É inútil”. Habitado a ter um posto de chefia de responsabilidade e de disciplina, na carreira militar ele sente-se inútil. A espera é terrível. Um dia ao chegar ao centro cruzei-me com ele na rua, caminhava lenta mas assertivamente, olhava o chão e reflectia absorto com as sobranceiras franzidas. Dir-se-ia indignado. Quando me vê olha-me calmamente e desenha um leve sorriso. Demasiadamente calmo. Vai ao supermercado, esta manhã. Fá-lo como um exercício, tenho impressão, forma de se manter ocupado. Anda calma e assertivamente por um lado, para prolongar o tempo da actividade, por outro para introduzir uma disciplina e uma contenção necessárias a toda aquela experiência que o invade.

Apesar da curta duração do nosso projecto com alguma frequência ouvia e via nas suas faces, o desencantamento com Portugal. Esta falta de sentido é algo que provoca um estado tal de estranheza que não tem nome, como se estivessem colocados em suspense. Como se durante os meses de espera não fizessem parte das suas vidas, uma espécie de nevoeiro, onde a imagem de si se torna a pouco e pouco desfocada (o facto de não agirem, de não interagirem, de não marcarem o dia a dia com actividades ou a produção de algo provoca a pouco e pouco um esbatimento das fronteiras que constitui o ser). Pessoas habituadas a agirem, a fazerem, desde pessoas com profissões relacionadas com o primeiro sector a altos cargos. Assiste-se a pouco e pouco ao instalar de uma inércia (deitados no sofá, vêem televisão vários dias, erram pelas ruas de Lisboa sem no entanto ter algum objectivo) que, em alguns casos denuncia o instalar de um estado depressivo, agravado quando a resposta ao pedido de asilo é rejeitada e o utente sabe que na melhor das hipóteses deverá se manter nestas condições de espera e de *suspense*, pelo menos até ao resultado do recurso solicitado.

Um requerente de asilo a quem tinha sido rejeitado o estatuto de refugiado, aguarda agora o resultado do recurso. Caso este lhe seja negado ainda pode solicitar um segundo. Diz-me

que está farto de passar os dias sem fazer nada. Não sabe se vai aguentar. Vai aguardar resposta mas se for negativa não sabe se irá solicitar novamente. Já não sabe o que fazer. Tem vontade de dormir e só acordar daqui a 3 anos. Está farto de esperar, de ali estar. “É isto que aqui nos dão?” pergunta-me.

Por todas estas razões o “aqui e o agora” que quase sempre está associado a um momento de crise é de extrema importância no encontro com os utentes do centro. Contudo raros são os programas (de intervenção ou investigação) que se debruçam sobre o presente e as vivências actuais e as condições de acolhimento e as experiências ditas, traumáticas que o sujeito vivencia no país de acolhimento, de forma a dar resposta efectiva, social e de esclarecimento mas também de apoio psicológico se necessário. Esta parca atenção parece denunciar como nós, técnicos, políticos, partilhássemos a idealização destes exilados em relação ao país de acolhimento: uma vez que chegaram tudo será melhor, só pelo simples facto de estarem aqui. Sabemos contudo, que o sistema de acolhimento dos países europeus nestes contextos, podem reproduzir funcionamentos perversos. Silove e Steel (1998) salientam a importância de considerar o impacto dos factores pós-migratórios nos requerentes de asilo. O medo constante de ser reenviado ao país de origem, as constantes entrevistas com oficiais da imigração ou técnicos de saúde sobre questões de trauma, a separação da família, a pobreza, a discriminação em relação à saúde mental são factores relevantes e determinantes para o equilíbrio dos sujeitos. Num outro estudo (Sinnerbrink, Silove, Field, Steel & Manicavasagar, 1997) é salientado o desemprego ou os trabalhos precários, a solidão e o isolamento como factores com impacto claramente negativo na saúde mental. Acrescentaria ainda, a dependência, a infantilização e o vazio da espera, que se prolonga quase sempre por mais de dois meses no melhor dos casos, e que parece ser desvitalizante para estes sujeitos que necessitam de poder agir e criar para actualizarem a sua existência e capacidade de “ser” num momento em que todas estas questões essenciais são colocadas em questão.

As crianças ocupam em qualquer sociedade um lugar distinto, particular. Porque não pertencem ainda ao mundo dos adultos a elas estão sob a alçada de procedimentos culturais, transgeracionais e inter-relacionais específicos por parte dos adultos e da sociedade em geral. A *dependência* da criança/bebé em relação aos adultos e a sua *plasticidade psíquica (e física)* são, de forma muito sintética as suas principais especificidades. Sabemos que esta dependência, inicialmente biológica e afectiva é extremamente variável mais tarde consoante as sociedades, as culturas. Devereux (1968) demonstra por exemplo, que a forma como os adultos representam a criança, ou seja “(...) as ideias que eles têm sobre a natureza e o psiquismo da criança, determinam o seu comportamento em relação à mesma, o que por sua vez vai influenciar o seu

comportamento<sup>39</sup> (p.110). Assim, a imagem que criamos da criança é em grande parte cultural. Por outro lado, sabemos como os contextos de vida (guerra, morte dos pais, pobreza social, etc.) alteram as representações do conceito de criança e condicionam o seu comportamento, desenvolvimento, as exigências e mesmo o seu lugar na sociedade. No cruzamento destas, e de muitas outras esferas, o processo de exílio (ou de migração) provoca mudanças e readaptações no indivíduo e na sua história familiar. Esta mudança de universo implica, como vimos nos casos anteriores a perda, por vezes brutal de uma língua, de um sistema de referência, de um sistema de codificação das percepções, dos sentimentos e das representações (aculturação) provocando uma descontinuidade: um antes e um depois, como muitos sujeitos verbalizam. As antigas referências continuam a estruturar o pensamento mas tornam-se rígidas quando não partilhadas. As novas referências aglutinam-se por vezes de forma superficial. Construir uma língua, novas representações do mundo, uma história mestiça não se faz numa geração. É às crianças que esta tarefa é delegada. A criança mestiça, é por isso uma criança que se desenvolve entre dois (ou mais) mundos criando um terceiro (mestiço), por vezes entre o conflito ou sem que entre eles, os adultos (pais, amigos envolventes, a escola) tenham construído pontes que permitam sonhar, pensar, se representar em ambos os lugares; tarefa essencial para construir um novo espaço, marcado pela subjectividade e por uma mestiçagem que faz parte do sentido da vida do sujeito/criança migrante/exilada (Moro, 2002).

Este desenvolvimento particular e criativo, numa sociedade frequentemente monocultural, impondo exigências muito mais desafiadoras do que aquelas vividas pela maior parte das restantes crianças, implica uma profunda reflexão e atenção (sem no entanto sufocar o espaço destas crianças e da família!) por parte dos órgãos que acolhem num primeiro momento as famílias em exílio (ou migrantes), mas também por parte do sistema educativo e clínico de maneira a podermos criar respostas e métodos adaptados à necessária mestiçagem e a vivências de sofrimento particulares.

Recordo a experiência que um rapaz de 13 anos. Há cerca de 2 meses (aquando a realização dos exames de saúde em Portugal) foi informado que era portador do VIH. Ele e outra irmã ainda bebé são portadores deste vírus. Onde viviam anteriormente, era comum esta família manter o cabelo muito curto às crianças. Para tal usavam lâminas de barbear que eram reutilizadas. É a explicação que a irmã de F. me dá para explicar a presença desta doença no seio da sua família.

---

<sup>39</sup> T.A.

Proponho a observação dos desenhos (apresentados por ordem cronológica) realizados por F., uma menina de 10 anos, originária do Centro Oeste Africano, reinstalada no CPR com a sua família.



Figura 1, 2, 3, 4



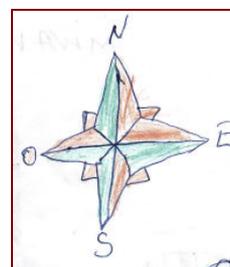
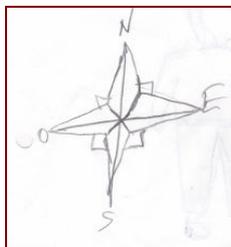
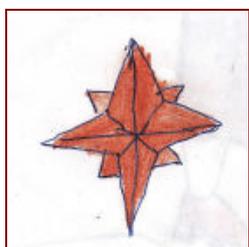
Figura 5



Figura 6

Pedia-me uma folha e desenhava. Algumas vezes pedia para ficar no gabinete comigo e ficava a desenhar. Eram quase sempre representações de meninas, a corpo inteiro,

primeiro sozinhas depois, por vezes, acompanhadas. Certamente uma representação de si e, posteriormente a possibilidade de representação da nossa relação. Contudo, o que me suscita atenção desde o início é a forma pouco vulgar como o olhar é desenhado e a recorrência deste sinal nos sucessivos desenhos. Dir-se-ia justamente que lhe é difícil ver o seu percurso futuro, à sua frente, pela necessidade que existe em olhar os dois mundos em simultâneo. Podemos imaginar as consequências deste desejo: ao olhar em direcções opostas em simultâneo, F. os seus movimentos ficam paralisados entre duas direcções e é-lhe impossível de perspectivar o que está à sua frente. Imagino também como o cérebro processaria tais informações vindas de lugares tão distintos e em simultâneo. Seria uma sobreposição de imagens caóticas, sobrepostas, entre dois mundos (ainda) não integrados? F., não gostou das poucas vezes que visitou a escola, dizia que a professora só falava português e que ela não compreendia nada. O mesmo se passa com os colegas. Contudo, ensinava-me a contar em swahili com todo o prazer e empenho, como uma verdadeira professora, soltando frequentemente gargalhadas perante as minhas hesitações e sotaque estranho (a sua mãe por sua vez lia durante horas livros de português que eu lhe oferecera, em voz semi-alta; outra vezes ria-se e corrigia-me quando eu lia um livro em swahili que lhe emprestara). A pouco e pouco, os olhares desenhados começaram a mudar, primeiro num movimento oposto (agora demasiado centrado sobre si) ao mesmo tempo que apareço também a olhá-la e, talvez falar tendo em conta a boca desenhada (Figura 5). Mais tarde, os mesmos olhos aparecem bem coordenados, mais tranquilos apesar de tristes, olhando em frente, olhando nos olhos quem a olha, mas também olhando o futuro e, imaginamos, cada um dos mundos, alternadamente, absorvendo um e outro (o mundo que a habita somente internamente – nas memórias e nas partilhas com a família - e o que agora a rodeia externamente e que um dia, também será seu). Um outro símbolo, frequentemente desenhado ao lado das suas “meninas” era uma “rosa-dos-ventos”, bem desenhada e detalhada. Pergunto-me o que representava para ela este objecto, quase sempre presente nos seus desenhos.



Um desejo de sentido, de orientação ou uma necessidade vinda do longo percurso que F. fez através de países e continentes.

Apresento seguidamente uma descrição resumida de quatro sucessivos encontros com um requerente de asilo que desejava um psicólogo para aliviar as suas dores de cabeça e evitar que ele se enervasse:

P., chegou a Lisboa de barco, vindo do Noroeste de África. Durante o nosso primeiro contacto, na sala de estar do CPR, P. fala-me sobretudo do seu passado. Conversamos em francês. Depois de me perguntar quem eu era e o que fazia no CPR apresentei-me como estando associada ao projecto de saúde enquanto psicóloga. Esta apresentação condicionou certamente o nosso primeiro assunto onde o D. refere que é uma pessoa que se enerva muito facilmente, sempre esboçando um sorriso.

Conta-me depois como foi difícil viver após a perda dos seus pais, aos 7 anos (e o seu tio pouco tempo depois), pois uma criança órfã no seu país, *«si on perd nous parents on n'est rien, on n'a rien ; nous sommes ce que sont nous parents et notre famille ; tout le monde nous meprise. Cest très difficile pour un enfant»*. Com orgulho, sublinha que nunca deixou de lutar e conseguiu estudar. Fez cursos técnicos, *« ce que c'est très difficile pour un orphelin »*. Durante o período em que era estudante e como durante cerca de 10 anos não encontrou trabalho, pertenceu a grupos políticos de libertação. Fala da pesca com paixão, onde trabalhou, apesar de descrever a dureza deste trabalho. Foi nessa altura que, ao sentir que era perseguido lutou para sair do país.

Nos nossos encontros seguintes, realizados no gabinete do CPR, diz-me que a irritabilidade dele tem a ver com o facto de ter perdido duas mulheres, de ser já velho e de ainda não ter conseguido fundar uma família, quando todos os seus amigos no país têm 3 e 4 filhos. A primeira mulher era uma prima dele, e quando ainda eram muito jovens, o tio ofereceu-a a ele. Preparavam tudo para se casarem, mas ela e a família depois decidem casar com outro rapaz. Porque será? Será porque perdi os meus pais, pergunta. Em África quando perdemos os pais as pessoas deixam de nos respeitar. Entendi como se perdessem a linhagem, a filiação, que o valor do jovem depende do estatuto e do respeito que os pais manifestam na sociedade. Ele demonstra sofrer muito com esta situação, e retorna ao assunto várias vezes. Actualmente, encontrar uma mulher para fundar uma família ocupa-lhe os pensamentos e a acção: passa horas na internet, escreve emails, responde a anúncios, mas todas as mulheres estão no seu país de origem. Tem um medo terrível de ser novamente rejeitado, dizendo que “isso seria a morte dele, uma bala na cabeça”. O seu discurso é dominado por um sentimento de impotência, de grande falha narcísica a mesma que alimenta os sentimentos de ciúmes, mas também toda a insegurança nas relações mais íntimas e a percepção de ser nulo. Um dia em que tive que me ausentar, ele conta-me que apanhou o comboio até ao centro da cidade e que foi para um *cyber café* procurar sites de psicologia com interpretações para o seu sentimento de

ciúme e diz, entusiasmado que tinha encontrado psicólogos que lhe disseram que os ciúmes eram uma doença que dominava as pessoas. Nesse mesmo dia, conversamos sobre a primeira mulher que o traiu, o pior momento que ele pode recordar: refere que o seu tio (pai da rapariga que o abandonou) o enfeitiçou e que desde então nunca mais conseguiu fundar uma família. “Foi qualquer coisa para me separar dela, que me separou de todas as mulheres”. Pergunto-lhe o que fariam no país dele nestes casos. Fala-me dos marabouts, dos djins e das suas acções, mas diz-me que no caso dele não podem fazer nada pois ele já não acredita que o que aconteceu possa ser desfeito. Além disso, P. rejeita tais teorias e deseja aderir completamente às soluções que lhe podem trazer as teorias da psicologia. Contudo algumas das causas para o seu estado actual são da ordem do cultural o que solicita um dispositivo clínico mestiço.

P. apresenta ao longo dos nossos encontros uma grande fragilidade narcísica, fruto de uma infância difícil e só, que promovia a posição de marginalidade no seu país. A rejeição da primeira noiva antecede outras: humilhações, abandonos, traições. No seu discurso ao longo dos nossos encontros, tenho a sensação de que ele ocupa uma posição de falhado constante da qual não pode sair; uma falha em ser capaz de se representar enquanto homem (diz várias vezes que deve ser feio, apesar de ter uma aparência bonita e sempre apresentável). P. refere o feitiço, aquando a primeira separação, como sendo a teoria etiológica que interpreta o seu insucesso, a causa da sua presença no mundo incompleta, como se não fosse um homem, pois nenhuma mulher o quer. Todas o rejeitam. Contudo, tal teoria não desencadeia procedimentos ou acções que permitam uma acção que possibilite restabelecer o equilíbrio, nem mesmo a utilização da mesma para construir um sentido ancorada na sua história de vida e reflexão presente. Ela é imediatamente rejeitada e substituída pela teoria da psicologia, recentemente adoptada. Uma questão surge frequentemente: qual o peso da rejeição do nosso país, caso o seu pedido de asilo não for aceite. Ele diz-me, balbuciando, como se fosse algo incomportável pelas palavras, pelo significado, pelo pensamento tão grande é o impacto:

“É a falha completa. Não consigo nem pensar... Não sei... Não sei.... Não consigo pensar”.

Vemos como seria importante para P. poder ser acompanhado de forma a elaborar estes sucessivos abandonos e humilhações, que segundo ele se relacionam com um momento muito longe da sua vida, com uma teoria específica que evoca o feitiço e a presença de seres invisíveis como os *djins*<sup>40</sup>. É necessário então um lugar para o individual mas também para o cultural. É justamente nesta filigrana que os sujeitos podem criar um discurso que tece ligações, significados e sentidos onde as rupturas existiam. É também através da conceptualização de teorias etiológicas que nos poderemos mover além das

---

<sup>40</sup> Djins: espécie de espíritos.

conceptualizações de dominante patológica (que dominam ainda a psicologia e a psiquiatria) que se impõe aos sujeitos contribuindo para uma uniformização da diversidade cultural e subjectiva.

Nos últimos 20 anos assistimos a um aumento do interesse em relação ao trauma, sobretudo nos trabalhos com refugiados e reinstalados (Ingleby, 2005). Diversos autores têm interpretado tais desenvolvimentos como uma mudança do discurso, no qual a percepção dos refugiados como vítimas de violência política foi gradualmente sobreposta a concepções de sofrimento com carácter médico (nomeadamente PTSD) (Young, 1995; Richters, 2001; Silove, 2005), tendo tal movimento sido alvo de diversas críticas (Fassin, 2005, Watters, 2007).

Este trabalho permitiu verificar que é urgente considerar os requerentes de asilo refugiados e reinstalados, na sua singularidade psíquica mas igualmente no seio da rede de relações sociais na qual se insere. A saúde mental e o equilíbrio do ser humano dependem, antes de mais de condições básicas como a segurança, o sentimento geral de coerência e constância, o sentimento de utilidade, a possibilidade de criar e de agir, ser reconhecido e valorizado pela sociedade (e não só pelo terapeuta) e de ser humano. É por isso essencial dedicar uma atenção redobrada às condições sociais desta população e promover respostas efectivas nesse sentido, tendo em conta as observações e as queixas dos sujeitos. A psicologia agindo sem esta parceria, cairá no erro de “psicologizar” acontecimentos e vivências que são da ordem do social, promovendo uma desvalorização psíquica, uma denegação da realidade, e camuflando a violência presente instituindo formas de redução da resistência desta população (Valluy, 2009).

Concomitantemente, a reflexão sobre os contextos social, institucional e político deverão ser incluídos (Rousseau, 2003) em projectos como este. Sublinha-se a necessidade de pensar a política também como uma fonte de sofrimento. Deve a clínica agitar a política, ao mesmo tempo que num movimento oposto e complementar, as implicações da política na clínica devem ser analisadas, já que povoam o espaço clínico e terapêutico.

Valluy (2009) sobre o acolhimento da população de requerentes de asilo, sublinha a necessidade de responder na proximidade social e profissional tendo em atenção na análise dos factos observados, o que ocorre a nível individual e local, mas também num nível mais abrangente. Ao mesmo tempo é essencial manter uma dúvida ideológica sistemática ao que nos é proposto a nível local, de forma a gerar uma crítica lúcida, adaptada às realidades da população em questão e capaz de propor e sublinhar aspectos que vão ao encontro da integração, de uma solidariedade e humanização política e local donde, da potencialização da saúde mental e do bem-estar destes sujeitos.

Na clínica, penso que, da mesma forma que a teoria transcultural é um modelo aberto à formulação de teorias etiológicas que incluem *djins* e à inclusão de outras manifestações da ordem do “invisível”, também as instituições, os questionários sobre trauma e tortura, os mecanismos sociais de alienação deverão poder integrar o terreno terapêutico se o sujeito os desejar evocar, seja como manifestações da ordem do “invisível”, mas sobretudo porque, como refere Feldman muitas vezes estão relacionados com experiências de sofrimento, ou seja, de traumatismo institucional e actual.

A constituição de uma equipa interdisciplinar formada e sensibilizada para contextos transculturais, que dependa de tempo na actualização e partilha das experiências, dos saberes e que realize reuniões de supervisão é uma condição imprescindível em contextos de trabalho como os descritos, sob pena de a médio e a longo prazo serem geradas situações pontuais ou crónicas que revertam contra os utentes e os próprios técnicos. É essencial (1) um trabalho de descentragem na prática clínica e em qualquer investigação que aborde questões humanas e transculturais, (2) uma sensibilização dos terapeutas/investigadores ao funcionamento do racismo, de forma a se poderem detectar mecanismos de exclusão (formas de racismo), (3) um trabalho de sensibilização aos pontos de vista etnocêntricos e (4) uma reflexão sobre os aspectos da contra-transferência cultural. Valluy (2009) salienta ainda a pertinência da criação de formas de organização profissional e modalidades extra-institucionais.

No encontro clínico e etnográfico são os modelos que privilegiam a participação do Outro e a construção e adaptação do dispositivo de intervenção/ investigação que devem ser privilegiados, no sentido de trilharmos um conhecimento mais justo, mais próximo da verdade humana mas também capaz de reflectir as sucessivas mudanças e reajustamento a que assistimos na nossa sociedade.

## Condicionantes da saúde das mulheres refugiadas

Dando cumprimento aos propostos iniciais do projecto, faremos a partir deste momento, uma apresentação mais pormenorizada dos grupos tidos inicialmente como prioritários. Ao longo destes capítulos, a observação participante em antropologia foi uma constante, permitindo-nos estabelecer um contacto semi-directo com as próprias narrativas dos utentes do nosso projecto através das descrições associadas a essa observação.

Como referido anteriormente, para poder prestar um serviço mais direccionado aos grupos que pelas suas características pessoais poderiam à partida demonstrar mais susceptibilidades no domínio da saúde pelos seus percursos de vida percorridos e que levaram ao pedido de asilo, seleccionaram-se inicialmente três categorias de sujeitos:

Sabendo que um dos grupos mais vulneráveis em contextos de guerra e violência são as mulheres, pretendíamos averiguar de que modo a sua saúde é condicionada pelo contexto sociocultural de proveniência, bem como verificar de que modo foi e é, afectada pelo conflito e violência localizados no passado, como também na necessidade de adaptação ao actual contexto sociocultural português.

São inúmeras as referências internacionais sobre os riscos corridos pelas mulheres imigrantes e em particular refugiadas. Por exemplo, na Assembleia-geral das Nações Unidas de 20 de Dezembro de 1993, elaborou-se uma Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, onde se define a violência contra a mulher do seguinte modo: “qualquer ato 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 arbitraria de liberdade, ocorrida em público ou na vida particular.”<sup>41</sup>

Em princípio, as mulheres migrantes ou refugiadas são frequentemente expostas à violência com mais gravidade do que os homens, por razões relacionadas com a desigualdade sexual no contexto dos processos migratórios, mas também a desigualdades existentes tanto nos seus países de origem como nos países de asilo. As mulheres

---

<sup>41</sup> Assembleia Geral das Nações Unidas, Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres, 20 de Dezembro, 1993, Genebra.

refugiadas encontram-se assim numa situação de dupla vulnerabilidade à violência – enquanto migrantes e refugiadas e enquanto mulheres<sup>42</sup>.

Também se verifica que nalguns casos em que as mulheres viajam com os seus companheiros, pode haver uma profunda inversão nos papéis atribuídos aos géneros por diferenças culturais entre os países de origem e os de asilo. Nos casos de contextos culturais 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 activa da mulher na sociedade; maior facilidade em encontrar trabalho; novas responsabilidades adquiridas na educação dos filhos...) pode por um lado proporcionar à mulher uma nova liberdade, mas ao mesmo tempo, acaba por ser alvo do stress e da frustração do seu companheiro do sexo masculino, para quem o papel que desempenhava enquanto marido e chefe de família, se alterou profundamente, uma vez que agora na condição de refugiados ou requerentes de asilo, também eles passaram a ser despossuídos de autoridade e de reconhecimento por parte da sociedade de asilo. Esta situação, chega a colocar em risco o seu papel sexual activo e a sua virilidade, resultando em maior agressividade e violência para com as suas companheiras.

Até ao momento, os profissionais de saúde em Portugal, não possuem formação específica para detectar as consequências da violência contra as mulheres refugiadas, mesmo quando estas se dirigem às consultas nos centros de saúde. Frequentemente escondida do olhar público, a violência interpessoal afecta um largo espectro de mulheres refugiadas.

Em contexto de conflito, as violações e a violência sexual são usadas como armas de guerra e a dependência económica e emocional em relação aos perpetradores. Isto tem implicações sérias na dinâmica dos abusos e nos modos de lidar com estes assuntos na sociedade de asilo, em particular no domínio da saúde física e mental.

São vários os exemplos de violência perpetrada contra as mulheres tanto nas zonas de guerra, como nas longas viagens de fuga e depois também nos campos de refugiados: violações, tráfico sexual, prostituição forçada, exploração da força de trabalho, casamentos forçados, abortos forçados, humilhações sexuais, obrigação de interagir sexualmente com os perpetradores para assegurar a sobrevivência, ou obter alguns favores como protecção para si ou para os seus filhos. O ostracismo de que são vítimas perante a sua própria família por terem sido violadas, coloca-as também em sério risco de colapso físico e mental.

---

<sup>42</sup> In: Violence à l'égard des femmes migrantes et réfugiées: Rede euro-mediterrânica dos direitos do homem.

Segundo o artigo de Solvig Ekblad<sup>43</sup>, existem sérias consequências para a saúde das mulheres refugiadas: as mulheres que sobreviveram à violência interpessoal, podem demonstrar elevado grau de medo, depressão, ansiedade, abuso de substâncias (vulgarmente: álcool, tabaco, drogas), irregularidades hormonais (sangramento menstrual prolongado) e até tentativas de suicídio. A auto-percepção de uma saúde debilitada ou de um agravamento do estado de saúde é também comum. Os sintomas psicológicos incluem: falta de energia, medo, ansiedade, depressão, sentimento de impotência, apatia, disfunção cognitiva, insónia e somatização.

Ainda segundo Ekblad, as manifestações físicas podem estar relacionadas com o abuso sexual, e incluem várias manifestações de sofrimento nos órgãos reprodutivos, tais como: dor crónica na região pélvica, disfunção sexual, para além de outros tipos de dor. Os sintomas músculo-esqueléticos são também frequentes. Algumas mulheres manifestam sintomas de distorção de imagem corporal.

