

# **Contextos Migratórios, Particularidades Culturais e Abordagens específicas no Campo da Saúde**

**Maria Cristina Santinho**

**Antropóloga, técnica na Câmara Municipal de Loures**

Quais os desafios que se colocam ao Antropólogo quando, no contexto do seu trabalho como técnico de uma autarquia, se propõe desenhar projectos de intervenção na área da saúde, orientados para as populações imigrantes residentes num determinado concelho? Qual a importância do trabalho em parceria, quando se pretende intervir em áreas como a acessibilidades dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde, a prevenção do HIV-SIDA, a Mutilação Genital Feminina ou a gravidez prematura? No campo da saúde, como cruzar saberes institucionalizados e hegemónicos com saberes ancestrais explicadores de uma determinada visão do mundo?

**Palavras chave: Trabalho autárquico; Saúde; Imigrantes; Vulnerabilidade.**

Portugal e em particular a área metropolitana de Lisboa, foi alvo de uma alteração profunda na sua morfologia social nas décadas mais recentes, em particular pela coexistência de populações nacionais e estrangeiras com diferentes origens geográficas, diversos de vida e inclusive diferentes sistemas de organização política e administrativa que, obrigam a reflectir sobre novas formas de encarar o mundo e soluções mais ajustadas a uma sociedade multicultural.

A diversidade social, étnica, cultural e religiosa da população imigrante residente actualmente em Portugal, a par da expressividade idiossincrática e das histórias de vida particulares de cada indivíduo, faz com que o país receptor, tenha a responsabilidade de dar uma resposta eficaz às suas diversas necessidades, em particular no campo da saúde, uma das áreas mais sensíveis na condição de imigrante economicamente desfavorecido.

Partindo do princípio de que em grande parte dos países de origem dos imigrantes – com particular expressão para os países africanos de expressão portuguesa

– os sistemas de saúde de modelo ocidental, eram (e em muitos casos ainda são) praticamente inexistentes, enquanto abordagem no domínio da promoção da saúde e prevenção da doença, importa-nos aprofundar outros modelos alternativos neste campo, que estabeleçam a ponte entre a necessidade de apoio sentida pelos imigrantes no campo concreto da saúde, face à nova realidade que estão a viver, salvaguardando as suas particularidades identitárias e, nalguns casos, a intervenção médica de modelo ocidental.

A questão da saúde dos imigrantes tem sido encarada de uma forma geral, num contexto mais global da exclusão social, sem tomar grandemente em conta os padrões culturais específicos de cada grupo cultural, confundindo frequentemente conceitos fundamentais como nacionalidade e origem étnica e prejudicando assim a comunicação em termos de eficácia de utilização dos serviços de saúde.

Cada etnia, cada grupo, tem as suas próprias crenças e práticas únicas no referente à saúde, assim como os seus recursos comunitários para a prevenção de certas doenças e cura de males comuns. Por conseguinte uma das abordagens que se pode e deve fazer, é uma abordagem localizada, tendo em conta as idiossincrasias de cada grupo e os seus problemas relativos às desigualdades no acesso à saúde e outros serviços básicos.

A necessidade de se promover uma abordagem específica no campo da saúde das comunidades imigrantes, surge do facto destas populações estarem sujeitas a muitas desigualdades sociais, económicas, culturais, religiosas e cívicas que fragilizam o seu estado físico e psíquico.

A promoção da saúde deverá por conseguinte ser levada a cabo não só pelos profissionais de saúde – médicos e enfermeiros – mas também de forma concertada e em parceria, pelos técnicos que intervêm em programas e projectos comunitários (desde logo antropólogos, sociólogos, psicólogos, animadores sócio-culturais), pelos líderes das associações de imigrantes locais, pelos mediadores de saúde que fazem uma ponte entre a sua comunidade de origem e a sociedade de acolhimento – escola ou trabalho, sem esquecer as mulheres da comunidade e os líderes religiosos.

É necessário que haja uma acção concertada entre todos, é necessária uma formação adequada em direitos de cidadania, promoção da saúde, e interculturalidade, formação esta que também deve ser partilhada por cada um destes actores culturais.

Como antropólogos, teremos que analisar se intimamente estamos dispostos a intervir com acções concretas e pragmáticas, pois o nosso contributo poderá de facto vir a influenciar a maneira como outros técnicos de saúde percebem o contexto cultural dos imigrantes, tomando o papel de facilitadores entre estas comunidades e os médicos e enfermeiros, traduzindo a importância dos valores e práticas culturais, sociais, religiosas e simbólicas próprios de cada comunidade.

Infelizmente a formação cruzada ou mesmo a investigação sobre as características específicas em termos de saúde e doença entre as diferentes comunidades imigrantes ainda não está trabalhada nem sequer ao nível dos simples dados estatísticos. Factores como o índice de morbilidade, natalidade, mortalidade, gravidez prematura, ou incidência de determinadas doenças específicas de certos grupos, ainda estão no domínio dos dados empíricos ou do conhecimento de alguns estudantes, técnicos de saúde ou investigadores que dedicam a sua atenção a casos particulares de bairros onde residem imigrantes.