As mulheres refugiadas são por vezes as únicas responsáveis pela sobrevivência dos seus filhos, que delas dependem totalmente enquanto viajam e já posteriormente, no país de asilo. Este facto pode ter como consequência a dificuldade de lidar com os seus próprios sintomas e necessidades de saúde, pelo que acabam por se auto-relegar para um plano inferior, dedicando nenhuma atenção aos seus sofrimentos.

A necessidade de obter um trabalho no país de asilo, pode também funcionar como um mecanismo stressante devido aos modelos tradicionais de família de onde algumas delas provêm, tornando assim mais difícil a tarefa de manter a harmonia no seio do casal, ou de cuidar dos filhos simultaneamente ao desempenho de uma profissão.

Contudo, há que salientar que nem todas as mulheres refugiadas demonstram fragilidades ao nível da saúde física e mental, o que pressupõe a existência de mecanismos psicológicos e fortes motivações para a sobrevivência que lhes vai possibilitando o controlo sobre as suas vidas e o desejo de encontrarem caminhos mais seguros e estimulantes do que aqueles que deixaram para trás.

Quanto às mulheres escutadas no âmbito do nosso projecto, podemos afirmar que em termos demográficos, correspondem a apenas 20% dos casos atendidos no gabinete de saúde, equivalentes portanto a 11 mulheres. Destas, 5 vieram com os seus conjugues. Destes 5 casais, 3 deles têm filhos. Também se atenderam duas mães sozinhas com filhos.

Uma destas duas mães sozinhas não recorreu aos nossos serviços mais do que uma segunda vez (por necessidades de foro médico – dor no braço). Embora tivéssemos

---

<sup>43</sup> Ekblad, Solvig et al; (2007)

explicitado o propósito do nosso estudo, a verdade é que esta mãe não sentiu necessidade de falar connosco, declinando sempre a possibilidade de conversas mais relacionadas com a sua história pessoal.

O tempo é nestas questões um factor determinante, já que se torna necessário a habituação das pessoas à nossa presença e a percepção clara do nosso papel no CAR, juntando a isso a construção de uma relação baseada na confiança. Parece-nos que o tempo de terreno (5 meses) é claramente insuficiente para que as pessoas percebessem quais eram as nossas motivações.

No caso desta mãe a questão foi outra: no segundo mês de trabalho de terreno no CAR, esta mãe e o seu filho saíram do Centro, após lhes ter sido atribuído o subsídio de habitação da Santa Casa da Misericórdia. O facto de se encontrarem fora do CAR, embora não signifique a cessação dos atendimentos, implica certamente uma diminuição.

No caso da outra mãe sozinha, os nossos atendimentos revelaram-se-lhe como um “porto seguro”. Talvez por ter chegado ao CAR quando já nos encontrávamos no terreno, acrescentando o facto de a equipa técnica do CAR se encontrar no momento da chegada da utente em férias, fez com que a conjugação destes factores aproximasse muito esta utente dos nossos serviços.

Ela encontrava-se extremamente preocupada com a saúde da filha (que manifestava um problema dermatológico na cabeça, necessitando de consulta no Centro Saúde). Estava muito nervosa, pois não tinha podido falar com nenhum técnico do CAR (por se encontrarem ausentes) de modo a conseguir o documento de que necessitava para aceder ao Centro de Saúde para observação da filha.

Para além da preocupação subjacente à sua condição no Centro, à novidade que toda a situação representa e o facto de não poder fazer nada para minimizar o problema da filha aumentou exponencialmente a sua ansiedade e fragilidade emotiva.

De acordo com os dados analisados em SPSS, podemos afirmar que as referências a um agravamento de saúde já em Portugal, são feitas maioritariamente por mulheres. As duas raparigas com idades inferiores a 18 anos, manifestaram inclusive uma boa saúde no país de origem e um agravamento do estado de saúde já em Portugal.

Tabela 3 – Saúde das mulheres

Idade	Sintomas	História Clínica (mal-estares)	Situação de violência
16	Dor de cabeça, tonturas e dores musculares	--	Não
18	Insónias	Gastrointestinais	Sim
24	Dor de cabeça, dores musculares e alterações menstruais	--	Sim
25	Dores de estômago, falta de energia e dores musculares	Tracto urinário	Não
26	Alterações menstruais	--	Não
30	Dor de cabeça, insónias, falta de energia, dores pélvicas, alterações menstruais e perdas de sangue	Metabólicas	--
30	Dor de cabeça, problemas cardíacos, insónias, falta de energia, ansiedade, sentimento de medo ou pânico, tonturas, dores musculares e alterações menstruais	Cardiovasculares	Sim
32	Alterações menstruais	--	--
33	Dor de cabeça, de estômago, insónias, falta de energia, ansiedade, dores pélvicas, alterações menstruais e perdas de sangue	Metabólicas e gastrointestinais	Não
34	Dores de estômago, dores pélvicas e alterações menstruais	Metabólicas e ginecológicas	Sim
47	--	Ginecológicas	Não

É também de referir que no atendimento às mulheres efectuado pelas enfermeiras da equipa, com o tempo e a confiança adquirida após o conhecimento mútuo e a percepção de que a consulta era confidencial e não tinha outro propósito para além de minorar o seu sofrimento ou angústia não só no campo da saúde mas também na facilitação dos primeiros contactos com a sociedade portuguesa, foi sendo caracterizado pela profundidade e intimidade nas relações.

Supomos que o facto de as mulheres terem sido acompanhadas na consulta por técnicas da equipa com as quais partilhavam o género, e que se demonstravam totalmente disponíveis para escutar as suas preocupações, garantindo a confidencialidade, potenciou o sentimento de confiança e com o tempo, a partilha das preocupações mais íntimas. Ainda segundo as enfermeiras do projecto, a abordagem das necessidades de saúde com base na vulnerabilidade feminina, fez com que aspectos relativos à sexualidade, nomeadamente as preocupações com o corpo (aspecto físico), com as alterações do ciclo menstrual e com práticas sexuais fossem expressos abertamente.

É de referir ainda a importância que os rituais religiosos adquiriam para o apaziguamento da ansiedade mencionada por algumas mulheres. Segundo um testemunho apresentado, a ida à igreja dava mais alento à rotina diária, para além de tornar viva a herança que trazia do seu país de origem.

Uma utente referia que apesar de ser protestante, em Portugal frequentava, através da irmã, uma igreja Pentecostal no Intendente, na qual se sentia muito bem. Mesmo quando estava numa outra cidade europeia, onde vivia antes de pedir asilo em Portugal, costumava ir todas as semanas a uma igreja, que ficava muito perto do local onde morava.

Tal como poderemos observar mais adiante, depreendemos que a crença numa religião e a prática dos rituais religiosos pode contribuir para a resiliência num contexto de adversidade.

Salienta-se também o facto de que para as mulheres com filhos, o atendimento a estes feitos pela equipa (necessidades inerentes à saúde das suas crianças, nomeadamente actualização das vacinas, quadros agudos de doenças dermatológicas, febres, entre outras), potenciava a relação e o diálogo com as suas famílias, em particular porque esta relação era facilitada por momentos lúdicos, através da disponibilização de papel e canetas para desenhos ou jogos. Em muitos casos o desenrolar da relação entre as mulheres e a nossa equipa do projecto, decorreu na sequência destas necessidades manifestadas pelas crianças.



### **O caso de A.**

A., é mãe de três crianças, R., D. e K. Chegaram a Portugal com o marido, vindos da Europa Oriental, onde, segundo A., *“estávamos num campo de refugiados, onde éramos maltratados. (...) eles [checos] não gostam de russos, nem de polacos e muito menos de africanos”*.

O que a levou ao Gabinete foi a preocupação que sentia em relação ao seu filho mais velho que se queixava de muitas dores de cabeça. O facto de usar óculos, e o facto de não fazer um exame oftalmológico há mais de 3 anos, poderiam eventualmente ser as razões que justificariam as intensas dores. Após a consulta de enfermagem, foi feito um encaminhamento para o Centro de Saúde para a marcação de consulta de especialidade de oftalmologia. Em comparação com as experiências de saúde tidas no outro país de asilo, a utente refere que os médicos em Portugal são bons, explicando que na Europa Oriental *“não é que os médicos sejam maus, os europeus orientais é que são maus”*. A

requerente de asilo encontrava-se muito nervosa aquando da consulta, justificada em parte pela má experiência que havia tido com os serviços médicos do primeiro país onde havia requerido asilo.

No final da consulta já se encontrava mais calma, e agradada pelo facto de se ter marcado uma consulta médica especializada, designadamente na área da oftalmologia.

A circunstância de este acompanhamento ter sido realizado pela técnica de projecto (antropóloga), que procedeu à tradução entre os requerentes de asilo e o Centro Saúde Bobadela foi também apontado por ambos (requerentes e médica) como uma mais-valia, pois permitiu uma maior comunicação e celeridade no que respeita os cuidados de saúde a ser prestados a esta população.

Essencialmente por causa das crianças, esta mulher passou a frequentar o gabinete frequentemente, revelando problemas relativos a si mesma e à sua saúde: referiu ter feito uma operação no seguimento de um aborto espontâneo, referiu estar em menopausa há um ano e meio e após algumas consultas, com a criação de uma maior intimidade, falou-nos também de problemas de foro sexual (como a ausência de libido).

Depreendemos que a simples existência de um espaço com pessoas que se encontram disponíveis para ouvir os utentes, representa um benefício para o seu bem-estar. Casos em que requerentes de asilo entram no gabinete sem qualquer motivo aparente e ficavam simplesmente para conversar sobre as suas curiosidades ou preocupações tornaram-se extremamente recorrentes.

O seguinte caso ilustra esta disponibilidade: a utente entrou e permaneceu no Gabinete, mas em silêncio.

A requerente de asilo manteve-se cabisbaixa e sem proferir quaisquer palavras. A técnica optou também por respeitar esse silêncio. Passado algum tempo falou, referindo uma preocupação: uma utente que chegou depois dela, já tinha obtido a desejada Autorização de Residência por Razões Humanitárias e ela ainda não a possuía o que a deixava ainda mais preocupada.

Verifica-se que muitos utentes vêem no Gabinete um espaço em que não se trata apenas as questões de saúde. Um lugar onde podem entrar e, com tempo, falar dos seus problemas, ou simplesmente usar o direito de permanecer em silêncio, sabendo porém que serão respeitados pelas suas opções, sem a pressão de horários ou de números de atendimentos cumpridos.

## O caso de R.

R. saiu da região do Corno de África<sup>44</sup> para o Nordeste de África acompanhado de uma tia. Quando em 2008 as relações entre a Corno de África e a Nordeste de África agudizaram, as populações do Corno de África começaram a sofrer represálias, sendo o objectivo governamental a sua expulsão do país. Teve problemas de saúde no Nordeste de África, onde teve que ser operada em Junho de 2008.

A requerente de asilo encontrava-se desde Fevereiro sem acompanhamento médico. Enquanto esteve retida no Aeroporto de Lisboa (cerca de uma semana) teve acesso a cuidados médicos, mas quando chegou ao CAR também não pôde aceder de imediato ao SNS pois as técnicas do CAR estavam em período de férias. Como consequência, a utente não tinha o documento para inscrição no Centro de Saúde.

Após ter sido observada pelas enfermeiras do nosso projecto, foi encaminhada para as urgências do Hospital Curry Cabral (hospital de referência da zona do CAR).

No hospital a tradução foi assegurada pela técnica do projecto (antropóloga), uma vez que nem os funcionários nem a equipa médica falavam inglês. A requerente de asilo encontrava-se muito nervosa pelo facto do hospital ser muito grande e pela impossibilidade de comunicar em inglês. Numa das conversas encetadas no âmbito da espera em ambiente hospitalar, a utente acabou por falar sobre os casamentos no seu país de origem exprimindo o desejo de um dia vir a casar, mas sem a grandeza dos casamentos “da sua terra”.

Neste contacto apercebemo-nos de que a “sua terra” já foi deixada algum tempo antes de iniciar a viagem para este destino enquanto refugiada. A requerente havia vivido noutro país do Corno de África, que não o seu de origem, e foi a partir deste que iniciou a sua viagem para requerimento de asilo.

Existem claramente barreiras na procura de ajuda terapêutica por parte das mulheres, no que diz respeito à procura de consulta nos Centros de Saúde ou hospitais. As barreiras mais evidentes prendem-se, como não podia deixar de ser, com aspectos linguísticos, uma vez que raramente os médicos dominam os idiomas próprios dos contextos geográficos de proveniência dos refugiados. O francês ou inglês, quando usados por estes, são línguas veiculares aprendidas na sequência da história colonial, não garantindo um perfeito domínio linguístico.

---

<sup>44</sup> Optamos pela referência a “Corno de África” e “Nordeste de África” com o intuito de respeitar o anonimato dos utentes do projecto que, pelo seu reduzido número, poderiam ser facilmente identificados pelo país de origem específico.

Ainda assim é necessário referir que, nem todos os médicos se sentiam preparados para fazer a consulta nestes idiomas. Salientamos também neste caso, a importância que teve a participação da antropóloga do projecto, que possibilitou a mediação linguística e cultural em diferentes idiomas e que por conseguinte permitiu – tanto às enfermeiras do projecto como aos profissionais de saúde do SNS e clínicas privadas de especialidade – a tradução linguística e cultural dos sintomas manifestados pelos utentes do projecto.

Para além das barreiras linguísticas existem outras barreiras que – no caso das mulheres – limitam a procura de apoio na saúde e que estão relacionadas com o contexto cultural e que podem incluir isolamento social, convicções sobre saúde, doença e corpo configuradas em grande parte por perspectivas holísticas do mundo, convicções sobre o papel da mulher no contexto da família e da sociedade, obrigação de lealdade ao marido, vergonha relacionada com a experiência de abusos sexuais prévios, falta de recursos de saúde identificáveis culturalmente (são referidos alguns casos em que a opção na procura de saúde no contexto de origem, era feita através da consulta de marabus<sup>45</sup>), preocupação pela separação da família e pelos perigos passados durante a viagem, estigma cultural e ainda, trauma provocado pelas experiências passadas nos contextos de guerra, durante a viagem e no presente, no país de asilo.

O receio quanto à sua situação de requerente de asilo, o medo de serem deportadas ou de serem estigmatizadas pelo facto de manifestarem fragilidades na saúde, e ainda a desconfiança relativa às instituições da sociedade de asilo (sobre as quais não conhecem o funcionamento, nem as leis que regem em Portugal, o acesso à saúde, sentindo-se assim em risco de serem estigmatizadas ou deportadas), faz com que tendam a encobrir os sintomas.

Algumas mulheres que foram vítimas de abusos, também podem recear contar a sua história pelo facto de suporem que as instituições (polícia de fronteira, por exemplo) não vão acreditar na sua narrativa de violência, acabando por as humilhar. Salientamos pois, a dificuldade e o risco de aplicação de questionários que incluam questões manifestamente difíceis de responder (e lembrar), pelo que somos impelidos a elaborar uma auto-reflexão sobre a abordagem destas questões tão sensíveis. Como refere a psicóloga (membro da equipa do projecto):

*“Coloca-se assim a questão da pertinência humana (para o equilíbrio do sujeito) mas também científica (fiabilidade e validade) de tais avaliações psicológicas, quando (1) a nossa intervenção se dá num momento de transição ruptura, durante o qual os reajustamentos psíquicos e sociais dos sujeitos estão em constante movimento no sentido*

---

<sup>45</sup> Marabús: curandeiros; médicos tradicionais.

*da busca de um equilíbrio e de um significado e quando é sabido que (2) estes mesmos sujeitos são já submetidos a diversos interrogatórios jurídicos e construídos em torno de noções como “trauma”, “violência” com a finalidade de ser ou não atribuído o estatuto de refugiado (Santinho, 2008).”*

A forma de contornar esta situação em projectos futuros, implica, de acordo com o observado pela mesma psicóloga: *“propor uma abordagem terapêutica adaptada às reais necessidades dos sujeitos e da população e obriga a que as premissas e as metodologias de investigação utilizadas permitam a expressão e participação livre do sujeito, sendo que tal só pode acontecer através de uma escuta completamente livre do que os mesmos nos desejam comunicar.*

*Como diria Watters (2001), tratam-se de vozes que necessitam de ser ouvidas para que os seus problemas possam ser representados de forma a serem operacionalizados no seio dos serviços sociais e de saúde. Contudo, a voz do refugiado é frequentemente inscrita num determinado contexto demasiado rígido que a formata. A voz é ouvida sobre o olhar do terapeuta ou do clínico que normalmente se dirige na exploração de acontecimentos traumáticos no passado (WHO, 1996). Sem uma oportunidade para articular as suas próprias experiências no seus termos (esta e outras populações) são frequentemente objectos de respostas institucionais influenciadas por estereótipos e pela homogeneização dos refugiados numa categoria patológica.”*

As migrações podem nalguns casos, contribuir para a transformação do papel das mulheres enquanto mães.

Se anteriormente as mães eram as responsáveis dos cuidados dados às crianças, mas faziam-no no contexto alargado onde também existiam outras mulheres (avós, tias, cunhadas, vizinhas e amigas), enquanto mulheres e refugiadas, têm que assumir essa tarefa sozinhas, tentando proteger-se a si próprias e aos seus filhos, o que pode causar uma enorme pressão e ansiedade.

### **O caso de S.**

S. estava muito preocupada por se encontrar num local desconhecido, com língua e costumes novos. A sua preocupação aumenta por causa da filha: haviam chegado 6 dias antes a Portugal e ainda não tinham podido ir ao médico para tratar do seu problema dermatológico.

Ao falar sobre a sua vida num país do Corno de África, referia o facto de ter deixado a filha com a sua mãe, enquanto procurava o marido (que tinha ido para a guerra e não havia

regressado...). Deu-nos a entender que para além de toda a nova situação, a própria relação entre mãe e filha era, de certa forma, também “nova”.



“duas mães”  
(desenho de C., 7 anos)

Num contexto de fuga e asilo, não só procuram a todo o custo, proteger a vida e a saúde dos seus filhos, como ainda sofrem a pressão cultural de por um lado, transmitir-lhes os valores tradicionais que consideram importante manter – rituais religiosos, prescrições alimentares - como pelo outro lado, sofrem a pressão por parte da sociedade de asilo de enviar os filhos para a escola, ensinar-lhes uma outra língua, outros códigos de referências socioculturais. Um outro problema relaciona-se com as abordagens religiosas.

De acordo com David Ingleby<sup>46</sup>, uma outra área causadora de potenciais dificuldades é a religião. *“As famílias que querem que os seus filhos cresçam como muçulmanos numa cultura que não islâmica deparam-se com grandes dificuldades. Por exemplo, muitas crianças acabam por viver o Natal pois é celebrado em larga escala à sua volta, denotando um sentido de esperança. Ao contrário do Eid, ou outra festividade islâmica, sobre as quais não se pensa muito, já que na escola ninguém as celebra.”*

São várias e muito complexas as razões que levam as mulheres a optar por silenciar os seus sofrimentos aos profissionais de saúde, o que pode ter como consequência, a ocultação propositada do seu mal-estar, e a perpetuação dos abusos no seio do contexto familiar.

No caso de uma utente em que não foi possível a comunicação directa, foi o seu marido que nos confirmou a breve história de vida. Antes de chegar a Portugal, a utente havia estado submetida a situações de violência extrema, o que poderia justificar o seu mal-estar

<sup>46</sup> *“Families that want to bring up their children as Muslims may have a lot of difficulty in a non-Islamic culture. For example, most children, very much enjoy Christmas because it is celebrated on a large scale around them and there is a lot of hope around celebrating it. However, they do not think much of Eid or any of the Islamic celebrations because at school or in their environment no one else may be celebrating it”*. In Ingleby, 2005

senão físico, pelo menos psíquico. Os funcionários do CAR, dizem que a utente não caminha, mas aparentemente está em bom estado físico, não tem vontade de caminhar, de sair do quarto e descer as escadas, tentando retomar a “normalidade” da vida no CAR.

No caso deste projecto, foi precisamente a relação de confiança estabelecida entre as técnicas do projecto e as requerentes de asilo, que foi conduzindo paulatinamente estas mulheres ao gabinete do projecto, onde faziam referência a sintomas e manifestações de sofrimento, e conseqüentemente, eram atendidas e acompanhadas por nós.

Sublinhamos o seguinte depoimento de uma das enfermeiras da equipa do projecto:

*“...trabalhar num contexto de vulnerabilidade implica um estar efectivo, mas também competências de saberes científicos e relacionais. Porque para muitos, somos o mais parecido com um amigo ou mesmo família, é fundamental o compromisso. A responsabilidade de ser referência de confiança e cumplicidade, requer confidencialidade. O outro sente quando pode confiar, quando damos o nosso melhor ... isso é o passo para a autenticidade do que somos aos olhos dos outros e da entrega das acções que realizamos.”*

Continuando a analisar os resultados dos inquéritos, quanto aos sintomas manifestados, sublinhamos que do total das 11 mulheres, 7 apresentavam vários sintomas, 2 queixavam-se de alterações menstruais, 1 queixava-se de insónias e apenas uma não apresentou nenhuns sintomas.

Fazendo a análise por sintomas mais recorrentes, temos: a) Queixas do foro ginecológico: Alterações menstruais: 7 casos; Dores pélvicas: 3 casos; Perdas de sangue: 2 casos. b) Outros sintomas: Dores de cabeça: 5 casos; Insónias: 4 casos; Falta de energia: 4 casos; Dores musculares: 4 casos.

Podemos portanto depreender que os mal-estares mais frequentes são: alterações menstruais, dores de cabeça, insónia, falta de energia e dores musculares. Também pode afirmar-se que do total das mulheres entrevistadas (n=11) a maioria (64%) apresentam vários sintomas.

Cabe aqui tecermos algumas considerações sobre a relevância dos sintomas apresentados aquando da aplicação dos questionários de enfermagem. De acordo com o artigo *Labirintos do Trauma* (Santinho, 2009), já anteriormente referenciado: “Os clínicos incorrem frequentemente no erro de considerar que os processos psicossomáticos são uma dimensão de qualquer doença, não lhes votando a devida atenção, como é o caso da maioria dos médicos entrevistados. Enquanto que a teoria psicossomática está preocupada com as causas da doença, a somatização foca a atenção na experiência e expressão da doença revelada pelo contexto cultural, social e político em que o paciente se encontra. A

somatização é pois definida como “a tendência de experienciar e comunicar um sofrimento somático e sintomas inexplicáveis através de descobertas patológicas, atribuindo-lhes doença física e procurando apoio médico através delas” (Kleinman, 1988, p 1359). Mais à frente refere-se ainda:

*“A relação entre a somatização e as doenças psiquiátricas ou as aflições psicossociais passam a ser mais uma questão empírica do que uma questão de definição do conceito, na medida em que dependem da história de vida e do próprio conceito cultural e individual de saúde e doença atribuído pela pessoa. A somatização mimetiza as doenças físicas, uma vez que a pessoa não produz o sintoma conscientemente. Quando as emoções fortes, como é o caso do trauma provocado pela tortura ou testemunha de actos violentos, não podem ser simbolicamente transformadas em linguagem verbal, tendem a ser “descarregadas” através de caminhos autonómicos, causando desordens fisiológicas, tantas vezes manifestas nas narrativas das histórias de trauma dos refugiados, como refere Lawrence Kirmayer (1991). Os sintomas mais comuns também referidos pelos refugiados entrevistados incluem: dores musculares, distúrbios gastrointestinais, sintomas cardiopulmonares, sintomas pseudoneurológicos, e distúrbios menstruais e sexuais.”*

Neste projecto, pretendíamos incorporar as noções associadas à importância das queixas e mal-estares, e a par disso, efectuar sempre que considerado necessário pela equipa de enfermagem, de acordo com as manifestações de mal-estar apresentadas pelos próprios utentes, efectuar rastreios médicos com o objectivo de despistar efectivamente algumas doenças.

Quanto à necessária descodificação dos mal-estares psicossomáticos, seria necessário efectivamente mais tempo de contacto com os utentes, para além da existência de uma equipa multidisciplinar mais alargada que pudesse trabalhar em profundidade a importância cultural associada à manifestação destes sintomas.

Do lado da avaliação clínica decorrente destas manifestações de sofrimento, pudemos efectivamente intervir aliviando nalguns casos os sintomas decorrentes das perturbações apresentadas. Depreendemos contudo a eventualidade de estes sintomas voltarem a surgir posteriormente, pois como temos manifestado ao longo deste projecto, é necessário muito mais do que a simples prescrição medicamentosa, quando o verdadeiro problema surge num espectro muito mais amplo de sofrimento mental e social, como a incerteza quanto ao modo de vida depois da saída do CAR, a ameaça do desemprego ou da escassez do subsídio social, ou a ausência de redes sociais de suporte. Seguramente serão conseguidos resultados mais positivos se o enfoque incidir não meramente na observação da doença do ponto de vista da patologia, mas na experiência da doença sentida pelo refugiado e analisada por equipas terapêuticas multidisciplinares.

## Direitos sexuais e reprodutivos

Ao longo da implementação do projecto no terreno, frequentemente deparámo-nos com perguntas que nos colocavam em particular os jovens (do sexo masculino), relacionadas com a vontade de conhecer outras raparigas. Foram também vários os casos em que alguns jovens entravam no gabinete com o objectivo específico de pedir preservativos.

De forma a tornar eficaz uma verdadeira prevenção no campo dos **direitos sexuais e reprodutivos**, algumas reflexões temáticas a par de **recomendações e medidas concretas** devem ser levadas a cabo, no campo da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST's), incluindo HIV-Sida:

- a) Disponibilização de preservativos: a disponibilização de preservativos aos residentes no CAR, deve ser assegurada de forma permanente, visível e gratuita, no gabinete do espaço de saúde (ou de outro espaço específico para esta função), de forma a garantir a privacidade de quem os procura. É importante que essa disponibilização seja acompanhada por alguns esclarecimentos sobre a forma de uso dos mesmos e de informação sobre a sua função específica. Neste domínio, os prestadores de cuidados de saúde deverão receber formação sobre prevenção das DST's<sup>47</sup> e HIV-Sida. Esta formação deve incluir os seguintes tópicos:
  - reconhecimento da doença e diagnóstico
  - tratamento com base nos sintomas observáveis
  - efeitos na saúde física e mental
  - importância da confidencialidade
  - educação e prevenção focada em pessoas ou grupos específicos
  - promoção do uso de preservativo, salvaguardando as sensibilidades culturais de cada um.

Como podemos ler no site do ACNUR, nomeadamente no documento: *Reproductive Health in Refugee Situations, An Inter-agency Field Manual*; © 1999 United Nations High Commissioner for Refugees, a saúde sexual é um direito que obviamente também se aplica aos refugiados e a todas as pessoas que vivem numa situação de asilo.

---

<sup>47</sup> DST's: Doenças Sexualmente Transmissíveis

Para exercer esse direito, estas pessoas devem ser integradas num contexto seguro com completo acesso a informação sobre cuidados e serviços de direitos sexuais e reprodutivos a partir dos quais possam exercer escolhas livres e informadas. Também se devem sentir seguras e confortáveis para discutir os seus problemas íntimos com os técnicos que providenciam esse serviço.

Os serviços de direitos sexuais e reprodutivos de qualidade, devem ser orientados especificamente para os refugiados, com especial referência às necessidades das mulheres, salvaguardando sempre os seus próprios valores éticos, culturais e religiosos, de modo que as suas escolhas individuais se baseiem em decisões livres.

A saúde reprodutiva cobre um largo espectro de serviços<sup>48</sup>:

- Aconselhamento e disponibilização de serviços sobre planeamento familiar;
- Formação e serviços sobre cuidados pré-natais, parto e cuidados pós-natais;
- Cuidados de saúde para a mãe e para a criança
- Prevenção e tratamento apropriado para a infertilidade
- Tratamento de infeções do aparelho reprodutivo e das doenças sexualmente transmissíveis
- Desencorajamento de práticas tradicionais nocivas, como por exemplo a Mutilação Genital Feminina.

Referimos ainda que nos apoios à saúde reprodutiva dos refugiados e requerentes de asilo, e tendo em conta que esta abordagem na saúde é fundamental não só para o seu bem-estar físico, mas também mental, é necessário ter como prioridade, uma intervenção culturalmente competente, o que significa que deverão sempre ser tomadas em consideração as experiências anteriores de cada pessoa no que concerne ao seu contexto cultural, linguístico, ético e religioso, sendo que também é pertinente dialogar com os contornos legais no país de asilo (por exemplo, no que diz respeito à Mutilação Genital Feminina, é necessário informar que esta prática está interdita em Portugal).

#### Situações de risco a ter em consideração:

- **Mutilação Genital Feminina**<sup>49</sup>: A MGF é tradicionalmente praticada em alguns países de proveniência dos refugiados. À que alertar contudo para o facto de que, durante a vigência

<sup>48</sup> Referidos no *Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD)*, Cairo, Egipto, Setembro de 1994

<sup>49</sup> Para mais aprofundada informação sobre esta matéria consultar: Publicação da APF de 2007 intitulada: "Por nascer Mulher: um outro lado dos direitos humanos"

do nosso projecto, essa situação nunca foi abordada nas consultas de enfermagem. Contudo, julgamos pertinente esclarecer alguns pontos relativamente a esta prática.

A MGF compreende uma série de procedimentos que envolvem excisão parcial (clitoridectomia) ou completa (excisão total) dos órgãos genitais externos da mulher (grandes e pequenos lábios). Esta prática está justificada tradicionalmente (não por razões religiosas) nos contextos étnicos onde se pratica originalmente, por uma série de rituais de passagem, mas que nos contextos de asilo, nomeadamente Portugal, por não se considerar uma prática terapêutica (entre outras razões), é claramente proibida por lei. Sobre esta matéria, julgamos pertinente uma formação adequada dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para a adequada prevenção e /ou identificação da mutilação (quando existe), em raparigas e mulheres no período pré-natal. Esta formação não terá somente em vista a identificação mas também a preparação dos futuros pais para a perigosidade deste ritual de corte (dor, hemorragias, trauma, transmissão de infecções e inclusive HIV-Sida), com o objectivo de dissuadir a continuação deste ritual nas futuras crianças que entretanto nascerem.

Mais uma vez, sublinha-se a importância de abordagem desta questão com os visados, de modo culturalmente sensível e competente. Não é aceitável uma intervenção nesta área com argumentos moralistas ou éticos, uma vez que nos contextos de origem das mulheres que foram anteriormente sujeitas a mutilação, existe uma forte tradição baseada na crença de que a MGF é necessária para salvaguardar a saúde da mulher, para manter a virgindade, de modo a ser aceite no seu contexto cultural e também para posteriormente poder casar.

Estes discursos profundamente interiorizados ao longo de gerações, não podem ser automaticamente dissuadidos pela imposição de valores terapêuticos ou éticos, sob a pena de afastar definitivamente da consulta obstétrica aqueles a quem se pretende orientar com novas propostas de protecção do corpo feminino. É por isso fundamental agir com total conhecimento e respeito pelo outro, através de um diálogo culturalmente competente.

Deverá também ser providenciado um cuidado particular durante a gravidez, o parto e o pós-parto, pois poderão surgir graves complicações para a mulher e para o bebé, na medida em que as cicatrizes rígidas formadas na vagina, poderão impedir o alargamento natural da mesma e o prolongamento do parto, colocando em risco a saúde da mãe e do bebé.

Para que a intervenção em saúde reprodutiva adquira eficácia, julgamos ser igualmente necessária a participação activa das mulheres e homens refugiados nos programas a desenvolver, através do incentivo à participação destes nas equipas técnicas. A partilha de

momentos como por exemplo a preparação para o parto, o momento do nascimento de uma criança e os momentos que se seguem, são factores de uma grande importância cultural que se revestem de rituais (*rituais de passagem*) que se transmitem de geração em geração e que reforçam a integração da criança na família e no mundo, bem como outorgam tanto à nova mãe como ao novo pai, uma série de prescrições sociais e rituais de integração que deverão ser cumpridos num contexto cosmogónico do mundo e que muitas vezes são interrompidas pelos percursos de refúgio e asilo, colocando em risco a saudável percepção mental daquilo que culturalmente deverá ser a ligação entre o recém-nascido e a sua longa cadeia de antepassados.

### A gravidez

A experiência da gravidez num país que não é o seu, representa um factor acrescido de ansiedade, nomeadamente quando se trata do nascimento de um primeiro filho. Ao longo do projecto pudemos acompanhar uma requerente de asilo grávida, que se encontrava já no último trimestre de gravidez quando chegou ao CAR.

### O caso de S.

Ao ter passado por dois países antes de chegar a Portugal, S. teve que permanecer dois dias num segundo país. Talvez pelas grandes diferenças climáticas sentidas (por se tratar de um país no qual fazia muito frio), deram-se os primeiros sintomas de problemas relacionados com a sua gravidez que, até aí, havia sido segundo a própria: *normal*.

Já tendo pedido asilo em Portugal, e uma vez chegada ao CAR, começou por constatar dificuldades de comunicação. Embora a utente não falasse perfeitamente inglês, foi estabelecida uma comunicação nessa língua, que embora não fosse total, reflectia o esforço de ambas as partes (utente e equipa do projecto) para que fosse o mais compreensível possível. A utente pretendia tirar dúvidas em relação ao parto, apresentando as seguintes questões: se teria parto normal ou cesariana, se o marido poderia estar presente, quantos dias teria que ficar no hospital, e no que consistia uma epidural...

A relação entre a utente e as técnicas foi aumentando com o tempo, e a confiança adquirida foi tal, que pediu o nosso acompanhamento durante o parto, invocando que seria muito importante para ela ter o nosso apoio (por existir uma identificação de género), por já ter estabelecido uma relação de confiança connosco e principalmente, por dominarmos a língua.

Desde as primeiras ecografias em Portugal, até ao momento do parto, bem como durante o puerpério, o gabinete médico e a equipa tornaram-se para esta utente uma referência e parte do seu quotidiano no CAR. Todas as consultas na MAC<sup>50</sup> foram por nós acompanhadas. Estas foram-nos muito úteis para a nossa compreensão do seu caso, já que como o tempo de espera era grande, foi-nos sendo possível entender várias questões que se revelavam importantes para esta utente.

A aprendizagem sobre o seu contexto geográfico e cultural de origem foi sendo realizada à medida que noções de família, de casamento e gravidez iam sendo reveladas: a gravidez que tinha sido iniciada no país de origem e partilhada com a família, a partida, o percurso até Portugal, as ilusões, as expectativas com o bebé, a amamentação, o dinheiro necessário para ter e criar uma criança, a apreensão sobre a futura nacionalidade da criança, foram algumas das muitas apreensões que conosco partilhou.

A sua situação alertou-nos para o facto de que uma intervenção em saúde culturalmente competente implica também necessariamente um caminho paralelo de aprendizagens mútuas.

Na MAC<sup>51</sup> houve boas e más experiências a nível de relação encetada entre paciente e médicos e / ou enfermeiros. Durante as várias Consultas (que se haviam de revelar de *Alto Risco*<sup>52</sup>), a utente foi acompanhada na realização de análises, exames de CTG, bem como na marcação de novas consultas.

No campo das boas experiências podemos aqui referenciar o encontro entre o casal e a assistente social da MAC para aferição da possibilidade da instituição oferecer uma parte do enxoval de bebé. Como a assistente social não falava muito bem inglês, uma tradução tornava-se imprescindível. A assistente foi muito sensível para questões de foro cultural, preocupando-se com questões de alimentação (se seria ou não vegetariana), para salvaguardar que no momento em que ela entrasse em trabalho de parto houvesse refeições adequadas.

Outro bom exemplo reflectiu-se numa situação na qual se verificou a existência de dois médicos (mulher e homem) no atendimento à utente. Após breves questões muito gerais, e antes de pedir que a utente se despirse para que a consultasse, a médica teve o cuidado de perguntar à utente se o facto de o colega (homem) estar presente seria constrangedor. A utente disse imediatamente que sim, tendo o médico saído do gabinete, ficando a utente mais descontraída.

---

<sup>50</sup> MAC: Maternidade Alfredo da Costa

<sup>52</sup> Devido às varizes muito proeminentes e ao risco que elas podem acarretar.

Ainda nesta Maternidade, ocorreram situações menos positivas, por exemplo quando as enfermeiras se referiam à utente: *“Não fala português? Mas está em Portugal! Tem que falar em português!”*. Esta situação denota mais uma vez a falta de sensibilidade para a situação de vulnerabilidade em que se encontrava a utente, que referiu a sua surpresa pelo facto de não ter havido um cuidado sobre o seu estado de saúde ou a manifestação de algum tipo de empatia: *“nem sequer uma pergunta sobre o meu estado de saúde, como me encontrava, um sorriso...”*.

“No âmbito das discussões sobre poluição e perigo, a questão da dieta alimentar é uma das mais importantes temáticas na área, na Índia e no Sri Lanka. Enquanto a dieta é um tema importante no norte da Índia e no Bangladesh, a ênfase é dada nas restrições alimentares pós-parto. Assim, nos cuidados a ter durante o parto verifica-se a importância concedida na manutenção e reforço da saúde da mãe e da criança através de uma dieta apropriada, para controlo da poluição”.<sup>53</sup>

Ainda aquando da permanência de S. Na maternidade, um dos motivos de conversa mais recorrentes era a apreensão pelo facto de terem sido informados no CAR que após o nascimento da criança teriam que deixar o Centro e procurar casa para viver. Esse facto colocava grande ansiedade no casal, pois no contexto cultural de origem, é obrigatório preservar-se a mãe e a criança, evitando as saídas à rua durante o período de quarenta dias.

*“Aos 41 dias é cortado o cabelo da bebé e são furadas as orelhas. Também é o dia que a mãe volta, pela primeira vez após o parto, ao templo. Dá-se uma colher com açúcar derretido à criança. Faz-se uma festa muito grande, que é muito importante, mas aqui não será a mesma coisa. O espaço e as pessoas que lá estão, ... não será a mesma coisa. (...) Aos seis meses faz-se a festa da comida do arroz, normalmente quando a criança até já tem um dente”*. Trata-se da primeira comida sólida do bebé, em que se come pela primeira vez a comida cozinhada em casa e não só leite materno, como até então. É uma forma de entrada na sociedade, selada com o consumo de arroz como primeira comida.

Um outro aspecto cultural importante é a atribuição do nome ao recém-nascido. O casal já tinha uma lista de nomes mas só quando a bebé nascesse, e quando houvesse a informação relativa ao dia, à hora, e ao minuto do nascimento é que são feitos os cálculos para aferir qual o nome mais auspicioso. Logo que se deu o nascimento, o pai ligou para o seu país, para que as avós tratassem da escolha do nome. Esta questão levantou uma

<sup>53</sup>*“In place of dominance of the discourse of pollution and danger, the most characteristic theme in south India and Sri Lanka is diet. While diet is an important theme in North India and Bangladesh, the emphasis is mostly on food restrictions, especially after birth. Thus, in handling childbirth, South Indian societies seem to be as much or more concerned with maintaining and strengthening the health of mother and child through appropriate diet as with “managing” pollution.”* in *The daughter of Hariti: childbirth and female healers in South and Southeast Asia*, (eds. Rozario, Samuel).

outra preocupação relacionada com o registo da criança, sendo que o casal preferia esperar pela decisão das avós, para dar cumprimento à tradição.

A tradição de nomear uma criança após a informação relativa ao local, à data e à hora exacta de nascimento é no hinduísmo de extrema consideração. Estes dados colectados numa *Janam Patra* (um documento *quase* sagrado) podem posteriormente ser usados pelos *Pandas* (astrólogos) para a preparação de um mapa astrológico de modo a prever o futuro da criança: o seu casamento, profissão, local de residência e tantas outras questões...

Um outro episódio chamou a nossa atenção: enquanto folheava uma revista S. deparou-se com a imagem de um bebé a tomar banho. Pareceu-lhe muito curiosa a forma como aqui se dava banho aos bebés. Mencionou que no seu país não era deste modo. O banho era dado sobre as pernas esticadas da mãe. Referiu que iria tentar fazer o mesmo cá em Portugal.

Para podermos falar de uma integração bem sucedida no campo da saúde física e mental, é necessário ter em conta a qualidade de comunicação entre todos os técnicos (não só especificamente no campo da saúde) que se relacionam com os refugiados.

É muito importante que todos – técnicos e refugiados – estejam em sintonia com os pormenores que configuram momentos tão importantes como o nascimento de uma criança, a escolha do nome e os rituais que acompanham tanto as crianças como os pais e a restante família, e os integram num contexto mais amplo da sua cultura e da sociedade. Quando não existe um diálogo que tenda à compreensão e aprendizagem sobre a importância destes momentos, coloca-se em causa a integração verdadeiramente saudável na sociedade de acolhimento.

## Condicionantes de saúde de menores e menores não acompanhados

*“As crianças refugiadas correm mais riscos que os adultos. Elas não compreendem o que lhes está a acontecer e muitas vezes não podem ser devidamente protegidas pelos seus pais, que também estão sob ameaça, sentindo-se vulneráveis e inseguros. Os menores não acompanhados, estão, no entanto, numa situação ainda mais precária: apenas contam consigo mesmos. Sendo muitas vezes forçados e explorados em relação ao tráfico, ao trabalho infantil ou recrutados à força para os conflitos.”<sup>54</sup>*

Um dos outros grupos considerados de grande vulnerabilidade é o dos *menores não acompanhados*.

Em Portugal, o número de menores requerentes de asilo, não é muito elevado. De acordo com uma notícia do site do CPR de 29 de Outubro de 2009, Portugal acolheu mais 3 crianças Iraquianas, no Centro de Acolhimento da Bobadela, juntando-se a outras 12 que já residiam há algum tempo naquelas instalações, num total de 18 menores. Ainda segundo esta notícia, além destas 12 crianças, residiam também à data mais seis menores desacompanhados, com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos.

Podemos ler no site do CPR a seguinte definição: *“Menores Separados (ou não acompanhados): Crianças com idade inferior a 18 anos de idade que se encontram fora do seu país de origem e separadas de ambos os progenitores ou de quem delas cuida habitualmente. O termo “separadas” é utilizado em vez de “não acompanhadas” porque aquele define melhor o problema fundamental que esses menores enfrentam, nomeadamente, não beneficiarem dos cuidados e da protecção dos seus pais ou de um tutor legal. Estas crianças têm direito à protecção internacional, podendo procurar protecção/asilo com receio de perseguição, devido a conflitos armados ou a distúrbios no seu país, por serem vítimas de tráfico para exploração sexual ou por terem fugido a condições de grave privação.*

A este grupo vulnerável, durante o acolhimento, procedimento legal e integração, devem assistir alguns princípios, nomeadamente o *“Princípio do Melhor Interesse”*, isto é: *todas as decisões relativas a crianças terão primeiramente em conta o interesse superior da criança,*

---

<sup>54</sup> *“Child refugees are more at risk than adults. They do not understand what is happening to them and often cannot be adequately protected by their parents, who are themselves under threat and feel vulnerable and insecure. The situation of unaccompanied minors is even more precarious: they are left entirely to their own devices. They are often forced into exploitive relationships (trafficking, child labour etc.), or forcefully recruited by the conflict parties”.*In: Gender, Conflict Transformation and the psychosocial approach – Toolkit; Publisher: Swiss Agency for Development and Cooperation; Federal Department of Foreign Affairs; Bern, 2006

e o “Princípio de Não Discriminação”. Não existem disposições especiais na Convenção de Genebra sobre o estatuto de refugiado de pessoas menores. Com efeito, a mesma definição de refugiado aplica-se a todos os indivíduos, independentemente da sua idade. Todavia, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) tem chamado a atenção para a situação especial que este grupo representa, nomeadamente para a importância de determinar o seu desenvolvimento mental e maturidade”.

Durante a vigência do nosso projecto, foram atendidos 4 menores não acompanhados (2 rapazes e 1 rapariga) e para além destes, ainda mais 3 menores, perfazendo um total de 7 (14% do total de atendimentos efectuados).

**Tabela 1 – Menores**

N	Sexo	Idade	Acompanhado por
1	M	14	Pai e mãe
1	M	16	Pai e mãe
1	M	16	Sozinho
1	F	16	Mãe
1	M	18	Sozinho
1	F	18	Sozinho
1	M	18	Sozinho

Existe tal como nos outros casos, uma possível diferença numérica entre o total de residentes no CAR e o total de atendimentos de saúde efectuados pela equipa do projecto.

Em primeiro lugar há que referir que nem todos os residentes tiveram conhecimento dos objectivos da nossa presença, além desse factor e entre os que nos conheciam, nem todos sentiam a necessidade, a pertinência, a legitimidade (da nossa equipa), ou o à-vontade para connosco partilharem as suas preocupações de saúde.

No caso dos adolescentes e crianças, um outro factor se torna relevante: as horas de atendimento da consulta de enfermagem, ou da presença da psicóloga e antropóloga, coincidia também com o horário escolar, pois alguns destes menores, devido à sua prolongada estadia no CAR, encontravam-se já a frequentar as escolas da localidade.

Ainda assim, o nosso objectivo prioritário consistia em saber de que forma o seu percurso de fuga e asilo teve implicações na sua saúde física e mental, afectando, ou não o seu desenvolvimento; quais as estratégias de sobrevivência num período de construção de identidade; qual a noção das categorizações de “menor” e “idade adulta” nos contextos geográficos de origem e claro, quais as suas principais carências ou necessidades de

saúde. Enfim, tentar apurar de que forma, é que a mudança radical e violenta do seu universo familiar e sociocultural ainda em construção, afectou ou não, a sua saúde.

Por definição (ACNUR e OIM), “menores não acompanhados” são crianças de idade inferior a 18 anos que foram separados de ambos os pais e não recebem protecção de um adulto que, por lei ou tradição, seria responsável por essa protecção. De acordo com as Nações Unidas, nos últimos 10 anos, mais de dois milhões de crianças e jovens têm sido mortos em conflitos armados. Contudo, algumas investigações sugerem que sobreviver a uma guerra e aos traumas devastadores que ela provoca, pode também trazer consequências sociais e psicológicas igualmente devastadoras.

Mais de 50% de refugiados, no mundo, têm idade inferior a 18 anos. Todavia, pouco se tem investigado sobre as suas particularidades, uma vez que, na maioria dos países europeus, são considerados pelas polícias e políticas de fronteira como se de adultos se tratasse, embora não seja esse o caso de Portugal.

Sabe-se, também, que os menores desacompanhados representam 3 a 5% da população de refugiados<sup>55</sup>. Grande parte deles desloca-se por razões relacionadas com conflitos armados, tráfico para exploração sexual, morte dos pais, fuga ao cumprimento de tradições religiosas ou culturais como a mutilação genital feminina, por exemplo, ou, nalguns casos, para conseguirem enviar algum dinheiro para a família que conseguiu sobreviver.

Constituem inegavelmente um grupo de maior vulnerabilidade, não só pelas razões afirmadas anteriormente, mas também porque os menores são os que correm maiores riscos, não só no local de origem, em que foram vítimas e testemunhas de enorme violência (muitos deles assistiram à morte e tortura de seus familiares e amigos), mas também foram vítimas de recrutamento militar forçado (neste contexto foram também por vezes, obrigadas a matar para sobreviver) e ainda de violências sexuais de todo o tipo.

No caso das raparigas menores, existe ainda uma agravante: De acordo com um relatório da Organização Internacional das Migrações apresentado em 2008<sup>56</sup>, as raparigas são particularmente vulneráveis à negligência e exploração. Muitas delas são vítimas de tráfico sexual, prostituição forçada, abandono, risco de gravidez involuntária e precoce e ainda de contraírem doenças venéreas ou HIV – sida. Por vezes acresce ainda o facto de se terem de tornar responsáveis pelos seus irmãos mais novos ou outras crianças.

---

<sup>55</sup> Dados do ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (2006)

<sup>56</sup> IOM – 2008, Report of the Secretary General, Protection and Assistance to Unaccompanied and Separated Refugee Children

Tabela 4 – Saúde dos menores

N	Sexo	Idade	Acompanhado por	Sintomas	Enfermidades
1	M	14	Pai e mãe	--	Dermatológicas
1	M	16	Pai e mãe	--	Oftalmológicas
1	M	16	Sozinho	--	--
1	F	16	Mãe	Dor de cabeça, tonturas, dores musculares	--
1	M	18	Sozinho	Sentimento de medo ou pânico	--
1	F	18	Sozinho	Insónias	Gastrointestinais
1	M	18	Sozinho	Dor de cabeça, de estômago, problemas da pele, falta de energia, ansiedade, sentimento de medo ou pânico	--

O atendimento dos menores com famílias foi efectuado, como já foi dito anteriormente, através de um contacto anterior com as mães desses menores. Um caso houve também em que um menor se dirigiu a nós espontaneamente, não nos tendo demonstrado que havia chegado com a família. De facto, não é porque vieram acompanhadas das suas famílias que lhes são garantidas todas as protecções devidas enquanto crianças. C., por exemplo, apesar de vir acompanhado de pai e mãe, não fazia uma alimentação adequada, comendo repetidamente “espaguete e ovo”, a maioria das vezes preparado por si mesmo ou com a ajuda de outros residentes do CAR (que acabam frequentemente por criar laços afectivos e de entreaajuda).

A noção de família é um conceito em construção podendo ser abalado de forma muito concreta e avassaladora perante a realidade da submissão a situações de violência extrema. Desta forma poder-se-ia justificar o mal-estar senão físico, pelo menos psíquico da mãe de C. que se mostrava incapacitada para assumir o papel de mãe enquanto protectora e cuidadora, entregando assim esse papel aos outros residentes do CAR que dentro das suas próprias limitações providenciavam algum apoio a este menor.

### Menores não acompanhados

No decurso do trabalho de campo do presente projecto atendemos quatro menores não acompanhados, três rapazes e 1 rapariga. Embora fosse um dos grupos-alvo, não foi possível uma aproximação contínua pois embora residissem no CAR, a maioria encontrava-se a realizar formações<sup>57</sup> fora do Centro, durante o dia. Os horários das

<sup>57</sup> Algumas vezes estas formações são concertadas por algumas entidades parceiras do CPR, como o Centro de Emprego e Formação Profissional.

formações não eram coincidentes com os horários da equipa, impossibilitando deste modo um acompanhamento ideal deste grupo alvo.

No CAR novas relações são forjadas, com a criação de afectividades e partilha. A não existência de uma estrutura familiar origina a criação de outros laços. Assim, quando algum amigo está a passar uma fase difícil, como por exemplo, um residente CAR a que lhe foi negado o processo de requerimento de asilo, o outro sofre também: B. referiu-se à situação do colega (cujo processo foi recusado) como “desumana”. Expressou assim o sentimento de injustiça, que partilha também, já que ele mesmo poderá vir a estar nessa situação. B. foi um menor não acompanhado, mas agora já completou os 18 anos...

A recusa de autorização de residências por razões humanitárias a residentes do CAR é sempre partilhada por um conjunto maior de pessoas, já que por vezes, se constroem relações muito fortes dentro do Centro, lugar onde a ausência de família acaba por ser substituída por relações de amizade e outras afinidades.

*“Estou quase a receber o dinheiro da Santa Casa, já ando a ver quartos, mas digo sempre ao senhorio que quero que um amigo venha viver comigo. Havia uma casa, que gostei muito mas tive que dizer não porque o senhor não queria lá outra pessoa comigo...”*

Os refugiados são frequentemente separados (ou perderam-se) dos membros da sua família, não tendo frequentemente a possibilidade de lamentarem a sua perda devido à urgente preocupação em sobreviverem. Uma vez em situação de asilo, necessitam de criar laços afectivos e emocionais que lhes devolva ainda que provisoriamente o sentimento de pertença, afinidade ou aliança.

B., entrou no gabinete dizendo que tinha necessidade de conversar. Depois de termos iniciado uma conversa sobre a experiência enquanto requerente de asilo, reportou-se ao passado, e ao momento da morte do seu pai. Referiu a impossibilidade de regresso a África, devido às memórias que tem do momento em que se deu a morte. Referiu ter muita dificuldade em dormir nos últimos tempos, em parte devido aos sonhos constantes que tem com esse momento. A visão do corpo do seu pai no chão, estava ainda muito presente. Insistia que se não tivesse visto o corpo podia regressar a África agora mesmo. Este retomar da ideia de um “regresso a África” mas que no fundo é um regresso impossível, estava relacionado com a possibilidade de um parecer negativo por parte do SEF (embora no caso deste utente o risco ser menor, já que quando chegou ao CAR era um menor não acompanhado...).

Relativamente às queixas mais frequentes, o pânico e a ansiedade são referidas constantemente, a par da dificuldade em dormir. Outra queixa frequente relacionava-se com os sintomas de dores de barriga. A dificuldade dos utentes em fazerem uma boa

alimentação pode ser um factor potenciador desse mal-estar, já que existe desconhecimento de muitos produtos alimentares utilizados em Portugal. O facto de muitos não saberem cozinhar poderá contribuir para uma desadequada confecção dos alimentos com consequências nocivas para o sistema digestivo.

#### “Menores”: na mente, no corpo ou no papel?!

Uma vez nos países de asilo, estas crianças e menores não acompanhados são frequentemente vítimas de políticas de asilo particularmente orientadas para os adultos, descurando-se – em particular no domínio da saúde – as características inerentes ao processo de crescimento gravemente interrompido por atentados aos direitos humanos.

No que diz respeito à determinação da idade biológica do requerente de asilo, no caso de existência de dúvida suscitada pela afirmação da idade por parte do menor e o seu aspecto físico, as autoridades portuguesas (SEF), solicitam ao Instituto Nacional de Medicina Legal, a utilização de testes destinados a estimar a idade dos menores, que consistem em efectuar Raios X à placa dentária, com o fim de avaliar o estágio de formação da raiz de determinados dentes, ou nalguns casos, também se procede à medição dos ossos do braço e antebraço.

Como em vários contextos europeus, surgiram vários procedimentos invasivos e desrespeitadores da dignidade dos menores, em particular por se tratar de pessoas já demasiado traumatizadas pelos seus percursos anteriores, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) estabeleceu a necessidade de utilização de técnicas que respeitem a dignidade humana, dando à criança o benefício da dúvida, caso exista uma indeterminação ou incerteza da idade.

A este respeito, parece-nos interessante referir que, ao considerar-se o conceito de juventude - grande parte das vezes determinado por questões culturais muito mais que por determinantes biológicos -, existe um paradoxo no que diz respeito aos jovens requerentes de asilo, entre a construção cultural de juventude e a obrigatoriedade jurídica de inscrição do corpo, num marco biológico confirmado, ou não, pelas políticas “tecnobiológicas” actuais. Nalguns casos, a aplicação das técnicas de avaliação da idade, pode alterar radicalmente a situação dos menores face ao Centro de Acolhimento de Refugiados onde se encontram.

Enquanto menores, são considerados da responsabilidade tutelar do CPR que deles se há-de encarregar até atingirem a maioridade. Mas, por outro lado, ficam impedidos de trabalhar por não possuírem a idade mínima legal para esse efeito. A partir do momento em que os informam que a idade biológica é superior a 17 anos, podem sair do Centro de

Acolhimento, uma vez que consideram que já podem encontrar trabalho que lhes garanta alguma independência<sup>58</sup>.

Num contexto de guerra ou de lugares onde existem atentados constantes aos direitos humanos, o conceito de juventude não se caracteriza como noutros contextos, como uma etapa de vida com privilégios próprios, normalmente associados a culturas em que os momentos de lazer ou ócio são constantes, ou até de uma certa atitude displicente, conotada com uma certa *“irresponsabilidade própria da juventude”*.

Os jovens requerentes de asilo, ainda antes do momento em que decidem abandonar o seu país, dificilmente poderão ser considerados como “jovens”, no sentido em que a categoria etária em que se encontram está subjugada a uma condição histórica, cultural e política que determina a sua “forçada” atitude perante a vida.

Estes jovens isolados, já num país desconhecido, com referentes culturais e linguísticos que desconhecem por completo, remetidos a uma instituição (Centro de Acolhimento de Refugiados), privados de um contexto familiar, de um grupo de idade a que pertenciam, ou de um contexto escolar que lhes haveria de garantir na maior parte dos casos a progressiva passagem para a vida adulta, dificilmente se poderão inserir na caracterização sociológica de “juventude”, empurrados que foram para um mundo de adultos violento, que, desde muito cedo, aprenderam a temer.

A sua socialização está, pois, sujeita à invenção de códigos de sobrevivência diferentes do contexto de onde fugiram, operando-se transformações identitárias fulcrais que irão permitir, ou não, uma possível integração na sociedade de asilo.

O frequente sentimento de “vida eterna” e sem limites que caracteriza a maior parte dos jovens das sociedades democráticas ocidentais, aprendendo, desde cedo, a associar a ideia de morte às gerações dos avós, reveste-se, nos jovens refugiados, de um sentimento avassalador de proximidade, vulnerabilidade e insegurança.

Pelas razões expostas anteriormente, torna-se ainda mais pertinente a acção desenvolvida pelos técnicos de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos e psiquiatras) que poderão contribuir com o seu conhecimento especializado para o melhor acompanhamento destes menores, contextualizando o seu sofrimento nas necessidades psicossociais por eles manifestadas para o seu devido enquadramento saudável na sociedade de asilo, atendendo a que foram quartados do seu desenvolvimento normal, num processo de crescimento e integração numa nova sociedade.

---

<sup>58</sup> A este respeito consultar: Santinho, Cristina 2009 *Reconstruindo Memórias: jovens refugiados em Portugal*; in: Revista Saúde e Sociedade, 582 Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.582-589, 2009.

Uma estratégia de saúde pública concertada entre os técnicos de saúde e outros técnicos de ciências sociais já com conhecimentos prévios na área da saúde dos refugiados, torna-se assim pertinente no acompanhamento destas crianças e jovens particularmente vulneráveis, através do desenvolvimento de metodologias apropriadas que desenvolvam objectivos adequados às necessidades de cada criança e também em parceria quer com o próprio centro de acolhimento (CAR), quer com o Centro de Saúde local, quer ainda com as escolas e outras associações de jovens.

Esta estratégia deve incluir também a nosso ver, a formação e o apoio de professores, encarregados da educação destes menores, em particular com aqueles que demonstrem ter problemas cognitivos e emocionais.

- a) **Direitos sexuais e reprodutivos dos jovens:** Crescer é sempre um enorme desafio para todas as crianças e jovens, porque é sempre o resultado de profundas alterações hormonais e psicológicas. Para os jovens refugiados o normal crescimento no seio do seu contexto familiar e social foi drasticamente interrompido por razões de conflito e / ou guerra, o que acarreta a assunção de novas responsabilidades em relação a si próprio ou em relação aos amigos ou familiares com quem fugiu e pediu asilo. A própria construção identitária (descoberta da sexualidade, as questões de género, referência de modelos parentais/ culturais/ sociais) é abalada na situação de refúgio. Assim, a transição para a idade adulta é feita de forma abrupta, pois podem ter sido expostos a processos traumáticos decorrentes dos conflitos armados, violência, perda de familiares, amigos e contexto comunitário, interrupção do processo escolar, abusos sexuais, para além de terem perdido os rituais de passagem que, nalguns contextos étnicos, marcam a integração numa outra classe de idade.

Todos os jovens têm necessidades específicas ao longo do seu crescimento. No caso dos jovens refugiados e apesar de evidentemente não podermos de todo considerar que constituem um grupo homogéneo, estas necessidades são ainda mais prementes, sublinhando-se a necessidade de acompanhamento e cuidados ao nível dos direitos sexuais e reprodutivos.

Salienta-se contudo o facto de pela sua própria condição etária, a adaptação aos novos contextos socioculturais ser mais facilitada que para os adultos. Os prestadores de cuidados de saúde devem ter em conta a normal sobre-identificação dos jovens com os seus pares, através da procura e reforço de laços com outros jovens do mesmo grupo etário, que frequentemente funciona como espaço de partilha e auto-ajuda espontânea. Os

prestadores de cuidados de saúde (em particular os de idade mais aproximada aos jovens com quem irão trabalhar), podem facilitar/ promover a constituição e participação em grupos de pares, proporcionando-lhes formação e assessoria para as questões dos direitos sexuais e reprodutivos e também saúde mental, pois é entre pares que a informação circula de forma mais célere e eficaz, em particular no que diz respeito aos temas da sexualidade e afectos.

Os eventuais comportamentos de risco associados nomeadamente ao HIV-Sida, no que diz respeito à sexualidade, deixam de ser controlados / sancionados numa situação de asilo, nomeadamente nos casos dos “menores não acompanhados” que não estão em presença de adultos que exercem orientação familiar o que pode eventualmente aumentar o risco de gravidez precoce (involuntária) entre adolescentes muito jovens, doenças sexualmente transmissíveis, violência, etc.

A pertença a grupos de pares facilita a passagem de informação sobre direitos sexuais e reprodutivos, particularmente se as sessões forem feitas de acordo com a implementação de projectos que vão de encontro às suas próprias vontades, sugestões, preocupações e timings.

Os prestadores de serviços de saúde, devem, como já foi profusamente referido ao longo deste relatório, ser formados em competência cultural para além de agirem preferencialmente através de parcerias com líderes comunitários (quando existem) reconhecidos por cada grupo de jovens, ou outros jovens refugiados que já tenham passado pelo mesmo processo de integração, salvaguardando a existência de confidencialidade e privacidade, ao longo de todo o processo de acompanhamento.

A abordagem aos direitos sexuais e reprodutivos deve, assim, ser feita num contexto mais vasto onde sejam também providenciados outro tipo de apoios de carácter social, cultural, formativo e profissional.

## Condicionantes da saúde dos refugiados “Reinstalados”

Sendo este um grupo de refugiados com características específicas em Portugal, pretendíamos averiguar de que modo é que a sua condição de saúde física e mental foi e é condicionada pela mudança de cenário geográfico provocado por contornos políticos e demográficos, que acabaram por alterar o seu projecto de vida num país de asilo alternativo.

De acordo com o documento produzido pelo CPR em Abril de 2009 e intitulado: “*Programa Nacional de Reinstalação: Reflexões sobre a sua operacionalização*”, os critérios para a reinstalação de refugiados, devem ter em conta “...os refugiados cuja vida, liberdade, segurança, saúde e outros direitos fundamentais se encontrem em risco no primeiro país de asilo”. Ainda segundo este documento, “...caberá ao ACNUR desempenhar um papel central na identificação e submissão, ao Ministério da Administração Interna (MAI), dos refugiados candidatos à reinstalação”, propondo-se ainda o CPR ser plenamente envolvido neste processo de planeamento.

Este último ponto é a nosso ver bastante pertinente, considerando que o CPR é o principal interlocutor entre os refugiados e a sociedade alargada, e que por conseguinte, se devem criar as condições de adequabilidade da realidade portuguesa (no que diz respeito por exemplo à dificuldade de encontrar trabalho, habitação, escolaridade) às expectativas por vezes desajustadas destes refugiados, o que pode agravar o seu estado de saúde, em particular, naqueles que foram vítimas de situações traumáticas ou de tortura.

Segundo pesquisa efectuada no site do CPR a reinstalação consiste na transferência de refugiados do seu país de asilo para um país terceiro, tendo este previamente acordado acolhê-los e conceder-lhes um estatuto formal, geralmente o de refugiado com uma residência permanente e a faculdade de aquisição da nacionalidade.

Em Portugal, são por enquanto, poucos os refugiados com o estatuto de reinstalados. Entretanto, Portugal para fazer face aos pedidos de reinstalação, previstos no artigo 27º da Lei nº 15/98, de 26 de Março, comprometeu-se a receber 30 reinstalados por ano, garantindo-lhes condições de acolhimento dignas. Esta quota está, por enquanto, longe de ser preenchida. Segundo os dados apresentados pelo SEF<sup>59</sup>, em termos de reinstalação e ao abrigo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 110/2007, de 12 de Julho, Portugal acolheu no ano de 2008, um total de 23 cidadãos; 6 nacionais da Eritreia, 5 nacionais do

<sup>59</sup> In: Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, SEF, 2008

Iraque e ainda 12 cidadãos da República Democrática do Congo. A todos eles foi reconhecido o estatuto de refugiado.

Ainda de acordo com outros dados fornecidos pelo CPR, em 2006, entraram em Portugal 17 refugiados reinstalados; em 2007, entraram 16 e em 2008, entraram 11, perfazendo um total de 44 pessoas ao longo destes 3 anos:

#### REINSTALAÇÃO EM PORTUGAL

Data de entrada em Portugal	Nacionalidade	Total	1º País de asilo
Janeiro de 2006	R.D. Congo	5	Marrocos
Janeiro de 2006	Costa do Marfim	5	Marrocos
Janeiro de 2006	Libéria	2	Marrocos
Agosto de 2006	Etiópia	1	Malta
Agosto de 2006	Eritreia	4	Malta
<b>Total 2006</b>		<b>17</b>	
Julho de 2007	Índia	4	Mauritânia
Dezembro 2007	Somália	10	Malta
Dezembro 2007	Eritreia	2	Malta
<b>Total 2007</b>		<b>16</b>	
Mai de 2008	Eritreia	6	Angola
Setembro 2008	Iraque	5	Síria
<b>Total 2008</b>		<b>11</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	
<b>2006-2007-2008</b>		<b>Pessoas</b>	

Segundo pesquisas efectuadas sobre a condição de saúde própria deste subgrupo tão heterogéneo, chegamos à conclusão que pouco ou nada está ainda apurado no que diz respeito às suas características específicas de saúde, uma vez chegados a Portugal.

Como todos os outros refugiados, sofrem sérios riscos de traumatização sequencial, uma vez que apesar de alguns deles já não residirem no país de origem que despoletou a primeira situação de violência física e mental, frequentemente vêem-se confrontados com o agravamento da sua situação de saúde física e mental o serem integrados já no 1º país de asilo, em campos de refugiados com péssimas condições de vida, sem saneamento básico, sem acesso estruturado à saúde, sem alimentação e habitação condigna e com graves problemas sociais inerentes ao facto de existirem disputas internas entre grupos étnicos rivais, e também tráfico de influências, assédio sexual, violações, entre muitos outros graves problemas.

Assim sendo, estes refugiados reinstalados são duplamente agredidos física e psicologicamente, tornando-se necessário dar uma particular atenção aos menores e

também às mulheres, principais vítimas dos abusos por vezes perpetrados no interior dos próprios campos de refugiados.

Esta situação de violência no contexto de um lugar que era suposto protegê-los e acolhê-los (campos de refugiados localizados nos primeiros países de asilo), cria graves situações psicológicas que torna ainda mais difícil a sua adaptação a um terceiro contexto de asilo, frequentemente numa sociedade com a qual não partilham a língua nem a cultura, o que os coloca numa posição de grande desorientação e vulnerabilidade.

Tendo como referência o documento publicado pelo CPR em Novembro de 2007 e intitulado: “*Programa Nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização*”, verificamos que esta instituição propõem-se dar uma especial atenção à reinstalação de refugiados em Portugal com necessidades médicas.

Segundo uma publicação do ACNUR intitulada “*Resettlement Handbook (2004)*”<sup>60</sup>, existem critérios específicos para a necessidade de reinstalação dos refugiados num segundo país de asilo. Estes critérios, de um modo geral referem-se à impossibilidade de receber no 1º país de asilo, o tratamento adequado à grave situação de saúde em que se encontram, o que torna evidente a necessidade de reinstalação num 2º país de asilo que assegure o acesso à saúde com garantias de receberem os cuidados adequados à sua situação. Os critérios mencionados pelo ACNUR, abrangem resumidamente as seguintes características:

- O estado de saúde dos refugiados é potencialmente mortal e não existe localmente a possibilidade de recorrerem a um tratamento adequado;
- O seu estado de saúde do doente, coloca-o em risco de perda de capacidades o que o impede de ser auto-suficiente;
- A evacuação médica temporária, não garante a sobrevivência e a recuperação da saúde do doente;
- A situação no 1º país de asilo é a principal causa do problema de saúde;
- O indivíduo manifestou expressamente a intenção de ser reinstalado.

Este documento, salienta ainda alguns aspectos relativamente à prioridade com que devem ser reinstalados:

- Quando existem problemas concretos de saúde resultantes directamente da perseguição, fuga e exílio;

---

<sup>60</sup> *Resettlement Handbook – Department of International Protection*, Geneva, November 2004; First Edition July 1997; United Nations High Commissioner for Refugees (disponível no site do UNHCR)

- Quando existem crianças, mulheres isoladas ou acompanhadas por crianças dependentes;
- Quando existem indivíduos deficientes e/ ou doentes (solteiros ou casados), sendo que estes devem ser acompanhados pela família, na reinstalação.

No que diz respeito à lei portuguesa<sup>61</sup>, salientamos o seguinte aspecto: efectivamente, os refugiados em Portugal têm assegurado o acesso ao SNS. Mas, de acordo com a nossa perspectiva, no caso de *refugiados reinstalados com necessidades médicas* especiais, esse acesso só se torna eficaz, se houver imediatamente (ou previamente) à chegada ao território nacional, o seu enquadramento na Segurança Social, a par de um relatório clínico, com especial referência à história de vida da pessoa, bem como a garantia de uma tradução cultural e linguística que permita a estes refugiados o entendimento e o conhecimento consentido relativamente aos tratamentos e procedimentos médicos a que vão ser sujeitos. Efectivamente, nenhum destes aspectos considerados fundamentais está ainda garantido, colocando em risco a sua sobrevivência saudável no contexto da nova sociedade de asilo.

No que respeita à **saúde mental** dos reinstalados, o apoio disponibilizado deve respeitar, a nosso ver, o mesmo tipo de apoio que se deve proporcionar a todos os outros refugiados. Isto significa que se devem constituir equipas multidisciplinares culturalmente sensíveis, compostas por psicólogos transculturais, psiquiatras transculturais, médicos, enfermeiros, antropólogos, animadores socioculturais e técnicos de serviço social. Idealmente, estes técnicos devem ser capacitados por uma formação adequada às características específicas de saúde dos refugiados e actuar a nível terapêutico de forma concertada.

Relativamente aos reinstalados com necessidades médicas específicas, a coordenação entre esta equipa de saúde e os profissionais do SNS é ainda mais pertinente, pois estes refugiados possuem necessidades urgentes de intervenção médica que os torna ainda mais vulneráveis, no sentido em que serão alvo de intervenção urgente de saúde (por exemplo: hemodiálise, entre outras possíveis terapêuticas), para a qual devem dar o seu consentimento esclarecido.

Salientamos ainda neste ponto o seguinte: a situação de reinstalação pode contribuir para o reaparecimento – nalguns casos – de algumas características comportamentais relacionadas com uma anterior situação traumática.

O **sentimento de culpa** relacionado com a incapacidade de garantir a segurança dos outros membros da família, pode revelar-se no enfraquecimento na capacidade de se

---

<sup>61</sup> Referimo-nos neste ponto à lei nº 27/2008, de 30 de Junho, que no artigo 73º, determina o seguinte: *Os beneficiários do estatuto de refugiado ou de protecção subsidiária e respectivos membros da família têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde, nas mesmas condições que os cidadãos nacionais*”.

cuidar a si próprio ou aos outros membros da família, ou inclusive, de procurar ajuda para si ou para a sua família.

A **falta de confiança** ou a dificuldade de se relacionar com outras pessoas, pode enfraquecer o relacionamento com os membros da família, pode afectar as relações no interior da comunidade ou do grupo de pessoas com as quais partilha o mesmo espaço e pode ainda dificultar o entendimento com agentes oficiais.

A **ansiedade, os flash-backs e a dificuldade de concentração**, podem interferir com a capacidade de aprendizagem de novas tarefas, nomeadamente a aprendizagem de um novo idioma, uma nova profissão, ou inclusivamente o aumento de ansiedade perante procedimentos médicos que desconhece.

Perante as características apresentadas, reforçamos a necessidade de intervir do ponto de vista da saúde com programas adequados e culturalmente competentes, às necessidades específicas dos refugiados reinstalados.

Chamamos ainda a atenção para um outro factor que pode determinar a necessidade de definir como um dos alvos prioritários para a reinstalação por necessidades médicas, os refugiados portadores de HIV-Sida. Acontece frequentemente que num contexto de 1º asilo, se estigmatizam os portadores desta patologia, por falta de conhecimento sobre a forma de contágio desta doença, resultando num risco agravado e numa estigmatização para os próprios. Torna-se portanto prioritário a nosso ver, encontrar num 2º país de asilo as condições médicas e terapêuticas conducentes ao controle desta doença e à sua não disseminação, com particular respeito para os direitos humanos, acesso assegurado ao acompanhamento médico, acesso ao uso de preservativos, informação e formação sobre a doença, e em simultâneo, o direito ao anonimato sobre a sua condição.

Alerta-se ainda para o facto de alguns refugiados com HIV, poderem ser crianças (rapazes ou raparigas) que contraíram esta doença por terem sido vítimas de violações o que vulnerabiliza ainda mais o seu estado de saúde tanto físico como mental. Neste caso, o acompanhamento da família e a informação sobre os riscos da doença e a necessidade de intervenção médica torna-se ainda mais pertinente, salvaguardando de novo, a necessidade de programar uma intervenção multidisciplinar e culturalmente sensível, de modo a que para os próprios não existam dúvidas sobre os contornos desta patologia e a maneira de a controlar.

Durante a vigência do nosso projecto, apenas tivemos conhecimento de duas famílias de reinstalados. Uma chegada no ano de 2008, uma família nuclear constituída por pai, mãe e três filhos (duas raparigas e um rapaz), que apesar de não terem respondido ao

questionário de enfermagem, usufruíram dos serviços do projecto em questão por duas vezes.

Numa primeira vez, a família de reinstalados veio à consulta de enfermagem pois a criança mais pequena do casal encontrava-se com muitas dores de ouvidos. Após uma verificação do bebé, foi feito o reencaminhamento para o Centro de Saúde da Bobadela, pelo facto de se necessitar de tratamento para possível infecção. Foi feito o acompanhamento do casal ao Centro de Saúde, prestando-se serviços como o de tradução entre o casal e o médico. O médico do Centro de Saúde falava muito pouco inglês, tornando-se assim difícil a comunicação entre estes. A mediação revelou-se importante na passagem de informação relativa ao estado de saúde da criança e à medicação a fazer.

Numa segunda vez, a família pretendia arranjar contactos para tradutores oficiais de língua árabe, para a tradução da certidão de nascimento da sua filha mais pequena. Nesse sentido, foi feito contacto com um professor de árabe da IINova (Instituto de Línguas da Universidade Nova de Lisboa), que forneceu o contacto da Câmara de Comércio e Indústria Árabe-Portuguesa. Foi então estabelecido o contacto com esta última instituição e confirmada a possibilidade de se fazer traduções desse tipo de documentos, bem como os horários e a morada. Embora já não estivesse a residir no CAR, esta família continuou a recorrer aos nossos serviços mesmo que não somente por questões de foro de saúde.

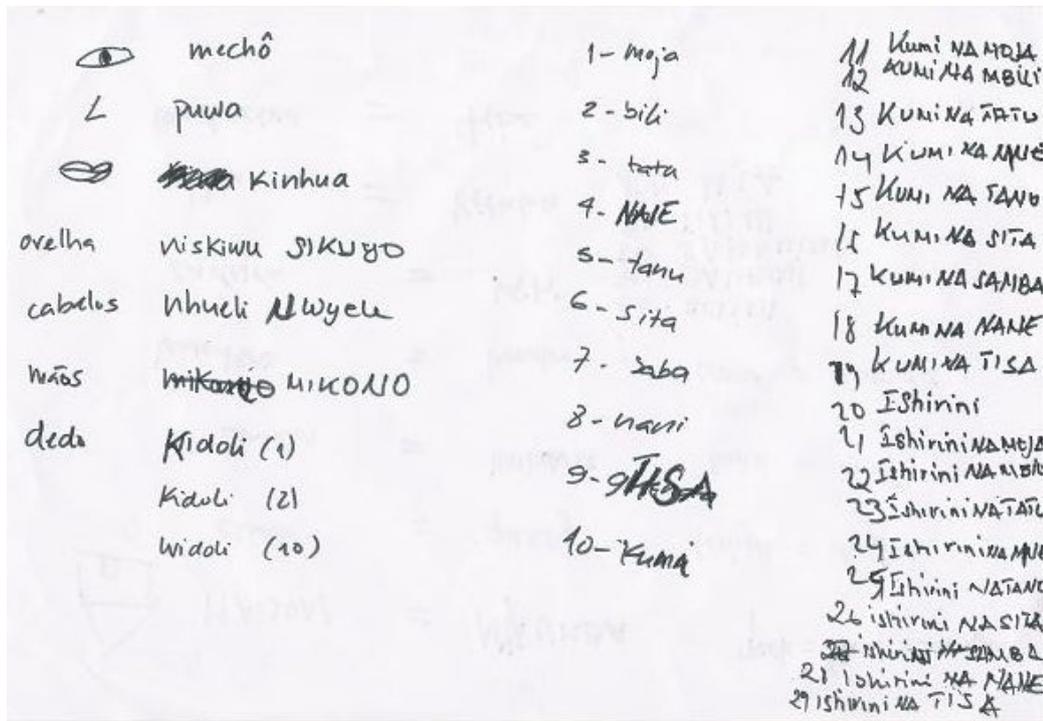
Outra família de reinstalados embora possa ser vista como constituída por várias famílias nucleares representa, pelo menos para os seus membros, uma mesma família (alargada). Tal como referimos anteriormente, a noção de família de alguns contextos culturais implica uma socialização que é realizada em conjunto, por exemplo na preparação dos alimentos e no cuidado e atenção entre os membros.

À medida que o tempo foi passando, notou-se uma maior tranquilidade nos membros da família de reinstalados, e um sentimento de abrigo que o CAR lhes proporcionou, a par de um reconhecimento da nossa equipa, embora ainda não percebessem a abrangência do nosso papel.

A interacção com a família foi-se fazendo por via da ajuda na realização dos trabalhos de casa das crianças, ou na simples construção de frases em português. As crianças da família de reinstalados aproximavam-se do nosso gabinete com curiosidade, vindo por exemplo perguntar o significado de algumas palavras em português. A partir de algumas palavras, foi-se desenvolvendo uma conversa baseada na troca de palavras em português e swahili.

Em vista à integração destas famílias na sociedade portuguesa, e uma vez que por serem reinstalados o seu estatuto de refugiados está garantido, bem como a sua permanência em

Portugal, tornava-se necessário um processo de aprendizagem em meio escolar o mais imediato possível. Tratava-se de crianças entre os 3 e os 13 anos de idade, que passavam os dias no CAR, rodeados maioritariamente de adultos. As aulas de português do CAR não se revelavam suficientes, uma vez que não garantiam desde logo a socialização com outras crianças do mesmo grupo etário.



Palavras e significados:: português / francês / swahili  
(M., 11 anos R., 13 anos)

A directora do CAR demonstrou num momento, a sua preocupação com o estado de saúde de um dos membros da família de reinstalados, nomeadamente no que diz respeito à toma de medicação. Ao que parece, o utente, um jovem de 13 anos, tinha-se recusado a tomar a medicação para um dos problemas que o afectava (infecção tuberculosa). Tratando-se de uma medicação bastante agressiva, mas que tinha que ser salvaguardada, falámos com o jovem no sentido de lhe explicar a importância da toma dessa medicação.

Relativamente a esta questão, chamamos de novo a atenção para a importância do acompanhamento personalizado e consentido pelo utente, de forma a tornar eficaz o tratamento.

## Condicionantes da saúde dos requerentes de asilo / homens

Embora o projecto tivesse como objectivo inicial a prestação de cuidados de saúde orientados preferencialmente para os grupos considerados mais vulneráveis (mulheres, menores não acompanhados e reinstalados), adaptámo-nos às necessidades de outros grupos residentes no CAR. Um desses grupos, curiosamente mais numeroso, era constituído por jovens africanos subsarianos, vindos da Mauritânia, Senegal, Guiné-Conacri entre outros países.

A maioria deles eram provenientes de contextos rurais, sem outro conhecimento linguístico para além da sua língua materna, (não dominavam o francês ou o inglês). Fugiam de situações políticas graves, em que assistiram a mortes e tortura de familiares e amigos próximos, tentando também encontrar em Portugal um local de acolhimento.

Mesmo não conhecendo nada sobre Portugal, referiam ser preferível este país a outros como Inglaterra, França e Bélgica, aos quais se referiam como países “*não bons para africanos*”<sup>62</sup>. Um utente contou-nos que quando era novo sonhava muitas vezes que estava num sítio entre o rio e o mar, onde via muitos peixes a nadar. Quando chegou ao CAR, e viu os peixes no lago do CAR, lembrou-se desses sonhos que costumava ter. A esperança, forjada talvez simbolicamente, de que Portugal possa ser “*bom para africanos*”.

No que concerne às questões de saúde, as queixas mais comuns eram as dores de cabeça, verificando-se também vários casos de hipertensão. Sendo bastante jovens, foi sinalizado como um factor preocupante para a equipa de enfermagem, que pedia um controle semanal, e quando necessário fazia encaminhamentos para o Centro de Saúde de modo a serem seguidos pelos médicos de clínica geral.

A percepção de saúde no país de origem e a relação que tinham com os serviços de saúde verificou-se ser bastante dispar. Se alguns referiam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde como hospitais por exemplo, outros referem que é em Portugal que sentem uma maior dificuldade no acesso à medicação, como se verificou no caso de um utente que se dirigiu ao nosso gabinete perguntando se não tínhamos medicamentos. O utente dizia estar habituado a ter acesso a toda uma vasta gama de produtos que eram tomados quotidianamente, como por exemplo, vitaminas e outros suplementos alimentares.

---

<sup>62</sup> Partimos do princípio que esta referência negativa relativa a estes países possa estar relacionada com o passado de domínio colonial.

**Alimentação:** A falta destes medicamentos aliada à deficiente alimentação, por se tratar de pessoas que não estavam habituadas a estes alimentos e / ou a prepararem as suas próprias refeições, faz com que se sintam com pouca energia, referindo também muitas vezes uma grande diminuição de peso.

Como um utente, que afirma não saber o que cozinhar, pois a comida aqui é muito diferente. Perguntava o que se comia, e como se comia. Não estava habituado a este tipo de alimentação, nem a cozinhar, o que resultava numa escassa variedade alimentar, já que se alimentava sempre do mesmo. A estes factores de diferenças culturais no que concerne a alimentação, associa-se muitas vezes uma mudança a nível corporal, manifesta num repentino emagrecimento.

Através de uma observação nos espaços da cozinha e da sala de refeições, fazendo o acompanhamento da preparação dos almoços, nomeadamente em dias de segunda-feira, nos quais são distribuídos produtos frescos (frutas e vegetais) pelos requerentes de asilo residentes no CAR, apercebemo-nos de que o desconhecimento de alguns desses alimentos era notório. Nesse sentido, foram dadas explicações acerca das propriedades desses vegetais: o que são, como se comem e formas de preparação.

Outros utentes referem a necessidade de outro tipo de produtos, familiares no país de origem mas inacessíveis até ao momento. Como referia um utente chegado há pouco tempo, ansiava pelo passe de transporte que permitisse a sua deslocação ao centro de Lisboa, onde segundo informação prestada por outros utentes, poderia comprar infusões e ervas que necessitava para o pequeno-almoço. Dado que não tomava leite por ser alérgico refere a necessidade de procurar esse tipo de chás, comuns no país de origem.

A noção de tratamento é vista com alguma suspeição como podemos verificar no comentário efectuado por um utente sobre as questões do acesso à saúde por parte dos requerentes de asilo. Este, chegado há poucos dias, perguntava-se sobre a pertinência da realização de exames médicos pontuais, como os efectuados no IHMT e CDP, se no final, a sua permanência em Portugal não estava garantida: *“Se eu não tiver asilo, mas entretanto descobrirem que tenho uma doença, de que é que serve? Não vão gastar dinheiro a curar-me...”*.

Como já referimos, as dores de cabeça eram sintomas apresentados frequentemente. A ida ao SEF por exemplo, representava um momento em que a expressão desses sintomas era exacerbada, sendo os pedidos de medicação como paracetamol extremamente frequentes.

Apesar das referidas dores, verificaram-se casos de utentes que mesmo assim respeitavam as prescrições do Ramadão, jejuando nesse mês (no ano de 2009, o Ramadão foi entre os dias 21 de Agosto e 19 de Setembro). O Ramadão resultou numa vivência de certa forma

normativa e apaziguadora de algumas ansiedades, pois sendo uma prática comum no país de origem, foi vivida pela maioria dos utentes de religião muçulmana também em Portugal.

**Religião:** Um utente que se queixava de dores de cabeça recorrentemente, referiu que não conseguia acordar cedo para ir ao médico, como havia combinado com a enfermeira do projecto. A enfermeira insistiu mais uma vez, aconselhando-o a levantar-se mais cedo de modo a tratar desse problema no Centro de Saúde, já que já tinha em sua posse a devida carta de encaminhamento. No entanto, o utente voltou a afirmar que não conseguia acordar cedo (às 8h). Só passado algum tempo, entendemos que a sua dificuldade tinha a ver com o facto de despertar às 4 da manhã para comer antes do nascer do sol e assim começar mais um dia de jejum, o que obviamente, significava um regresso à cama pelas 6h00. Com este exemplo, verificamos a importância que o Ramadão tem para estes utentes, e a sua assumpção deste período como forma de manter uma familiaridade, um *status quo* num contexto novo, em que os referentes são desconhecidos.

A par da religião também alguns objectos trazidos do contexto de origem conferem um sentimento de familiaridade, como por exemplo o utente que referiu ter trazido dois livros: “A Profecia Celestina” um livro prático e outro teórico, que, explica - *“É bom para perceber o que estamos a fazer, qual o nosso caminho. A religião é muito importante. A minha família é católica. Eu sou religioso mas não acredito em sistemas de “brainwashing”. A religião é mais como um caminho, como algo mais místico.”*

Outros refugiados referem ainda uma visão cosmogónica determinista: *“o futuro o que quer que seja, já está destinado. Aos 120 dias da nossa existência, ainda dentro da barriga da nossa mãe o nosso destino já está escrito. Aos 40 dias somos água (esperma), aos 80 dias somos sangue e aos 120 já somos vida.”*

As expectativas em relação ao CAR e à vida em Portugal são no início muito positivas, manifestando um desejo intenso de integração, que passa, em primeira instância pela aprendizagem da língua portuguesa. Essa aprendizagem permite o acesso ao trabalho e o início de uma nova vida em território português, que está intimamente ligado ao desejo de formação de uma família e de reconstituição de redes afectivas de apoio. No grupo dos jovens mauritanos, por exemplo, as conversas sobre casamentos eram uma constante, sendo frequente a pergunta *“onde é que arranjo uma rapariga para casar?”*.

Para além de uma atitude positiva em relação ao futuro, também se manifestam preocupações constantes, desde que chegam, quando chamados ao SEF e particularmente depois de o pedido de asilo efectuado resultar num parecer negativo. Nessas situações, os utentes poderiam permanecer no CAR, mas no caso de estar sobrelotado, esses indivíduos teriam que aguardar as decisões sem apoios formais.

Alguns referiram dormir em casa de amigos ou na rua, não deixando no entanto de frequentar o CAR para assistência das aulas de português e a busca de apoios pontuais.

## Perseguição por razões de orientação sexual

A perseguição por razões de orientação sexual, é um outro motivo salvaguardado na Convenção de Genebra, para a atribuição do pedido de asilo.

O trauma psicológico resultante das experiências de perseguição por estes motivos, pode ser um factor dissuasor da procura de informação ou procura de apoio de saúde sexual. É contudo desejável prestar informação a estas pessoas, assegurando-lhes que no contexto de asilo não vão ser julgados ou punidos pela sua preferência homossexual e que receberão apoio e cuidados tanto a nível físico como mental, se assim o desejarem, através do encaminhamento para associações<sup>63</sup> e organizações capacitadas para a abordagem específica desta temática.

Também no contexto do nosso gabinete, ouvimos as narrativas de sofrimento daqueles que foram perseguidos devido à sua orientação sexual. *“A minha família expulsou-me por ser homossexual. Nas ruas era perseguido. Um dia bateram-me muito com bastões. Vê todas estas cicatrizes? Tenho muito medo. No meu país, ser homossexual é como ter uma doença”.*

Em relação ao acompanhamento físico e mental dos refugiados homossexuais, sublinhamos a importância de serem esclarecidos quanto às leis existentes em Portugal que salvaguardam a não discriminação com base no género, para além de também lhes serem apresentadas possibilidades de acompanhamento psicológico por parte da referida associação. A homofobia é também uma outra forma de exclusão devendo por isso ser considerada uma questão social.

---

<sup>63</sup> Nomeadamente em Portugal, a Associação ILGA: <http://www.ilga-portugal.pt/> que no seu site, define os seguintes objectivos: A Associação ILGA Portugal tem por objectivo a integração social da população lésbica, gay, bissexual e transgénero (LGBT) em Portugal - através de um programa alargado de apoio no âmbito social que garanta a melhoria da sua qualidade de vida; - através da luta contra a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género; - e através da promoção da cidadania, dos Direitos Humanos e da igualdade de género.

## O acesso ao Serviço Nacional de Saúde

O **acesso ao Serviço Nacional de Saúde**, embora seja um direito dos requerentes de asilo, nem sempre ocorre de forma facilitada.

A emissão de um papel por parte do CAR é desde logo a primeira condição de acesso. Após esta primeira fase, as idas ao médico como vimos, nem sempre são fáceis, desde as questões linguísticas até aos desencontros terapêuticos que se podem produzir devido à diferença na percepção do que possa ser considerado como necessidade urgente ou não.

Uma utente referia o seu enorme estado de nervosismo pela filha, pois esta referiu que havia dois meses consecutivos que menstruava, sentindo-se por isso bastante enfraquecida. O problema foi resolvido com a toma de apenas 2 comprimidos. As utentes não compreendiam como puderam passar tantos meses para a marcação de uma consulta, que a seu ver, seria urgente.

A sujeição ao *trauma sequencial* reflecte-se na forma de tratamento de instituições com que tenham que lidar, quer seja com os serviços de saúde, com o CAR ou o próprio SEF.

As visitas a esta última instância são normalmente catalisadoras de grande tensão, pois para além da fragilidade que o estatuto de refugiado encerra para os próprios, lidam ainda com a insensibilidade de alguns técnicos exacerbando o seu próprio sentimento de mal-estar: *“o inspector foi muito mau, disse que se não gostávamos de Portugal, então que fôssemos para outro país qualquer...”* Ou ainda como refere outro utente dando conta da sua situação de actual desespero: *“nunca me vou abaixo, sou sempre eu que apoio todos, mas agora não aguento. Só me apetece morrer. Não consigo nem comer nem dormir bem há três dias.”*

## A importância das redes informais de entajuda

A saída do CAR com uma Autorização de Residência por Razões Humanitárias, significa a obtenção do apoio da Santa Casa da Misericórdia, que subvenciona a habitação, as despesas alimentares e os transportes.

Esta saída do CAR representa na maior parte dos casos uma aparente esperança no futuro, permitindo a construção de uma ideia de uma nova vida. Um utente referia-nos as expectativas em relação à sua futura casa, no centro de Lisboa, concretamente no local onde teria acesso a uma rede de pessoas que ao potenciarem uma “protecção” no campo social, ajudariam também a operar ao nível da saúde, menorizando o seu sofrimento e mal-estar.

De facto, a concepção de rede como uma estrutura identitária pressupõe uma identificação, nem que seja do ponto de vista linguístico. As dificuldades que as minorias étnicas sofrem em alguns contextos, acusando mesmo o seu país de origem de implementar um “terrorismo de estado”<sup>64</sup>, trouxeram para Portugal alguns cidadãos da Ásia Insular, que aqui pediram asilo. Um dos utentes, durante a sua permanência no CAR, foi fazendo contactos com outros ex-requerentes de asilo da mesma origem geográfica, e apesar de serem uma pequena comunidade (em termos numéricos) e recente, estas pessoas acabavam por se conhecer de modo a constituir redes solidárias importantes: é assim que mais facilmente encontram casa e/ou trabalho, como foi o caso deste utente, que o conseguiu através de um cidadão do seu país de origem, imigrante económico.

Para além deste contexto da Ásia Insular, onde principalmente os de origem tamil se reconhecem como grupo, outros utentes referiram que estarem com amigos provenientes do mesmo contexto de origem, com quem pudessem falar a mesma língua e sentir um ambiente mais familiar, facilitaria o acesso a possibilidades de partilha de habitação e o alargamento dos contactos dentro da rede. A formação destas redes resulta no aumento da socialização fora do CAR.

---

<sup>64</sup>Por exemplo: embora o governo do Sri Lanka negue as acusações, constam actos que poderão ser considerados de terrorismo de estado, com massacres de população civil, tortura, prisões e desaparecimento forçado de pessoas de etnia tamil. Com base numa insurgência contra o LTTE (Liberation Tigers of Tamil Eelam) que o Estado cingalês considera terrorista. A maioria das pessoas que são obrigadas a deslocar-se das suas casas são de origem Tamil, originárias das Península de Jaffna, da região de Vanni e das províncias do Leste. Embora a maioria sejam deslocados internos, alguns fugiram para campos de refugiados na Índia e outros procuram asilo na crescente diáspora tamil na Europa ocidental, Estados Unidos e Austrália. (Schrijvers:1999:309)

## Ex-residentes do CAR

Mesmo já não residindo no CAR, muitos requerentes de asilo continuam a dirigir-se ao Centro com o objectivo de frequentar também os serviços oferecidos pelo projecto.

Aproveitando os dias em que têm aulas de português, chegando um pouco mais cedo ou após a aula, foram recorrentes os encontros de ex-residentes com o projecto. A importância da escuta e da disponibilidade da equipa permitiu, mesmo que pontualmente, um certo apaziguamento do sofrimento dos requerentes de asilo e refugiados.

A história de um dos utentes ilustra bem o tipo de espaço que estas pessoas procuram: um espaço de escuta onde possam livremente narrar as suas preocupações, traumas e aflições. O utente verbalizou o seu sofrimento ao referir a história de vida, explicando que era filho único e que o seu pai tinha sido morto e de seguida a mãe. Conta que o pai tinha uma padaria, onde também ele trabalhava. A partir da partição do seu país, a família tinha-se separado. Apenas tinham um amigo de família que depois, passados 3 anos da morte dos pais lhe sugeriu que o melhor seria que também ele fosse embora, sob risco de tal como os pais, acabar por ser morto. O utente diz desconhecer se aquilo que o “amigo” disse foi para bem dele ou por interesse. Mas acabou por vender a casa, juntamente com um pequeno jardim com árvores de frutos. Iniciou deste modo a sua viagem, de avião, fazendo duas paragens durante o percurso. Como muitos outros refugiados, também ele foi interceptado e levado para a Mauritânia, onde esteve detido durante 6 meses, nesse que se afigura um lugar traumático de passagem de refugiados. Maioritariamente de proveniência africana, também os asiáticos acabam por se cruzar com os africanos neste país, arriscando as suas vidas nesta mais recente rota para a Europa. Como este, alguns outros casos registámos.

Salientamos a importância da escuta como forma terapêutica de dar importância ao outro, de ouvir os seus lamentos de forma empática, sem outra intenção do que o simplesmente cuidar, através da atenção prestada a quem connosco quer partilhar as suas histórias de sofrimento.

Partimos do princípio que a escuta da história de vida e a escuta dos traumas nela contidos, serão a ferramenta metodológica principal a partir da qual se pode iniciar um processo de cura.

## Serviços prestados pela equipa fora das consultas de saúde

### Gabinete para falar e não falar

Constatamos a vinda de requerentes de asilo ao gabinete, sem que houvesse à partida uma necessidade de atendimento de saúde. Esta afluência verificou-se não só para questões relacionadas com a sua saúde mas pela percepção daquele espaço e da equipa, como um lugar de encontro com pessoas disponíveis para os ouvir. Nesse sentido, ao longo do projecto, alguns utentes tornaram-se frequentadores diários do gabinete, aproveitando todos os dias em que a equipa se encontrava no terreno de modo a partilhar e ser ouvido, nos mais variados assuntos.

Desde as narrativas sobre as suas viagens, os percursos, até à vida em Portugal, os utentes verbalizavam as suas expectativas e as suas ideias de futuro. As referências ao passado, ao contexto de origem através das memórias trazidas eram também partilhadas sem preconceitos, pois estavam perante pessoas que os podiam ouvir, com total disponibilidade.

Da mesma forma também o silêncio foi partilhado: alguns utentes entravam e, com tempo, falavam dos seus problemas, sabendo no entanto que o silêncio era também um espaço respeitado. O respeito pelo silêncio dos utentes, permite a manifestação das suas preocupações apenas quando se sentem aptos para falar.

Existem obviamente diferenças entre requerentes de asilo vítimas de trauma e correndo perigo se regressarem a casa e aqueles que chegam por razões económicas, utilizando como estratégia um pedido de asilo, e embarcando em rotas extremamente onerosas. Para além dos traumas que possam ter sido vivenciados no país de origem, acresce o medo permanente da deportação / repatriação e da insegurança do estatuto de residência.

A ausência de clareza e de informações contraditórias relativamente ao pedido de estatuto deixam os requerentes de asilo extremamente confusos, indecisos em relação à melhor opção a ser tomada no que concerne o seu futuro.

Referimos o caso de um utente que se dirigiu a nós dizendo que está “sob uma grande tensão”. Explicou o stress porque estava a passar: havendo pedido asilo em Portugal, iria ser transferido para outro país da União Europeia, pois foi esse país que lhe conferiu o visto. Não querendo ir para esse país, o utente pensava na possibilidade de iniciar o

processo enquanto migrante económico, mas aí renunciando o processo enquanto requerente de asilo.

Embora tenha vindo com o intuito de que o ajudássemos a decidir, na impossibilidade explícita desde o início da conversa de ajuda a esse nível, o utente saiu do gabinete mais descansado, apenas porque houve alguém, com tempo, que o pôde escutar. Ou seja, embora peçam conselhos, muitas vezes, o facto de não os podermos dar não é um problema maior, pois ao menos podem verbalizar os seus dilemas e aflições.

Muitos utentes sentem a necessidade de passar no gabinete ou antes ou depois de uma ida ao SEF. Antes, pois estão tensos pela convocatória. Depois, no sentido de partilhar a experiência.

#### Necessidade de acompanhamento e explicação pós-consulta

Todos os requerentes de asilo são encaminhados para o Instituto de Higiene e Medicina Tropical pouco tempo depois de chegarem ao CAR, a fim de realizarem rastreios de saúde. Quando medicados no seguimento do resultado destas análises, foi muito comum virem pedir-nos ajuda para explicação de toma da medicação ou mesmo explicação do problema de que padecem.

#### Tradução e explicação de documentos médicos

Era também recorrente pedirem-nos ajuda na explicação de determinados documentos que lhes eram passados em contexto hospitalar, como por exemplo, nas “*notas de transferência*” emitidas em caso de marcação de cirurgias. Após a escuta do seu caso e a leitura da dita “*nota de transferência*”<sup>65</sup>, explicámos ao utente o significado da mesma.

Este utente dirigiu-se posteriormente ao nosso gabinete com o intuito de pedir ajuda na escrita de uma carta dirigida ao director do Centro, solicitando um médico do sexo masculino. Pensa tratar-se de uma operação<sup>66</sup> que para ter sucesso (deixando o mínimo de cicatrizes possíveis) necessita de um médico que, segundo as suas palavras “*tenha força para puxar esta pele toda e pôr no sítio*”.

Com tempo, seria interessante pesquisar quais as noções que cada um possui sobre o seu próprio corpo, e também qual a percepção que elaboram a partir da ideia que construíram sobre a função dos médicos relacionada com o género.

<sup>65</sup> Ofício emitido pelas unidades hospitalares que visa indagar a decisão quanto à transferência da cirurgia para outros hospitais sem lista de espera, ou em alternativa a manutenção no mesmo hospital, sujeito a demora.

<sup>66</sup> A necessidade desta operação prende-se com a correcção de uma operação feita clandestinamente num momento de emergência, após ter sido baleado.

Um outro caso que podemos relatar tem a ver com uma requerente de asilo que se dirigiu ao nosso gabinete com o fim de pedir ajuda pois tinha que assinar uma folha de marcação de análise (para o Centro de Diagnóstico Pneumológico). Esta folha estava em francês, língua que não dominava. Para que a requerente de asilo pudesse perceber o que estava escrito antes de assinar, foi feita tradução para o inglês.

Torna-se necessária a tradução deste tipo de documentos em várias línguas, ou pelo menos, em francês e inglês, para que a informação possa ser apreendida pelos requerentes de asilo.

### Explicações de português

A utilização do espaço de saúde para aprendizagem e esclarecimento de dúvidas de português (porque esta é realmente a tarefa que consideram essencial, pois é aquela que permitirá o acesso ao trabalho e a outros domínios de integração na sociedade) era também extremamente comum.

Os utentes frequentemente entravam no gabinete para saudar e pedir que traduzíssemos algumas frases para português, frases que pudessem permitir a comunicação ou conversação básicas. Cria-se uma certa ansiedade com a vontade de aprendizagem, pois o domínio da língua é uma condição facilitadora de obtenção de um emprego. Assim, fazemos perguntas acerca de algumas palavras de foro profissional, desconhecidas em português.

Tal como mencionamos anteriormente, os utentes, neste caso, ex-utentes do CAR continuam a recorrer aos nossos serviços mesmo depois de saírem do Centro, e não só apenas por questões relacionadas com a saúde. Referem também que vêm propositadamente um pouco mais cedo nos dias em que se dirigem ao CAR para assistir às aulas de português, para que possam falar connosco.

Estes momentos de ajuda pragmática, como a elaboração e correcção dos trabalhos de casa, permitem uma aproximação aos utentes, através da criação de laços de confiança.

## Dificuldade em encontrar casa e suas implicações na saúde física e mental dos refugiados

“A ausência de uma abordagem adequada no campo da saúde mental pode conduzir ao desequilíbrio e ao “trauma sequencial”.

Referencia-se aqui o conceito proposto por David Becker (Becker, 2004), e que se baseia na noção de que o trauma é um processo que se desenvolve sequencialmente – iniciando-se na perseguição e decisão de fuga, a própria fuga, o pedido de asilo, o contacto com a sociedade receptora e o longo período que daí se segue – que só pode ser definido e compreendido num contexto específico e que deve ser descrito em detalhe.

A principal noção que nos oferece Becker é a de que o trauma e a sua sequencialidade, contém uma dimensão individual psíquica, mas também em simultâneo e interligada, uma dimensão colectiva e macro-social. Sendo o trauma um processo político que ocorre num determinado contexto social, apenas pode ser entendido num contexto igualmente cultural e também político.

Deve pois ser considerado do ponto de vista do indivíduo, da sociedade, da cultura (inclusive nos aspectos materiais e espirituais) e também políticos, económicos e jurídicos, para além dos psicológicos.

Refere ainda Becker (Becker, 2004): *The basic issues of power and social conflict are not only ignored but, worse, are conceptually redefined as part of an individual psychological illness, thereby further hindering a person's capacity to act upon the situation. Exaggerating a little, one could say that first we have war and destruction, and then we offer individual therapy instead of social change.*

É pois necessário ter em conta que a própria inserção dos refugiados na sociedade portuguesa, não está isenta de trauma. Este vai-se perpetuando nas diferenças culturais entre a pessoa e a sociedade de acolhimento, no tempo que demora a resolver a sua situação jurídica (dois, três, cinco ou mais anos), na dificuldade na obtenção de emprego, na ausência de reconhecimento social que a sociedade lhes vota.

Como menciona Becker, o trauma não pode ser apenas encarado do ponto de vista terapêutico, mas também por uma multiplicidade de abordagens.”<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Santinho, Cristina, 2009.

A saúde também depende da adequabilidade dos recursos sociais como a obtenção de habitação e principalmente de um trabalho, através do qual os requerentes de asilo possam sentir-se valorizados e independentes.

Por isso, embora o nosso foco fossem as questões de saúde, a nossa perspectiva sobre a mesma não descarta uma noção mais alargada de saúde. As narrativas sobre a procura de casas e a dificuldade dessa procura eram relatadas diariamente, e dentro do possível, contavam com o nosso auxílio se não efectivo, como por exemplo efectuando chamadas a senhorios, pelo menos na escuta activa dos seus desassossegos.

Após a obtenção da autorização de residência, e a subsequente atribuição de subsídio por parte da Santa Casa, a procura de uma casa é um segundo momento que os utentes vivem com grande ansiedade.

O facto de terem um valor limite de renda, um número de divisões obrigatórias consoante o número de pessoas do agregado familiar e outras condicionantes, faz com que a tarefa de procura de casa não seja tão prazenteira como seria de esperar, fazendo com que os utentes se sintam desacompanhados.

Depois dos documentos, a procura de casa é sempre um momento de grande tensão pois há que conciliar o momento de concessão do subsídio com o encontro da casa pretendida (tipologia e preço). Por várias vezes os utentes nesta situação dirigiram-se ao gabinete para exprimir a sua ansiedade devido à pressão exercida para conseguirem uma casa. Uma vez atribuído o subsídio da Santa Casa da Misericórdia, os utentes deverão rapidamente encontrar uma casa, de modo a abandonar o quarto que ocupam no CAR. Queixam-se da pressão que tal tarefa implica e da dificuldade que sentem nesse processo, uma vez que estão longe de se sentirem familiarizados com estes procedimentos burocráticos em Portugal

Ao conseguirem finalmente fazer marcação para ver uma casa, *“aparecem os casos de racismo”*, segundo nos confidenciou uma utente, referindo que os senhorios acabavam por *“inventar desculpas”* pelo facto de ser africana. Essa situação provocava um grande mal-estar, pois havia sido rejeitada já em duas casas. *“Não encontro casas mobiladas, só há casas vazias. Como posso ir para uma casa vazia tendo uma filha?”*.

A obtenção do dinheiro da Santa Casa reforça a necessidade de uma procura rápida de casa o que não constitui tarefa fácil, levando ao cansaço e à angústia. O desfasamento entre a obtenção do dinheiro e da casa é fulcral: vários são os utentes que perderam *“boas casas”* porque o dinheiro da Santa Casa ainda não tinha chegado.

Outra dificuldade prende-se com as exigências em relação à casa por parte da Santa Casa da Misericórdia, sem tomar em linha de conta outras concepções de espaço para a vida

familiar. Foi referida a preocupação com a dificuldade em arranjar um T2 (tipologia de casa exigida pela Santa Casa da Misericórdia) por 400 € (valor do subsídio de renda da casa atribuído pela Santa Casa). A utente não entendia porque é que tratando-se de um casal com um recém-nascido lhes era exigida uma casa dessa tipologia.

Trata-se de um exemplo no qual se verifica a desadequação dos critérios institucionais para obtenção de casa, que privilegiam uma ideia de privacidade não valorizada noutros contextos culturais, nos quais a preferência recai para a partilha da vivência familiar alargada mesmo que num espaço reduzido.



*Duas casas  
(C., 7 anos)*

## Práticas terapêuticas tradicionais

Dentro do âmbito do projecto, foram valorizados os discursos sobre outras formas de lidar com a saúde e a doença, nomeadamente os discursos sobre as diferentes terapias menos comuns na medicina ocidental contemporânea, mas eficazes para os utentes. Quer se tratasse de terapias para resolver questões patológicas ou estados mais críticos, quer para questões de estética e beleza, pouco a pouco os utentes foram-se sentindo à vontade para nos explicar esses processos.

Ao deslocarmo-nos ao quarto de um utente para verificar o estado de saúde da sua esposa, este contou-nos um pouco da sua história. Referiu ter estado preso por questões políticas. No dia em que regressou a casa após a prisão, encontrou a mulher deitada no chão. Esta havia sido imobilizada e torturada, possivelmente durante muito tempo, pois não se conseguia mexer

Após a ida ao médico, este disse-lhes que do ponto de vista motor, não lhe encontrava nada de errado e que por conseguinte, não havia nada a fazer pois só o tempo a faria melhorar. Este casal não confiava que os médicos fossem capazes de solucionar o problema. No seu quarto do CAR, o utente mostrou-nos o que a esposa tomava de modo a sentir-se melhor que consistiam num frasco de cápsulas de zinco e pacotes de um chá chinês. Este tratamento e a passagem do tempo asseguravam, fá-la-ia sentir-se melhor.

A abertura demonstrada para a escuta de práticas ditas tradicionais, sem estigmatização das mesmas como sendo “menos científicas”, permitiu o acesso a situações como por exemplo a situação na qual o utente se queixava de dores de cabeça recorrentes, de tal forma fortes que não permitiam o sono nem passavam com paracetamol. Ao referir que não melhorava com nenhuma medicação, lembrou-se que no seu país, havia o costume de introduzir dentes de alho nas narinas como forma de atenuar as dores. Após medicação normativa, ocidental, com paracetamol, e não verificando nenhuma melhoria, passou para tratamentos validados no seu contexto cultural e que segundo o próprio, o faziam sentir-se melhor.

Noutra situação, a medicação normativa prescrita por um médico é passada para segundo plano: a utilização de um sabonete para o tratamento de umas manchas corporais (que o utente relaciona com uma reacção ao teste de Mantoux) é preferida como modo de tratamento. Apenas se o sabonete, comprado no centro de Lisboa não fizesse efeito é que o utente referia a necessidade de visita a um médico.

## Causas de infortúnio

*Não existirão em cada sociedade certas pessoas (...) que adoecem os seus pares, sugando-lhes a sua energia vital, despersonalizando-os assim, por outras palavras, comendo-os? (Eric de Rosny, 1992)*

Em muitas visões do mundo, nomeadamente subjacentes às questões de feitiçaria, as relações humanas aparecem caracterizadas por uma dimensão oculta, cuja expressão através de uma linguagem preferencial veicula a comunicação de situações de mal-estar ou angústia. Assim, no âmbito do projecto e durante algumas conversas, acabaram por surgir noções sobre a saúde e a doença provocadas por terceiros, como a seguinte:

O requerente de asilo relata uma narrativa que a seu ver, está intimamente ligada ao seu estado de saúde hoje em dia. Apresentando queixas de dores de cabeça, muito sono e “olhos brilhantes”, refere que o seu estado se deve a um episódio passado no seu país de origem, no qual uma empregada de restaurante tentava cobrar mais do que devido, e pelo facto de ele se recusar a pagar, foi vítima de um feitiço - “a senhora ficou muito tempo a olhar para mim, fixamente. Desde esse momento tenho sempre muito sono, dores de cabeça, “bright eyes” e dificuldade em ver os raios de sol, o sol.”

Para se tratar recorreu a um *brujo* no seu país, que cobrou 25 dólares (muitíssimo dinheiro, para quem ganha cerca de 3 dólares por dia). Foi-lhe dada uma medicação, “uma bebida tipo Coca-Cola mas que sabia muito mal juntamente com uns comprimidos”. O requerente refere ter-se sentido, desde então, melhor. Mas uma vez em Portugal, e numa situação em que o seu pedido de asilo corre riscos de não ser aceite, o utente refere o regresso dos mesmos sintomas...

Este exemplo retrata noções de saúde ligadas a feitiço, no qual o requerente de asilo fornece um modelo explicativo que estabelece formas específicas de pensar e agir em relação à doença e à saúde.

Através desta forma de expressão de sintomas, veicula uma experiência de aflição ou mal-estar diferente (do âmbito da nosologia ocidental), atribuindo um sentido a essa experiência que põe em dialéctica outras relações como a do visível com o invisível, ou influências malignas exteriores ao indivíduo, alertando-nos para o facto de poder haver manifestações de doença e de mal-estar diferentes, que merecem uma abordagem interpretativa e contextualizada.

## Género e Religião

As questões de género são um factor a ter em conta quando se fala da necessidade de oferecer cuidados terapêuticos de acordo com a sensibilidade dos refugiados.

As relações entre homens e mulheres, nomeadamente em alguns casos de consulta de saúde em que uma observação detalhada se tornava necessária não eram facilmente aceites por alguns utentes.

Um utente, por exemplo, queixando-se de dores na virilha estava renitente em permitir a observação do local pela enfermeira, justamente por se sentir envergonhado perante ela que era mulher. De forma a fazê-lo sentir mais confortável com a situação foi encetada uma conversa com o objectivo de explicar a importância da observação da virilha, para possibilitar um bom diagnóstico e uma resolução do problema apresentado pelo requerente. Após esta explicação o utente concordou em ser imediatamente observado.

No que respeita às questões da religião, deve ter-se presente que *“Enquanto um problema religioso, a questão do sofrimento tem a ver, paradoxalmente, não tanto com o evitar do sofrimento, mas mais como sofrer, como fazer da dor, da perda, e da agonia dos outros algo que seja suportável, suportável – ou seja, sofrível.”*<sup>68</sup>

Na introdução ao número especial do Journal of Refugee Studies (2007), Jean-François Mayer apontava para a importância da religião para os refugiados bem como para os PDI (Pessoas Deslocadas Internamente).

Encontrando-se em situações de desorientação e na tentativa de lidar com o sofrimento da sua condição, os refugiados apoiam-se na religião e nos rituais como uma base de suporte nos momentos difíceis, muitas vezes reificando a ideia de religião de modo a estabelecer uma ligação com a casa deixada para trás, tentando assim forjar a familiaridade e um certo sentido de estabilidade.

Segundo Godziak a religião serviria de projecto onde se moldariam as interpretações e respostas da experiência do refugiado.

---

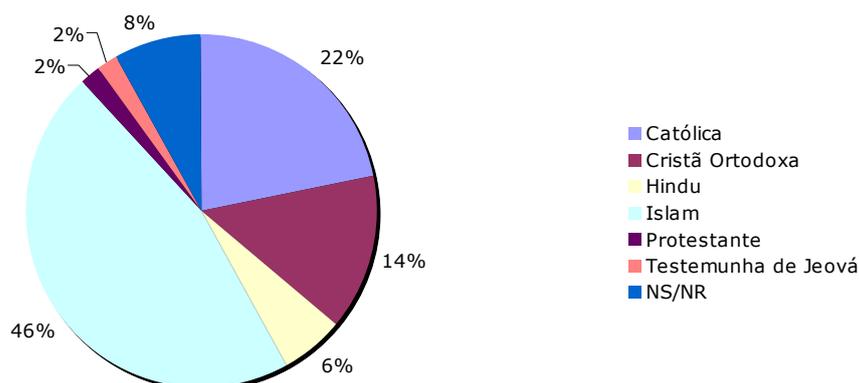
<sup>68</sup> *As a religious problem, the problem of suffering is, paradoxically, not how to avoid suffering but how to suffer, how to make of physical pain, personal loss, worldly defeat, or the helpless contemplation of others' agony something bearable, supportable – something, as we say, sufferable.* In: Geertz, 1996

“O papel da religião e a ligação com o trauma torna-se particularmente óbvio no debate entre os modelos ocidentais de trauma e as aproximações nativas ao sofrimento humano, mais baseado em crenças e práticas espirituais.”<sup>69</sup>(Godziak 2002).

Tal como diz Levin (1994), “estudos feitos referem a relação entre a frequência do envolvimento religioso e a intensidade da experiência religiosa associada a um melhor estado de saúde, já que a religião acaba por promover o apoio social, um sentido de pertença, uma ideia de irmandade”.<sup>70</sup>

Dos 50 indivíduos inquiridos, apenas 4 (homens) não respondem à questão da religião. A religião mais frequente é o Islão, com 23 indivíduos (21 homens e 2 mulheres), seguida da Cristã Católica com 11 casos (6 homens e 5 mulheres) e em terceiro lugar a Cristã Ortodoxa com 7 casos (5 homens e 2 mulheres).

**Gráfico 3 – Identidade religiosa manifestada pelos utentes do projecto**



Durante o tempo de trabalho de campo, tivemos a oportunidade de observar a vivência do Ramadão, período do calendário islâmico central para a vivência da religiosidade para muçulmanos.

No CAR esse período trouxe algumas alterações no quotidiano dos utentes, já que o próprio espaço não prevê as especificidades facilitadoras de tal vivência. Assim, situações como a performatividade das orações, e a alimentação ou mais concretamente o jejum, que

<sup>69</sup> “Further, the role of religion in coping with trauma becomes particularly in the debate between the Western models of trauma and indigenous approaches to human suffering, which include spiritual beliefs and practices” in Godziak, 2002.

<sup>70</sup> “Studies have found that frequent religious involvement and greater intensity of religious experience may be associated with better health due to religion’s promotion of social support, a sense of belonging, and convivial fellowship” in Levin, 1994.

se efectua durante todo o mês, implicaram uma agência, no sentido de capacidade de actuar de forma a requerer uma adaptação dos horários “normais” de funcionamento do CAR<sup>71</sup>, adequando-o a um tempo “islâmico”.

Como nos referia um utente: “Sábado começa o Ramadão. Todos os rapazes [do Noroeste de África] vão fazer. Vamos falar com elas [técnicas] para podermos comer às 4h30... depois estamos o dia todo sem comer!”

O CAR tem horas específicas para a preparação dos almoços e jantares, de modo a salvaguardar a ordem e a limpeza dos espaços comuns. Embora os requerentes tivessem comentado com a equipa do presente projecto esta situação, foi-lhes sugerido que a negociação do acesso à cozinha para a preparação do *Suhoor* ou *Sehri* (termo islâmico que se refere à refeição consumida muito cedo antes do início de jejum efectuado durante os dias do mês de Ramadão. Esta refeição é tomada antes do *Fajr* ou amanhecer) fosse realizada pelos próprios, já que a salvaguarda das suas vivências religiosas é um direito inerente aos próprios requerentes.

Outro utente dizia que ia dormir durante o dia e fazer *Ibadat*<sup>72</sup> (que poderia significar algo como devoção, no sentido de dedicação a partir da performance ritualista de oração, de leitura de Corão, etc) à noite. Durante o dia há muito reboliço no CAR, o que não permite a leitura do Corão de forma tranquila. O utente referiu ficar até de madrugada a ler o Corão no corredor para não perturbar o sono dos colegas de quarto.

Fazer o jejum é para ele algo socialmente muito codificado e importante para o seu grupo, os Pashtun. “Se alguém é apanhado a comer pode levar estalos”. Conta uma história que o faz reviver o passado e de certa forma trá-lo para o presente, situando-o hoje, enquanto muçulmano: “o meu tio tinha 90 anos e apesar de os médicos dizerem que era melhor que ele não estivesse em jejum, ele continuava a fazê-lo.”.

A vivência da religiosidade afigura-se extremamente importante para o bem-estar dos utentes. A necessidade de um local onde pudessem encontrar a calma e o espaço necessários para essas vivências torna-se premente já que muitas das práticas ficam por realizar ou são realizadas em condições pouco satisfatórias para os mesmos.

Alguns utentes sentem-se apreensivos pelo facto de se encontrarem pela primeira vez fora do seu país neste determinado período do Ramadão. Acabam por falar no Ramadão e sobre a vivência desse período no CAR, reportando-se à vivência no país de origem, fazendo uma reflexão sobre as diferenças entre ambos espaços, nomeadamente nas questões relativas à ausência familiar. Apesar da abordagem ao passado, reforça-se o

<sup>71</sup> A cozinha tem um horário de refeições estipulado, para o almoço e para o jantar, no qual todos os requerentes de asilo têm que cozinhar.

<sup>72</sup> Por se tratar de um utente do sudeste asiático, utiliza-se o “t” final na palavra *Ibadat*. No árabe, seria *Ibada*.

sentido de presente e de futuro, tal como disse um utente: “ afinal é possível fazer Ramadão em qualquer parte do mundo”.

No entanto, os dias correspondentes ao final do mês representam todavia uma maior importância para pensar e comparar as vivências presentes com as do país de origem: pois é precisamente nestas situações que se sente uma maior distância dos seus familiares e se percebe a solidão. As idas à mesquita, e no fundo a própria religião poderá ser vista como uma forma de construção de solidariedades.

A frequência da mesquita funciona também como uma forma de socialização, de encontrar e conhecer pessoas novas de modo a aumentar a rede de sociabilidade, ou apenas reencontrar antigos companheiros do CAR (no caso dos ex-residentes).

Um dos utentes, ex-residente CAR referia que ia todos os dias do Ramadão para a Mesquita Central de Lisboa, sita na Praça de Espanha, às 12h30. Fazia as orações e entre elas ficava a ler o Corão. O final do dia de jejum era celebrado no local, onde se encontrava com alguns ex-residentes do CAR bem como com outros residentes.

Como se encontrava a residir num Centro na Belavista, com horário de regresso controlado (23h00) não tinha a oportunidade de fazer as orações de *Tarawee*<sup>73</sup> (orações especiais realizadas no mês do Ramadão) na mesquita. Refere que embora tenha pedido o alargamento desse horário, tal não lhe foi concedido, não podendo chegar mais tarde das 23h00. Mas mesmo assim, durante o dia, preparavam-lhe no Centro um prato com comida que o utente comia durante a madrugada, como *Sehri*<sup>74</sup>.

Deste modo, percebe-se o quão necessária é a questão religiosa para estas pessoas, detendo um papel central nas suas vidas. Sempre no limbo da observação destes momentos de forma mais natural possível, através de uma adaptação às infra-estruturas existentes no centro de acolhimento e na sociedade acolhedora.

---

<sup>73</sup> Esta oração pode durar mais de uma hora, pois lê-se partes do Corão, ao mesmo tempo que se performatizam os vários ciclos de movimentos (estar de pé, apoiado nos joelhos, prostrado e sentado). Após cada conjunto de quatro ciclos, a pessoa senta-se por um breve período de tempo de modo a descansar antes de continuar. Em cada sessão de *Tarawee* é lida uma parte do Corão (que se encontra dividido em 30 *juz*, partes, o que perfaz a leitura da totalidade do Corão no final do mês do Ramadão).

<sup>74</sup> Termo islâmico que se refere à refeição consumida muito cedo antes do início de jejum efectuado durante os dias do mês de Ramadão. Esta refeição é tomada antes do *Fajr* ou amanhecer.

## Conclusões

Os vários tipos de trauma que podem afectar os refugiados e requerentes de asilo, representam desafios fundamentais no tipo de respostas terapêuticas. Contudo, para melhor poder definir os contornos dessas respostas, é necessário ter uma noção mais próxima da realidade, dos contornos psicossociais e culturais que estão por trás destes indivíduos, o que passa a ser possível através de um trabalho de proximidade que a própria etnografia permite.

Com a realização deste estudo, propusemo-nos oferecer pelo menos, parte dessas respostas. A partir dele, será possível iniciar uma abordagem terapêutica mais efectiva que conduza ao equilíbrio entre as questões de saúde física e mental e as respostas sociais, proporcionando aos refugiados, ferramentas que lhes permitam lidar com a noção de perda e desajustamento sociocultural, mas que também lhes possibilite definir para si próprios um percurso de vida que promova a auto-estima, o sentimento de segurança na sua identidade pessoal e social, assumindo a capacidade para lidarem com a sua nova realidade neste país de asilo, passando a ser efectivamente, cidadãos de pleno direito.

Do ponto de vista da saúde mental, assistimos nos últimos 20 anos a um aumento do interesse em relação ao trauma, sobretudo nos trabalhos com refugiados e reinstalados (Ingleby, 2005). Diversos autores têm interpretado tais desenvolvimentos como uma mudança do discurso, no qual a percepção dos refugiados como vítimas de violência política foi gradualmente sobreposta a concepções de sofrimento com carácter médico (nomeadamente PTSD) (Young, 1995; Richters, 2001; Silove, 2005), tendo tal movimento sido alvo de diversas críticas (Fassin, 2005, Watters, 2007).

Este trabalho permitiu verificar que é urgente considerar os requerentes de asilo refugiados e reinstalados, na sua singularidade psíquica mas igualmente no seio da rede de relações sociais na qual se insere.

A saúde mental e o equilíbrio do ser humano dependem, antes de mais de condições básicas como a segurança, o sentimento geral de coerência e constância, o sentimento de utilidade, a possibilidade de criar e de agir, ser reconhecido e valorizado pela sociedade (e não só pelo terapeuta) e de ser humano.

É por isso essencial dedicar uma atenção redobrada às condições sociais desta população e promover respostas efectivas nesse sentido, tendo em conta as observações e as queixas dos sujeitos. A psicologia agindo sem esta parceria, cairá no erro de “psicologizar”

acontecimentos e vivências que são da ordem do social, promovendo uma desvalorização psíquica, uma denegação da realidade, e camuflando a violência presente instituindo formas de redução da resistência desta população (Valluy, 2009).

Concomitantemente, a reflexão sobre os contextos social, institucional e político deverão ser incluídos (Rousseau, 2003) em projectos como este. Sublinha-se a necessidade de pensar a política também como uma fonte de sofrimento. Deve a clínica agitar a política, ao mesmo tempo que num movimento oposto e complementar, as implicações da política na clínica devem ser analisadas, já que povoam o espaço clínico e terapêutico.

Sobre o acolhimento da população de requerentes de asilo, sublinha-se a necessidade de responder na proximidade social e profissional tendo em atenção na análise dos factos observados, o que ocorre a nível individual e local, mas também num nível mais abrangente.

Ao mesmo tempo é essencial manter uma dúvida ideológica sistemática ao que nos é proposto a nível local, de forma a gerar uma crítica lúcida, adaptada às realidades da população em questão e capaz de propor e sublinhar aspectos que vão ao encontro da integração, de uma solidariedade e humanização política e local donde, da potencialização da saúde mental e do bem-estar destes sujeitos.

Na clínica, da mesma forma que a teoria transcultural é um modelo aberto à formulação de teorias etiológicas que incluem *djins*<sup>75</sup> e à inclusão de outras manifestações da ordem do “invisível”, também as instituições, os questionários sobre trauma e tortura, os mecanismos sociais de alienação deverão poder integrar o terreno terapêutico se o sujeito os desejar evocar, seja como manifestações da ordem do “invisível”, mas sobretudo porque, como refere Feldman muitas vezes estão relacionados com experiências de sofrimento, ou seja, de traumatismo institucional e actual.

Em projectos futuros, a constituição de uma equipa interdisciplinar formada e sensibilizada para contextos transculturais, que despenda de tempo na actualização e partilha das experiências, dos saberes e que realize reuniões de supervisão é uma condição imprescindível em contextos de trabalho como os descritos, sob pena de a médio e a longo prazo serem geradas situações pontuais ou crónicas que revertam contra os utentes e os próprios técnicos.

É essencial (1) um trabalho de descentragem na prática clínica e em qualquer investigação que aborde questões humanas e transculturais, (2) uma sensibilização dos terapeutas/investigadores ao funcionamento do racismo, de forma a se poderem detectar mecanismos de exclusão (formas de racismo), (3) um trabalho de sensibilização aos pontos

---

<sup>75</sup> espíritos

de vista etnocêntricos e (4) uma reflexão sobre os aspectos da contra-transferência cultural. Valluy (2009) salienta ainda a pertinência da criação de formas de organização profissional e modalidades extra-institucionais.

No encontro clínico e etnográfico são os modelos que privilegiam a participação do Outro e a construção e adaptação do dispositivo de intervenção/ investigação que devem ser privilegiados, no sentido de trilharmos um conhecimento mais justo, mais próximo da verdade humana mas também capaz de reflectir as sucessivas mudanças e reajustamento a que assistimos na nossa sociedade.

Este projecto-piloto teve também muitas limitações, e até dificuldades, decorrentes em parte do facto de ter sido um projecto pioneiro nesta área em Portugal. Em projectos futuros, torna-se imprescindível uma formação formal prévia das equipas a constituir e que seja ao mesmo tempo transdisciplinar e multicultural, tanto na área da saúde física e mental dos refugiados e requerentes de asilo como nas respostas às solicitações de carácter mais social (emprego, casa...) que nos são solicitadas pelos refugiados e que oriente para o cuidado e prestação de apoio integrado, de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa.

Esta formação culturalmente competente e multidisciplinar (constituída por antropólogos, sociólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, psiquiatras e os próprios refugiados) será pois um sério desafio para um próximo projecto da Associação GIS, em parceria com outras instituições académicas.

Uma outra limitação foi sem dúvida o pouco tempo que tivemos para poder implementar o projecto no terreno. A relação de confiança com os refugiados e requerentes de asilo que procuram o nosso apoio, necessita sem dúvida de mais tempo. Este tempo é essencial para a descoberta da equipa por ela mesma, para a descoberta de cada membro da equipa em relação a si próprio e em simultâneo em relação ao refugiado ou requerente de asilo e principalmente tempo para a descoberta do refugiado em relação a nós e às funções que desempenhamos e inclusive em relação à definição da pertinência ou não da nossa proposta de apoio. Infelizmente, este projecto-piloto, pelas condicionantes impostas pelas próprias entidades financiadoras e também pela instituição que nos acolheu (CPR), era verdadeiramente limitado (dois dias por semana, durante 5 meses).

Ainda assim, estabelecemos relações realmente empáticas com algumas das pessoas que entraram no gabinete do projecto, ao longo dos 5 meses de implementação no terreno e mesmo já fora deste.

Complementarmente, julgamos ter podido minimizar algumas das dificuldades sentidas pelos refugiados em contexto de consulta no hospital ou no Centro de Saúde, através da

mediação cultural e linguística (sempre que tal era possível) que permitiu uma maior compreensão das necessidades de saúde e das respostas em relação a essas necessidades.

Foi também viável, apesar da escassez do tempo, produzir resultados que sirvam futuramente de reflexão para próximas intervenções neste domínio (ver em anexo a análise quantitativa dos resultados).

Na consulta de enfermagem, contribuimos também para o apaziguamento de alguns sofrimentos emergentes, nomeadamente queixas de dores multilocalizadas, febres, problemas dermatológicos, acompanhamento e informação sobre a terapêutica prescrita pelos clínicos, para além de sugerirmos encaminhamentos enquadrados por uma nota de acompanhamento em que era apresentada ao médico do Centro de Saúde ou Hospital, o contexto da história clínica / história pessoal do paciente.

Mas também do ponto de vista psicossocial, poderemos afirmar que julgamos ter cumprido o nosso papel. Foi frequente a entrada no gabinete do projecto de refugiados que se nos dirigiam não com o intuito de pedir orientações de saúde, mas apenas para connosco poderem partilhar as suas angústias, dúvidas e desorientações inerentes por exemplo ao facto de terem chegado em momentos em que os técnicos responsáveis estavam ausentes e por conseguinte, não existia ninguém para os integrar. Sentavam-se connosco, e a conversa corria fluida pautada apenas pela sua própria vontade, sabendo que tínhamos todo o tempo e disponibilidade para os atender, sentindo-se de algum modo apaziguados.

Consideramos esta uma questão pertinente na abordagem da saúde: terá o SNS possibilidade e vontade para disponibilizar atendimentos que corram segundo a necessidade do utente? Ou, por outro lado, o futuro terá que ser partilhado com as entidades específicas (associações) que não dependem da lógica que pressiona os médicos a atender um número elevado de pacientes sem tempo para escutar os mal-estares de cada um?

Ainda uma outra questão que fica em aberto para um próximo projecto, é a ponderação prévia sobre as metodologias mais adequadas às necessidades físicas, mentais e sociais dos refugiados. Qual a pertinência e adequabilidade dos questionários aplicados, por exemplo, que tipo de perguntas devem constar dos mesmos – caso eles existam – e que tipo de soluções terapêuticas e/ou outras poderão advir duma abordagem de saúde culturalmente competente. Julgamos que o próprio contexto de aplicação de um serviço deste tipo deverá ter lugar, futuramente, fora do recinto do próprio CPR.

É importante salvaguardar que a relação da equipa com os refugiados não seja construída a partir de uma ambiguidade: apesar de termos o cuidado de esclarecermos o nosso papel,

o que fazíamos ali e porque é que ali estávamos, alguns dos refugiados e requerentes de asilo que conosco participaram neste projecto, tiveram no início, naturais dificuldades em nos atribuir uma identidade autónoma (neste caso a associação GIS), confundindo-nos por vezes com o próprio CPR. Esta ambiguidade, interferiu eventualmente na verbalização das suas narrativas de sofrimento ou da simples procura de ajuda. Torna-se portanto pertinente a escolha futura de novos contextos de desenvolvimento de projectos similares em espaços e lugares autónomos, onde os refugiados possam acorrer sem condicionalismos exteriores às suas necessidades.

Ao longo da implementação do nosso projecto, detectamos ainda uma outra necessidade: é pertinente disponibilizar aos requerentes de asilo e refugiados informação suficientemente esclarecedora sobre quais os direitos e deveres dos refugiados no acesso ao Sistema Nacional de Saúde, o modo de funcionamento do próprio sistema de saúde, que serviços estão ou não disponíveis e de que forma é que se pode fazer uso desse mesmo sistema. Mas esta comunicação deve ser disponibilizada em ambos sentidos. Isto significa que cada médico, enfermeiro, psicólogo ou psiquiatra que atenda em consulta um refugiado, deve ter acesso a toda a informação que este lhe queira prestar, de modo a poder entender o sofrimento do doente no contexto da sua história de vida.

A partir destes pressupostos, propõem-se a existência permanente de uma coordenação entre os diferentes sectores da saúde – Serviço Nacional de Saúde, Clínicas privadas, ONG's, (nomeadamente o CPR) e Associações, (neste caso a Associação Grupo Imigração e Saúde – GIS), de forma a possibilitar a abertura de canais de diálogo sobre saúde física e mental, a partir dos próprios discursos e performances de saber sobre saúde doença e corpo verbalizados pelos refugiados, a partir do seu contexto sociocultural.

## Bibliografia consultada

- ACIDI <http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=2867>
- ACNUR (site oficial) 2004; *Resettlement Handbook – Department of International Protection*, Geneva, November 2004; First Edition July 1997; United Nations High Commissioner for Refugees
- APF; 2007 “Por nascer Mulher: um outro lado dos direitos humanos”
- Ambruster, Heidi; Lærke, Anna ; 2008; *Taking sides: ethics, politics and fieldwork in anthropology*; Editora: Berghahn Books
- Augé, M., 1984, « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement», In M. Augé & C. Helzlich (Eds). *Le sens du mal: anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris : Editions Archives Contemporaines.
- Behera, Navnita Chadha ; 2006; *Gender, conflict and migration*; Editora: SAGE
- Bemak, Fred; Chung Rita Chi-Ying; Pedersen, Paul; 2003; *Counseling refugees: a psychosocial approach to innovative multicultural interventions*; Editora: Greenwood Publishing Group
- Bourguignon, O., 1988. « Recherche clinique en psychologie, éléments d'appréciation de la situation en France »; *Psychologie française*, 33 (3), pp.267-279.
- Camino, Linda A., Krulfeld, Ruth M.; 1994; *Reconstructing lives, recapturing meaning: refugee identity, gender, and culture change*; Editora: Routledge
- Coker, Elizabeth Marie; 2004; “Travelling Pains”: Embodied Metaphors Of Suffering Among Southern Sudanese Refugees In Cairo; *Culture, Medicine and Psychiatry* 28: 15–39, Kluwer Academic Publishers.
- Contrada, Richard J. , Richard D. Ashmore; 1999; *Self, social identity, and physical health: interdisciplinary explorations*; Editora: Oxford University Press US
- Conrad, Peter , Leiter, Valerie ; 2003; *Health and health care as social problems*; Editora: Rowman & Littlefield
- Conselho Português de Refugiados (CPR): site oficial: <http://www.cpr.pt>
- Cuéllar, Israel , Paniagua, Freddy A. ; 2000; *Handbook of multicultural mental health: assessment and treatment of diverse populations*; Editora: Academic Press
- Devereux, G. ; 1968 ; « L'image de l'enfant dans deux tribus: Mohave et Sedang ». *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, 4, pp.22-35 (reeditado na Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie ; 4, pp.109-120)
- Devereux, G. ; 1970 ; *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Flammarion.
- Devereux, G. ; 1980 ; *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion. (Obra original de 1967)
- Devereux, G ; 1985; *Ethnopsychanalyste complementariste*. Paris: Flammarion.(obra original 1972)

- Ding, Hongliu; Hargraves; Lee; 2009; *Journal of Immigrant Minority Health*, 11:446–452, "Stress-Associated Poor Health Among Adult Immigrants with a Language Barrier in the United States"; Published online: 21 October 2008; \_ Springer Science+Business Media, LLC 2008
- Drozdek, Boris, Wilson John P. ; 2007; *Voices of trauma: treating psychological trauma across cultures*; Editora: Springer
- Eastmond, M., 1998; "Nationalist discourses and the construction of difference: Bosnian muslim refugees in Sweden" *Journal of Refugee Studies*, 11(2), 161–181.
- Evans-Pritchard, E. E.; 1972; *Sorcelerie, oracle, magie chez les Azandé*, Paris: Gallimard. (obra original de 1937)
- Eklblad, Solvig et all; (2007) "Interpersonal Violence Towards Women"; Section Seven: Mental Health And Illness In Immigrants.
- Ewijk, M. van, & Grifhorst, P. 1997; *Controlling and disciplining the foreign body: A case study of TB treatment among asylum seekers in the Netherlands*. In K.
- Farmer, Paul; 2004; *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*, Editora: University of California Press
- Fassin, Didier , Rechtman, Richard, Gomme, Rachel; 2009, *The Empire of Trauma: An Inquiry Into the Condition of Victimhood*; Editora: Princeton University Press
- Favret-Saada, J. ; 1977 ; *Les mots, la mort et les sorts. La sorcelerie dans le bocage*. Paris: Gallimard.
- Fédida P.; 1978; *O conceito e a violência*. Lisboa: Universidade Aberta Socicultur. (Obra original publicada em 1977).
- Gerrity, Ellen T.; Keane Terence Martin; Farris, Tuma; 2001; *The mental health consequences of torture*; Editora: Springer
- Geertz, Clifford (1966) "Religion as a cultural system" in Banton, Michael (ed.) *Anthropological Approaches to the Study of Religion*: 19.
- Godziak, E. (2002) "Spiritual Emergency Room: The Role of Spirituality and Religion in the Resettlement of Kosovar Albanians" in *Journal of Refugee Studies*. 15(2): 136-152. Good, B.; 1998; *Comment faire de l'anthropologie médicale?* NY: Cambridge University Press.
- Hall, S.; 1997; *Representation: Cultural representations and signifying practices*. London: Sage/Open university Publications.
- Herzlich, C.; 1984 ; « Médecine moderne en quête de sens: la maladie signifiant social », in M. Augé & Helzlich, C. (ed.). *Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris : Editions Archives Contemporaines
- Hajdukowski-Ahmed, Maroussia; Khanlou, Nazilla; Moussa, Helene; 2008; *Not born a refugee woman: contesting identities, rethinking practices*; Editora: Berghahn Books
- Hinton, Devon E. ; Good, Byron ; 2009; *Culture and Panic Disorder*; Editora: Stanford University Press
- Ingleby, David; 2005; *Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons*; Editora: Springer

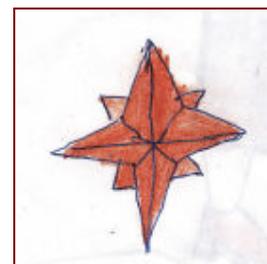
- IOM – 2008, Report of the Secretary General, Protection and Assistance to Unaccompanied and Separated Refugee Children
- Jong, Joop T. V. M. de ; 2002; *Trauma, war, and violence: public mental health in socio-cultural context*; Editora: Springer
- Kahn, Paul W. ; 2008; "Sacred violence: torture, terror, and sovereignty" - *Law, meaning, and violence*; Editora: University of Michigan Press
- Kirch, Wilhelm, 2008; *Encyclopedia of Public Health*; Editora: Springer
- Kirmayer, Laurence J., Robbins, James M.; 1991; *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*; Editora: American Psychiatric Pub.
- Kirmayer, Laurence J., Lemelson, Robert, Barad, Mark ; 2007; *Understanding trauma: integrating biological, clinical, and cultural perspectives*; Editora: Cambridge University Press
- .Kirmayer, L. J.; 1989; "Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress". *Social Science and Medicine*, 29 (3), 327-339.
- Kirmayer, A.; 1995; *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. London: University of California Press.
- Kleinman, Arthur; 1981; *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*; Editora: University of California Press
- Kleinman, A; 1988; *Rethinking Psychiatry*. New York, NY: Free Press.
- Kleinman, Arthur, Byron Good; 1986; *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*; Editora: University of California Press
- Koser, & H. Lutz (eds.), *The new migration in Europe: Social constructions and social realities* (pp. 242–259). London: MacMillan
- Lechner, Elsa (organiz.); 2009, *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*; ICS, Lisboa
- Levy, Barry S.; Sidel Victor W.; 2006; *Social injustice and public health*; Editora: Oxford University Press US
- Levi-Strauss, C. ; 1958 ; *Anthropologie Structurale*. Paris: Plon.
- Lomba, Sylvie da ; 2004; *The right to seek refugee status in the European Union*; Editora: Intersentia nv
- López, S. & Guarnaccia, P. J.; 2000; "Cultural psychopathology: unconverging the social world of mental illness"; *Annual Review of Psychology*, 51, 571-598.
- Marques, M. E. ; 1999; *A psicologia clínica e o Rorschach.*; Ed. Climepsi: Lisboa.
- Miller, Kenneth E. ; Rasco, Lisa M.; 2004; *The mental health of refugees: ecological approaches to healing and adaptation*; Editora: Routledge
- Mollica, Richard; Brunner, F.; 1988; *The Trauma Story: Refugee Survivors of Violence and Torture*, page. 300, Mazel, Publishers. New York
- Mollica, Richard F.; 2006; *Healing invisible wounds: paths to hope and recovery in a violent world*; Editora: Houghton Mifflin Harcourt
- Moro, M. R.; 2002; *Parents en exil*; Paris : PUF.
- Muecke, M. A.; 1992; "New paradigms for refugee health problems"; *Social Science & Medicine*, 35(4), 515–523

- Nathan, T. ; 1986 ; *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- Nathan, T. (1988). *Le sperme du diable. Elements ethnopsychiatriques*. Paris: PUF
- Papadopoulos, Irena; 2006; *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*; Editora: Elsevier Health Sciences
- Peter, Conrad; 2007; *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*; Editora: JHU Press
- Pouillon, J. (1970). « Maladie et médecin. Le même et/ou l'autre ». *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1, pp.76-98.
- Pussetti, C. (ed) 2009, Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural, Estudo 33 da Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, OI, ACIDI, Lisboa.
- Pussetti, C. e Pereira, L. Silva (eds) 2009, Os saberes da cura : antropologia da doença e práticas terapêuticas - Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pussetti, C. ;2006; "A patologização da diversidade". *Etnográfica*, 10 (1), 5-40.
- Reed, Holly, Keely, Charles B.; 2001; *Forced migration and mortality*; Editora: National Academies Press
- Regenstein, Marsha; Mead, Holly; Muessig, Kathryn E.; Huang, Jennifer; 2009; "Challenges in Language Services: Identifying and Responding to Patients' Needs» Published online: 7 June 2008; \_ Springer Science+Business Media, LLC 2008; *Journal of Immigrant Minority Health* (2009) 11:476–48
- Rousseau, C. (2003). « Soigner le trauma psychique: Alibi ou nécessité ». In T. Beaubet, K. Le Roch, D. Bitar & M.R. Moro (Eds.), *Soigner malgré tout: Bébés, enfants et adolescents dans la violence*, Vol. 2. Grenoble, France: La pensée sauvage (pp. 121-143)
- Richters, A. ; 2001 ; « Trauma as a permanent indictment of injustice. A socio-cultural critique of DSM-III and DSM-IV » In: M. Verwey (Ed.); *Trauma und Ressourcen. Trauma and Empowerment*; (pp.53-74). Berlin: Verlag Wissenschaft und Bildung.
- Santinho, C.; 2008; "Pathways to recognition and healing". Asylum-seekers and refugees in Portugal: field perspectives concerning physical and mental health". Apresentação EASA; Liubliana.
- Santinho, Cristina; 2009 "Reconstruindo Memórias: jovens refugiados em Portugal"; in: Revista Saúde e Sociedade, 582 Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.582-589, 2009.
- Santinho, Cristina; 2009: "Labirintos do Trauma: A verbalização do sofrimento nos refugiados em Portugal"; pág 113; 151, in: Pussetti, C. e Pereira, L. Silva (eds) 2009, Os saberes da cura : antropologia da doença e práticas terapêuticas - Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) (2009): "Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – SEF, 2008", pág. 79.
- Silove, Derrick; M.B.Ch.B., M.D., Franzc: 2005, "The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma"; Toward an Integrated Conceptual Framework;, p: 202
- Silove, D., & Steel, Z.; 1998; "The mental health & well-being of on-shore asylum seekers in Australia"; *Psychiatry Research and Teaching Unit*; Liverpool, Australia: University of New South Wales.

- Silove, D.; 2005; "From trauma to survival and adaptation: towards a framework for guiding mental health initiatives in post-conflict societies"; In D. Ingleby (Ed.); *Forced Migration and Mental Health. Rethinking the Care of Refugees and Displaced Person*; (pp.29-52). New York: Springer.
- Sindzing, N. ;1989 ; « La notion de transfert de représentations: l'exemple des aspects culturels de l'infortune» ; *Anthropologia Medica*, 5-6.
- Skultans, Vieda; 2007; *Empathy and healing: essays in medical and narrative anthropology*; Editora: Berghahn Books
- Summerfield, D.; 1999; "A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas". *Social Science & Medicine*, 48, 1449–1462.
- Swiss Agent For Development And Cooperation, Federal Department Of Foreign Affairs; 2006; *Gender, Conflict, Transformation And The Psychosocial Approach (Toolkit)* Ed: Berlin
- Valluy, J. ; 2009. *Rejet des exilés – le grand retournement du droit de l'asile*. Paris: Editions Du Croquant.
- Wang, Ed; 2008, *Global Mental Health: Trauma and Recovery – Harvard Program in Refugee Trauma*, curso de 2008/2009
- Watters, C.; 2007. Refugees at Europe's Borders: "The moral economy of care"; *Transcultural psychiatry*, 44 (3), pp.394-418.
- Wilson, John P., Droždek, Boris; 2004; *Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*; Editora: Routledge
- Winnicott, D.; 2004. *Les enfants et la guerre*. Paris: Payot.
- Woolfolk, Robert L., Allen, Lesley A.; 2006; *Treating somatization: a cognitive-behavioral approach*; Editora: Guilford Press
- World Health Organization; 1996; *The mental health of refugees*. Geneva: WHO.
- Young, R.; 1995; *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton : Princeton University Press.
- Zempleni, A. ; 1985. La "maladie" et des "causes". Introduction. *L'ethnographie*. LXXXI (2), pp.13-44.

## Projecto-Estudo sobre a Saúde dos Refugiados numa Perspectiva de Vulnerabilidade

Resultados da análise de dados em SPSS



### Algumas considerações gerais

Para a análise dos dados utilizaram-se os sistemas SPSS e EXCEL. Foram introduzidos no sistema SPSS todos os inquéritos (50 no total) e as variáveis quantitativas (40 variáveis). As restantes questões foram trabalhadas no Excel, já que se tratava de perguntas abertas, comentários e observações. Adicionalmente foram tratados também os dados dos atendimentos realizados durante o tempo de duração do projecto (trabalho de campo de Abril até Setembro de 2009 inclusive). Foi criada uma base de dados no SPSS que faz parte deste relatório.

Para obter uma correcta leitura desta análise quantitativa, os resultados devem ser interpretados dentro da própria investigação e tendo em conta as características particulares da população em estudo. Cabe salientar a importância para este propósito do contributo das técnicas que realizaram o trabalho de campo, tanto das enfermeiras como da antropóloga. A abordagem por elas realizada deve-se reflectir também nesta análise.

### Resultados

Realizaram-se no total 50 inquéritos a refugiados e requerentes de asilo do Centro de Acolhimento da Bobadela durante os meses de Abril e até final de Setembro de 2009.

#### 1. Características demográficas

Começaremos por efectuar uma análise descritiva das características demográficas da população em estudo, tendo em consideração as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, contexto familiar, nível de qualificações, nacionalidade e religião.

Com respeito ao **sexo**, observa-se um predomínio do sexo masculino no total dos 50 casos, 39 homens (78%) para 11 mulheres (22%). Dentro dos refugiados inqueridos, encontram-se cinco casais. Os cinco casais têm filhos, três deles têm só uma filha, outro têm só um filho e o outro tem três filhos, dois rapazes e uma rapariga. Também se encontram dentro desta amostra duas mães sozinhas com filhos. Destas mães que vieram sozinhas com os filhos, uma delas tem um filho, enquanto a outra tem uma filha. Uma delas não fez qualquer referência ao pai da criança, enquanto a outra, pelo contrário, conta que esteve à procura do marido durante três anos, depois dele ter sido chamado para o serviço militar e nunca mais ter voltado. Durante esse tempo a sua filha viveu com a avó.

No que diz respeito à **idade**, verificamos que a grande maioria (70%) tem menos de 35 anos. Sendo a média da idade 30,4 anos e a moda 23, podemos afirmar que os refugiados ou requerentes de asilo se encontram na idade activa, predominando os jovens e adultos.

Em relação aos menores, encontramos dentro da população inquerida, um total de sete, dos quais três deles fazem 18 anos ainda neste ano de 2009. Dos restantes quatro, um deles tem 14 anos e os restantes têm 16 anos, trata-se de três rapazes e uma rapariga. Destes quatro menores, dois vieram acompanhados de pai e mãe, um deles veio só com a mãe e o outro veio sozinho, verifica-se portanto a existência de um caso de um menor de 16 anos não acompanhado. Agora acrescentando os menores que fazem 18 anos neste ano de 2009, constata-se a existência de um total de quatro menores não acompanhados, três rapazes e uma rapariga. (Ver Tabela 1).

Tabela 1 – Menores

N	Sexo	Idade	Acompanhado por
1	M	14	Pai e mãe
1	M	16	Pai e mãe
1	M	16	Sozinho
1	F	16	Mãe
1	M	18	Sozinho
1	F	18	Sozinho
1	M	18	Sozinho

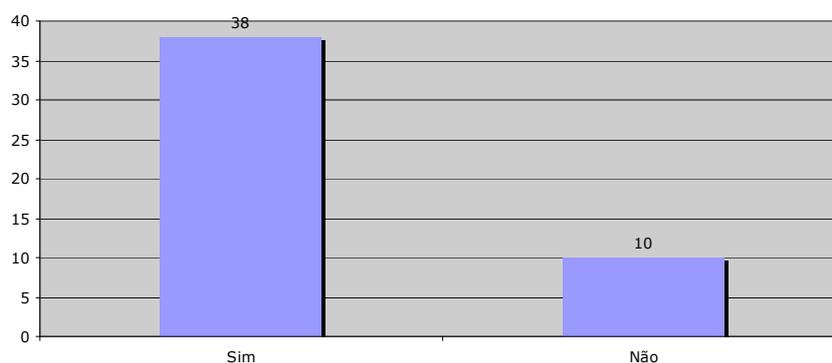
Em relação ao **estado civil**, predominam os solteiros, atingindo 64% dos casos e em segundo lugar os casados que correspondem a 20%. Importa ter em conta que nem todos os casados vieram acompanhados dos respectivos cônjuges.

**Tabela 2 – Caracterização geral da amostra**

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	11	22.0
Masculino	39	78.0
<b>Idade</b>		
<18	7	14.0
19-25	14	28.0
26-30	8	16.0
31-40	12	24.0
>40	9	18.0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	32	64.0
Casado	10	20.0
União de facto	2	4.0
Divorciado	3	6.0
<b>Nível de qualificação</b>		
Ensino Básico	8	16.0
Ensino Secundário	22	44.0
Ensino Superior	8	16.0

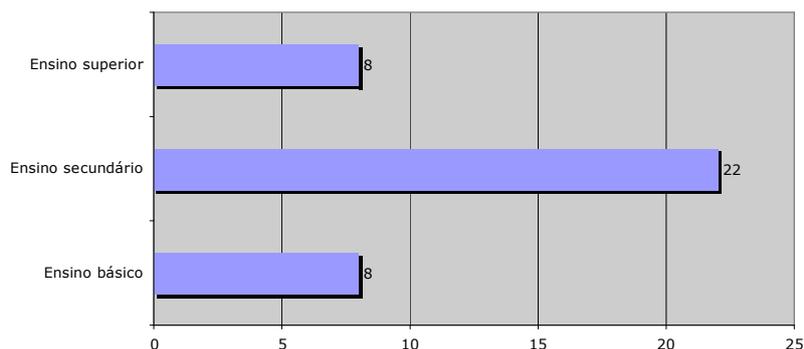
Em relação aos estudos realizados, 79% referiu ter realizado estudos no seu país de origem, enquanto 21% não estudou. Em termos de género, cabe mencionar que todas as mulheres entrevistadas realizaram estudos no seu país de origem.

**Gráfico 1 – Estudos efectuados no país de origem**



Com respeito ao **nível de qualificação** desta população, verifica-se uma elevada proporção de casos ao nível do ensino secundário, atingindo 44% dos casos. No nível básico encontram-se 16% dos casos e no nível superior também se encontram 16% dos casos, o que corresponde a 8 casos. Em termos de género, observamos que 6 homens e 2 mulheres têm estudos ao nível superior. No caso das duas mulheres, uma refere ser contabilista, enquanto a segunda não faz alusão à sua profissão.

Gráfico 2 – Nível de qualificação



No que se refere à profissão encontramos uma distribuição muito diversificada que vai desde profissões pouco ou não qualificadas até profissões qualificadas. (Ver listagem das profissões no Anexo)

Com respeito à **chegada** a Portugal, verificamos que a maioria (92%) veio nos anos 2008 e 2009 e que a grande maioria veio sozinha (70%). Aqui destacam-se os homens já que 31 referem ter vindo sozinhos enquanto somente 4 mulheres o fizeram.

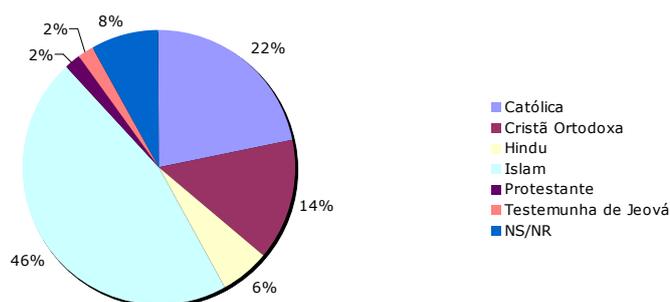
Observa-se também a vinda de três famílias nucleares com filhos, duas famílias sem filhos e dois casos de famílias monoparentais de mães e filhos. Encontramos ainda um caso de um menor do sexo masculino que referiu ter vindo na companhia de amigos.

No que diz respeito à **nacionalidade** destes refugiados ou requerentes de asilo, encontramos uma grande variedade quanto aos países de origem, verificando-se no total 17 nacionalidades provenientes de 4 continentes, Ásia, África, América e Europa. A par da diversidade de nacionalidades, encontramos 13 etnias e 22 línguas diferentes dentro da população em estudo. (Ver listagem no Anexo)

Em relação à **religião**, predominam os muçulmanos atingindo 46% dos casos, seguidos dos católicos com 22% e em terceiro lugar dos cristãos ortodoxos com 14% dos casos. Outras religiões mencionadas são: a hindu, a protestante e as testemunhas de Jeová. Em termos de género, verificam-se dentro do Islão 21 homens e 2 mulheres, dentro dos católicos, 6 homens e 5 mulheres e dentro dos cristãos ortodoxos 5 homens e 2 mulheres.

Dos 50 casos inqueridos, existem 4, todos eles do sexo masculino, que não responderam à questão sobre religião.

Gráfico 3 – Religião dos refugiados



## 2) Características de saúde

Quanto à questão da saúde foram abordados diferentes aspectos. Por um lado a condição geral de saúde dos refugiados ou requerentes de asilo tanto no país de origem como no momento da entrevista em Portugal e, por outro lado, o registo e a avaliação das idas ao médico e os motivos que os teriam levado a elas. Finalmente trataram-se aspectos relacionados com a vivência de situações de violência por parte destes indivíduos, situações estas que possam estar associadas à sua condição de saúde.

Em relação à condição de **saúde geral**, a informação obtida refere-se a dois momentos diferentes: o primeiro à condição de saúde no país de origem e o segundo à forma como definiria a sua saúde no momento actual. Isto permite avaliar se houve ou não uma melhoria em termos de saúde. Cabe salientar, que a avaliação feita do estado

de saúde é subjectiva já que se baseia na percepção que o entrevistado tem sobre a sua própria saúde. Desta forma estamos também a incluir aspectos relativos ao seu estado emocional, aspectos estes que escapam às vezes nas revisões médicas.

Quanto à primeira questão referida, a saúde no país de origem, em termos gerais verifica-se que 58% dos entrevistados, manifesta ter tido boa saúde, enquanto que 28% declara não a ter tido. Desta última percentagem, que corresponde a 14 indivíduos, a metade declara má saúde, enquanto que a outra metade reconhece que tinha uma saúde regular. Dos sete casos referidos e que manifestaram ter tido uma má saúde, seis são homens e só uma é mulher.

Daqueles que referiram ter tido pouca saúde antes de sair do seu país de origem, só dois deles continuam a manifestá-la na actualidade. Dois declaram ter uma saúde regular e três referem ter boa saúde no momento actual. Neste sentido a saúde da maioria deles tem melhorado com respeito à que tinham no país de origem.

Por outro lado, se observarmos os resultados no momento da entrevista, verifica-se que do total dos casos, 62% declaram ter boa saúde, 24% saúde regular e 6% má saúde. Apesar de terem diminuído os casos que apresentaram má saúde (passando de 7 a 3), os casos que apresentam uma saúde regular quase duplicaram (passando de 7 a 12).

Curiosamente, estes casos que no país de origem apresentavam uma saúde regular, eram maioritariamente homens, enquanto agora os casos de saúde regular encontram-se repartidos entre homens e mulheres, o que mostra um aumento significativo de mulheres cuja saúde tem piorado com a vinda para Portugal.

De acordo com estes dados, podemos afirmar que os casos em que tem piorado a saúde no país de acolhimento dizem respeito, na sua maioria, às mulheres, apesar deste grupo estar menos representado no total dos casos. Quando observamos os menores de 18 anos, dos quais existem só duas raparigas, ambas referem terem tido boa saúde no país de origem e uma saúde regular no momento actual, o que significa que a saúde de ambas as raparigas menores piorou com a saída do seu país de origem.

Relacionando estes dados com a nacionalidade, os que apresentam, segundo a sua própria auto-avaliação, piores condições de saúde em geral são os refugiados provenientes da Mauritânia, Angola, Nigéria, Somália e Guiné e os que apresentam uma boa saúde em geral, os provenientes de Benim, Sri Lanka, Congo, Senegal e Ucrânia.

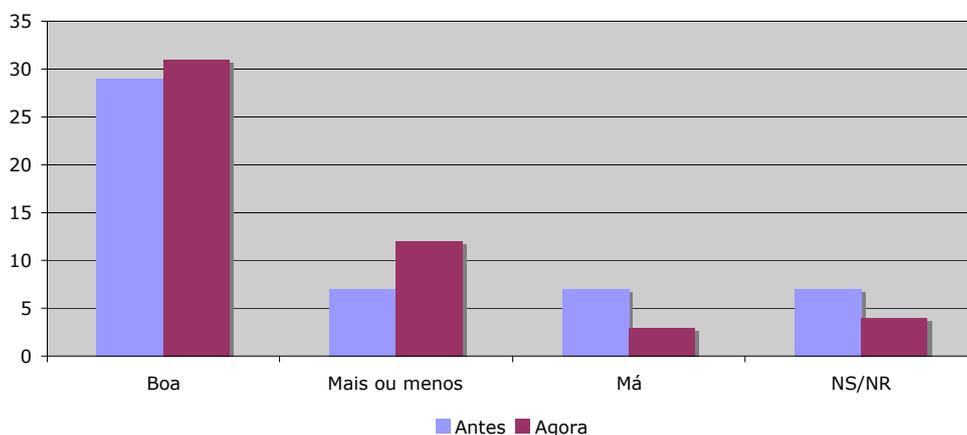


Gráfico 4 – Condição de saúde

No que se refere à falta de **apetite**, verifica-se que a grande maioria (80%) declara não ter falta de apetite, enquanto 12% manifesta ter falta de apetite, na sua grande maioria homens.

Embora os motivos da falta de apetite não estejam necessariamente relacionados com um problema de saúde, verifica-se contudo que os indivíduos que declaram ter falta de apetite coincidem com aqueles cuja saúde é considerada regular ou má.

Por outro lado, segundo informação proporcionada pelas técnicas de saúde, alguns refugiados manifestaram a dificuldade de encontrarem em Portugal os ingredientes utilizados na elaboração das refeições no seu país o que resulta, muitas vezes, na necessidade de se terem que adaptar a outros gostos, a outros hábitos alimentares e às diferentes formas de elaboração da comida. Também tem que ver com os alimentos disponibilizados pelo CPR

(Banco Alimentar) ou os alimentos disponíveis para compra nas imediações do Centro (muito diferentes daqueles a que estavam culturalmente habituados).

Em relação às **consultas ao médico**, realizadas no país de origem, verificamos que a maioria (74%) recorreu às consultas ao médico ou ao Hospital no seu país de origem. Só em muito poucos casos se verificam a recorrência à medicina não tradicional (medicina africana ou curandeiro). Também se encontram casos que referem que nunca fizeram qualquer visita ao médico no país de origem, apontando como principal motivo o facto dos cuidados de saúde serem excessivamente caros e portanto restritivo a quem não os possa pagar.

Em Portugal, todos os refugiados ou requerentes de asilo entrevistados têm feito as análises e a avaliação clínica regulamentares na entrada ao país com os médicos do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) no aeroporto e depois de chegados ao CAR no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e no Centro de Diagnóstico Pneumológico; 60% dos casos têm consultado também os médicos de família do Centro de Saúde da Bobadela. Outros centros médicos visitados são o Hospital Santa Maria, a Maternidade Alfredo da Costa, o Hospital Curry Cabral, o Centro de Saúde S. João da Talha, a Clínica Eco-X e a Clínica Santo António. Os motivos destas consultas são, na sua grande maioria, de carácter de rotina ou para efectuem análises simples.

Outras características da saúde analisadas no estudo, e que foram observadas durante o funcionamento do gabinete de saúde referem-se aos sintomas, doenças e à avaliação dos sinais vitais, rastreios de hipertensão arterial, frequência cardíaca, massa corporal e temperatura.

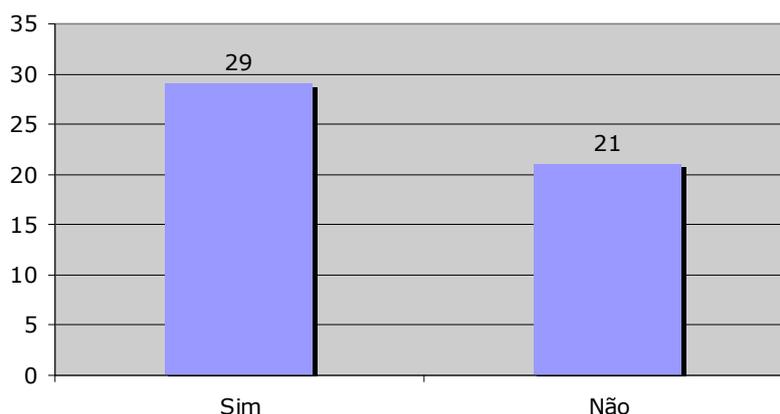
### a) Sintomas

Os **sintomas** manifestados pelos refugiados têm variado ao longo do funcionamento do gabinete de atendimento no Centro de Acolhimento. Neste sentido, alguns refugiados que no início não tinham referido qualquer sintoma, após algumas consultas adquiriram a confiança suficiente para exteriorizar o aparecimento de alguns sintomas e falar sobre aspectos da sua saúde.

De acordo com a informação proporcionada pelas enfermeiras que efectuaram o atendimento, as mulheres têm evidenciado maior à vontade para exteriorizar esse sintomas e têm inclusive falado sobre assuntos relacionados com situações de sofrimento que provavelmente se tenham repercutido na sua saúde física e mental.

Do total dos casos inquiridos, 58% declaram apresentar pelo menos um dos sintomas referidos, enquanto os 42% restantes declara não possuir nenhum sintoma de doença no momento da entrevista, embora este facto se tenha modificado às vezes ao longo do período de atendimento no gabinete de saúde.

**Gráfico 5 – Apresentação de sintomas**



Com respeito ao tipo de sintomas manifestados pelos refugiados entrevistados, os mais frequentemente referidos foram: dores de cabeça, dores de estômago, dores musculares e insónias.

Resulta interessante salientar que existem sintomas psicossomáticos como o caso da insónia que poderá estar eventualmente relacionado com uma situação de stress sofrida, situação esta que em geral é vivida pela grande maioria dos refugiados.

## b) História clínica: Enfermidades

Com respeito aos antecedentes médicos, verifica-se que do total dos casos analisados, 40% manifestou ter tido algum antecedente, enquanto a maioria (60%) referiu não ter tido. No que se refere às doenças, a distribuição é muito variada, sendo as mais frequentes as metabólicas, osteoarticulares e cardiovasculares.

Analisando os sintomas e as doenças em termos de **género**, verificamos que no total das mulheres (n=11), sete apresentam vários sintomas, duas apresentam só alterações menstruais, uma só insónia e uma delas não apresenta qualquer sintoma. No entanto, e tendo em conta que as mulheres refugiadas entrevistadas são poucas em números absolutos comparadas com os homens, podemos afirmar que a maioria delas (64%) apresenta vários sintomas.

Analisando os tipos de sintomas mais frequentemente referidos constatamos que em primeiro lugar aparecem os sintomas do tipo ginecológico: sete apresentam alterações menstruais, das quais três apresentam adicionalmente dores pélvicas e duas manifestam também ter perdas de sangue. Em relação a outro tipo de sintomas, aqueles que são mais referidos são as dores de cabeça, as insónias, a falta de energia e as dores musculares. Em termos gerais, os sintomas mais frequentemente referidos pelas mulheres refugiadas são: alterações menstruais, dores de cabeça, insónia, falta de energia e dores musculares.

No que se refere às doenças, das 11 mulheres inqueridas, sete referem alguma doença e quatro não manifestaram ter antecedentes de doenças. As doenças mencionadas são muito variadas, sendo as metabólicas as mais frequentes. Três mulheres apresentam doenças metabólicas, duas gastrointestinais e duas ginecológicas. Cabe mencionar que as mulheres que apresentam vários sintomas também apresentam várias doenças o que se prende, nalguns casos, com uma saúde frágil. (Ver tabela 3).

**Tabela 3 – Saúde das mulheres**

Idade	Sintomas	História clínica (Enfermidades)	Situação de violência
16	Dor de cabeça, tonturas e dores musculares	--	Não
18	Insónias	Gastrointestinais	Sim
24	Dor de cabeça, dores musculares e alterações menstruais	--	Sim
25	Dores de estômago, falta de energia e dores musculares	Tracto urinário	Não
26	Alterações menstruais	--	Não
30	Dor de cabeça, insónias, falta de energia, dores pélvicas, alterações menstruais e perdas de sangue	Metabólicas	--
30	Dor de cabeça, problemas cardíacos, insónias, falta de energia, ansiedade, sentimento de medo ou pânico, tonturas, dores musculares e alterações menstruais	Cardiovasculares	Sim
32	Alterações menstruais	--	--
33	Dor de cabeça, de estômago, insónias, falta de energia, ansiedade, dores pélvicas, alterações menstruais e perdas de sangue	Metabólicas e gastrointestinais	Não
34	Dores de estômago, dores pélvicas e alterações menstruais	Metabólicas e ginecológicas	Sim
47	--	Ginecológicas	Não

Analisando os sintomas de saúde no que se refere aos **menores de idade**, verifica-se que do total dos sete menores mencionados, quatro deles apresentam sintomas, um destes também apresenta doenças conjuntamente com outros dois e outro não apresenta sintomas nem doenças.

No que se refere à idade, dentro dos mais velhos que fazem 18 anos ainda este ano (2009) encontram-se dois rapazes e uma rapariga. Os três vieram sem família. Os três têm manifestado sintomas, tais como: insónias, sentimento de medo e pânico e um deles manifestou ainda outro tipo de sintomas como dores de cabeça, dores de estômago, problemas da pele e falta de energia. A única rapariga deste grupo apresenta doenças gastrointestinais. Importa ainda referir que dois deles manifestaram ainda terem sido vítimas de violência: a rapariga teria sofrido abuso sexual e um dos rapazes ameaças por parte do pai da namorada pelo facto desta ter engravidado.

Os outros quatro menores são um de 14 anos e três de 16 anos, três rapazes e uma rapariga. Dois deles vieram com a família, pai e mãe, um deles veio sozinho (16 anos) e o outro veio só com a mãe. Destes, quatro menores existe um caso de um menor não acompanhado, mas que não apresenta sintomas nem declara qualquer tipo de doença. Os restantes três menores, dois apresentam doenças do foro dermatológico e oftalmológico. Apresentando um deles (a rapariga) vários sintomas (dores de cabeça, tonturas e dores musculares). (Ver tabela 4).

Tabela 4 – Saúde dos menores

n	Sexo	Idade	Acompanhado por	Sintomas	Enfermidades
1	M	14	Pai e mãe	--	Dermatológicas
1	M	16	Pai e mãe	--	Oftalmológicas
1	M	16	Sozinho	--	--
1	F	16	Mãe	Dor de cabeça, tonturas, dores musculares	--
1	M	18	Sozinho	Sentimento de medo ou pânico	--
1	F	18	Sozinho	Insónias	Gastrointestinais
1	M	18	Sozinho	Dor de cabeça, de estômago, problemas da pele, falta de energia, ansiedade, sentimento de medo ou pânico	--

### c) Sinais vitais

Os sinais vitais avaliados durante o funcionamento do gabinete de atendimento no CPR foram: peso, altura, massa corporal, frequência cardíaca, tensão arterial, glicemia.

No que se refere à frequência cardíaca, na amostra de 50 indivíduos, verifica-se uma média de 72.2, com um desvio standard de 11.2, sendo o valor máximo atingido 100 e o mínimo 50. Não existe uma associação específica entre a frequência cardíaca e o sexo, apresentando assim uma distribuição uniforme.

Em relação à tensão arterial, encontramos dentro dos 50 refugiados avaliados, uma tensão média de 120/75, sendo a tensão sistólica 159/95 e a diastólica 89/62. Em termos de género, verifica-se que os casos de tensão arterial mais elevada correspondem aos homens. Portanto acima de 127/83 só se verificam pessoas do sexo masculino, 14 no total.

Em termos gerais as mulheres apresentam valores de tensão arterial mais baixa que os homens. Em termos de idade não existe relação entre a idade e a tensão arterial. Os casos de hipertensão encontram-se distribuídos em todos os escalões etários analisados, mas mais concentrado nos homens. Segundo informação proporcionada pelas enfermeiras, a maioria dos casos de hipertensão provém da Mauritânia, onde foi adaptada uma alimentação com menos sal e menos café, sendo alguns destes casos devidamente encaminhados para o Centro de Saúde da Bobadela.

Por último, e no que se refere à **terapêutica**, verifica-se que a maioria (64%) não faz terapêutica. Embora exista cerca de 26% dos casos que manifestaram que referiram que fazem terapêutica, estes casos correspondem a 13 indivíduos, dos quais 8 são homens e 5 mulheres. Neste sentido resulta interessante mencionar que enquanto quase metade das mulheres refugiadas entrevistadas fazem terapêutica, somente 20% dos homens declaram fazê-la. Algumas das terapêuticas mencionadas nos inquéritos foram: levotiroxina, asawim, nitromidemide sublingual, glibeuclamide (glibenclamide), hidroxine (hidroxisina), tannilide, paracetamol, daonil, rovanycine, ibuprofeno, enalapril, clortalidone.

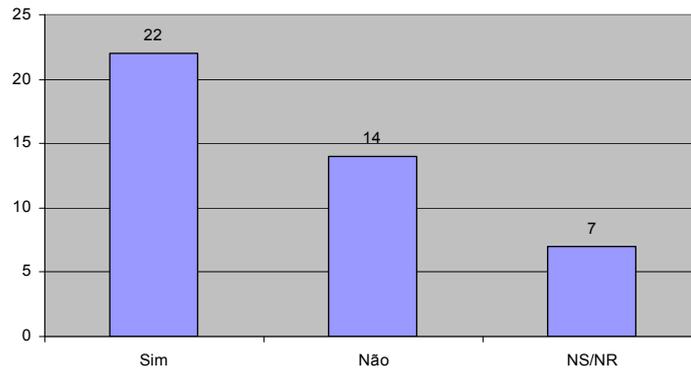
### 3) Situação de violência

É importante relembrar que este tipo de população em estudo compreende algumas características particulares, entre as quais muitas vezes encontramos o sofrimento ou o ter sido testemunha directa ou indirectamente, de uma **situação de violência**, tendo alguns deles fugido pelo facto de serem vítimas de perseguições, torturas, guerras ou conflitos armados entre etnias. Esta situação é extremamente delicada e a sua verdadeira dimensão dificilmente

pode ser transmitida através dos inquéritos. De qualquer modo, o relacionamento dos refugiados com a equipa de investigação e as contínuas aproximações que se têm levado a cabo ao longo do processo de trabalho de campo, permitem uma contextualização dos dados aqui apresentados.

Do total dos casos, 44% manifesta ter passado por uma situação de violência no seu país de origem, 28% declara não ter vivido essa experiência e 28% não responde a esta questão, quer por desconhecimento quer por não querer responder. Destes 44% que representam 22 indivíduos, 18 são homens e 4 são mulheres. Dos 22 indivíduos que passaram por situações de violência, todos referem ter sentido medo perante esta situação, mas só 12 deles gostariam de falar com alguém sobre este assunto.

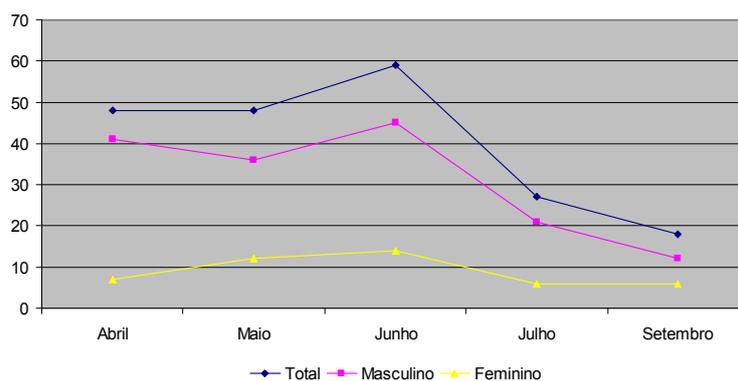
**Gráfico 7 – Testemunha de situação de violência**



#### 4) Atendimentos

Com respeito aos atendimentos realizados durante o funcionamento do gabinete de saúde no Centro, podemos afirmar que no total houve 245 atendimentos, equivalendo a uma média de 49 atendimentos por mês. A maioria dos indivíduos atendidos foi do sexo masculino, representando 77,5% dos atendimentos realizados. Todos os indivíduos inqueridos (50 casos) foram atendidos pelo menos uma vez no gabinete de saúde, onde foram avaliados os seus principais indicadores clínicos, como: altura, peso, massa corporal, tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e glicemia.

**Gráfico 8 – Evolução dos atendimentos por género**



No gráfico podemos constatar a evolução dos atendimentos, tanto por género como pelo tipo de atendimento.

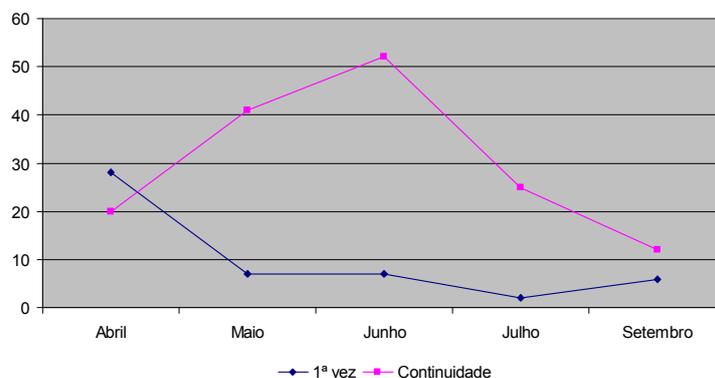
No mês de Abril, quando se iniciou este estudo, foram realizados 48 atendimentos (41 homens e 7 mulheres) estas visitas foram aumentando até ao mês de Junho para logo diminuir até Setembro.

É importante referir que os atendimentos reduziram porque os grupos são flutuantes, ou seja o grupo de refugiados de Junho não era o mesmo de Setembro, apenas alguns mantinham contacto.

Relativamente ao tipo de atendimento, como era esperado, os atendimentos de 1ª vez diminuem ao longo do período de tempo, enquanto os atendimentos de continuidade aumentam para logo diminuir no final do período.

Adicionalmente, realizou-se ao longo do período de funcionamento do gabinete, um total de 16 encaminhamentos, a maioria dos quais para o Centro de Saúde da Bobadela, um caso para o Hospital de Curry Cabral e outro para o Centro de Diagnóstico Pneumológico.

**Gráfico 9 – Evolução dos atendimentos por tipo**



Os atendimentos realizados no gabinete de saúde, trataram vários motivos, sendo alguns deles mais frequentes. Para além das recomendações e encaminhamentos feitos pelas profissionais de saúde, foi ainda dado, durante as visitas dos utentes, apoio de carácter emocional, principalmente às mulheres.

A seguir sintetizam-se alguns dos motivos principais dos atendimentos realizados:

<b>Motivos recorrentes</b>
Avaliação dos sinais vitais (peso, índice de massa corporal, frequência cardíaca, temperatura)
Controle mensal dos sinais vitais
Orientação sobre alimentação / dieta balanceada (menos sal nas comidas, sobretudo nos utentes que apresentaram tensão arterial alta)
Prestação de apoio emocional
Rastreios de hipertensão arterial
Problemas cardíacos (arritmias)
Cefaleias / Cefaleias intensas

<b>Motivos específicos</b>
Lesões descamativas na cabeça
Encaminhamento para avaliação oftalmológica e odontológica (menores)
Cefaleias e desequilíbrios ligeiros
Apresentação de eritema extenso no abdómen
Acompanhamento de doenças como no caso de tiróide e quistos mamários
Problemas gástricos
RX e TAC de perna direita que revela lesão traumática calcificada
Preparação para o parto e acompanhamento de gravidez
Tosse
Alergias
Problemas urinários
Inflamação no joelho
Dor de garganta
Pele descamática
Nódulo inguinal com inflamação
Baixo peso
Fístula
Infecção latente de TP
Náuseas e vômitos
Queixas e dores abdominais e lombares
Rinites

No final abordaram-se aspectos relacionados com as expectativas e o **futuro** destes refugiados ou requerentes de asilo. A maioria deles refere gostar de estar em Portugal e que pretende viver aqui no futuro, procurar trabalho e constituir uma família, havendo alguns que referem o desejo de estudar.

De uma forma geral, referiram que procuram uma vida melhor, mais calma e segura, embora existam alguns casos que referem que desejam voltar ao seu país quando a situação mudar, principalmente para rever a família que lá ficou.

Concluindo a presente análise, podemos afirmar que dentro desta população de refugiados e requerentes de asilo existe uma grande diversidade de nacionalidades, religiões e profissões o que influencia, e muitas vezes dificulta, a convivência no Centro de Acolhimento.

Em geral, as mulheres vêm acompanhadas e os homens chegam sozinhos. Em termos gerais, as mulheres referem mais sintomas que os homens e mostram-se mais abertas para falar sobre a sua saúde.

No que se refere ao acesso a serviços de saúde nos países de origem, é referido que muitas vezes os mesmos são caros obrigando as pessoas com poucos recursos económicos a optarem por outras alternativas como auto-medicar-se, ir à farmácia, ir ao curandeiro ou recorrer à medicina alternativa.

Os aspectos mais interessantes destas histórias de vida encontram-se muitas vezes nos próprios relatos dos refugiados, onde se pode observar a fragilidade da sua saúde emocional. Muitas vezes, o simples facto de ser refugiado, conduz a uma situação de vulnerabilidade acrescentada em muitos casos pela dificuldade em exprimir os seus sintomas, por questões de idioma, por ter sofrido uma situação de violência no passado que os leva a ter medo e desconfiança das pessoas, por não ter ido anteriormente a uma consulta médica (por falta de dinheiro) e inclusive por ter “vergonha” de manifestar sintomas de doenças com medo de ser marginalizado pelo resto do grupo.

Sem dúvida que cada história é diferente, mas em todas elas encontramos um denominador comum, a presença de situações de violência e perseguição, nomeadamente, tortura, escravatura, morte de familiares, prisão, perseguição religiosa, política, étnica, prostituição e terrorismo.

Em relação ao futuro, e em termos gerais, podemos afirmar que aquele tende a ser encarado de uma forma positiva, verificando-se algum optimismo com respeito ao futuro em Portugal para a maioria destes refugiados. É neste país que pretendem trabalhar, continuar a viver em busca de uma vida melhor, com tranquilidade e segurança.



**Associação GIS**  
Grupo Imigração e Saúde

Projecto financiado pelo Fundo Europeu para os Refugiados (FER)  
e pela Fundação Calouste Gulbenkian - Programa Saúde e  
Desenvolvimento Humano

Projecto nº 2008/ FERIII/A2/ 01  
<http://gis.associacao.blogspot.com>



União Europeia



FUNDAÇÃO  
CALOUSTE  
GULBENKIAN