Por outro lado, sabemos que uma das características comuns de grande parte da população imigrante é a sua vulnerabilidade. Quase inevitavelmente manifestada através de numa crónica acumulação de desvantagens sociais, manifestadas através de uma maior dificuldade em arranjar emprego de acordo com as suas necessidades, conseguir consulta no médico, ter boas notas na escola, que conduzem estas populações a circuitos de exclusão e que se vão manifestando mais cedo ou mais tarde em frustração, sentimentos de revolta, desadaptação, dependência do álcool ou alucinogéneos, distúrbios mentais, violência, em suma: uma fragilidade perigosamente manifestada em quase todos os indicadores dos condicionantes sociais da saúde.

Tomando como ponto de partida a definição da Organização Mundial de Saúde, segundo a qual: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não apenas a ausência de enfermidade ou doença”, somos levados a ter em conta as circunstâncias que pautam a vida da maioria da população imigrante e consequentemente condicionam a sua saúde.

Assim sendo, partimos dos seguintes pressupostos relativamente à população imigrante:

- A principal razão que leva um indivíduo ou uma família a emigrar, é procurar noutro país melhores condições de vida;

- A reduzida formação académica, a dificuldade no domínio da língua ou a inexistência de certificação de competências, de grande parte dos imigrantes constituídos como população alvo de alguns projectos levados a cabo pelos Centros de Saúde locais e autarquias, limita as suas opções de trabalho, remetendo-os para actividades pouco valorizadas socialmente, instáveis, com horários violentos, trabalhos de alto risco, por vezes propensos a acidentes graves, mal remunerados, sem seguros de risco, muitas vezes dependentes da má índole dos empregadores que preferem não regularizar os contratos de trabalho;

- Neste contexto, o corpo é usado como principal ferramenta de trabalho, condicionando assim a sua relação com o bom ou o mau desempenho profissional – a pessoa doente não pode trabalhar (se falta ao trabalho é imediatamente despedida por não estar abrangida na maior parte dos casos pelos sistemas de saúde e segurança social), se é despedida não tem capacidade para sustentar a sua por vezes numerosa família, nem tem dinheiro para os medicamentos, ou seja: compromete perigosamente todos os projectos e aspirações a uma vida melhor que o levaram em primeira instância a emigrar;

O conceito de saúde e de doença tem uma enorme abrangência e portanto a doença do indivíduo não se pode observar só numa perspectiva clínica ocidental, mas antes sobretudo de forma holística, que implica a relação do corpo com vários contextos: familiar, habitacional, religioso, profissional, etc., mas também tomando em linha de conta que os próprios imigrantes terão em determinados contextos étnicos, práticas tradicionais de saúde eficazes para o contexto cultural que as produziu e que obviamente devem ser tomadas em conta pela medicina ocidental. No desenrolar de cada projecto de saúde a levar a cabo eventualmente por uma parceria técnica de intervenção, será necessário abordar cada aspecto, pois o contexto em que os imigrantes se inserem irá condicionar a sua própria relação com a saúde e com a doença.

Os contextos sociais, culturais e políticos dos países de origem dos imigrantes, condicionam também a atitude dos indivíduos perante os diversos conceitos de saúde e de doença. Esta premissa pode-se verificar por exemplo, em relação à forma como se encara o “*Fanado*,” ritual inclusivo da prática da Mutilação Genital Feminina, entre alguns grupos étnicos guineenses, em particular muçulmanos, com certeza diferente do país de acolhimento. Esta prática cultural que tem sido alvo da atenção de muitos meios

de comunicação social pelas razões mais perversas, que chegou a adquirir forma de projecto-lei e que, infelizmente tem estigmatizado grande parte da população guineense residente em Portugal, deve ser alvo de uma apreciação profunda por parte dos antropólogos, pois se por um lado, a Mutilação Genital não deve ser analisada fora de todo o contexto cultural e ritual que a justifica, por outro lado, relativizando o próprio relativismo cultural, deverá ser abordada como uma prática que põe em causa a própria saúde sexual e reprodutiva da mulher, colocando ainda em risco de vida as crianças e mulheres que a ela voluntariamente ou involuntariamente se submetem.

Por outro lado, a ausência de hábitos de prevenção da doença, sobretudo nos países africanos, a ausência de Sistemas Nacionais de Saúde por vários motivos como a guerra, a pobreza ou as políticas governamentais, como já referimos, condicionam as atitudes dos imigrantes perante a doença, em território português, levando-os a interagir com a medicina ocidental apenas em situações de emergência;

Do ponto de vista cultural, é necessário ter em conta a importância das curas tradicionais praticadas pelos curandeiros, tanto pela importância que estes indivíduos têm no universo simbólico dos contextos etnográficos, como pelo facto de muitas vezes serem estes os únicos detentores do poder da cura reconhecidos pela comunidade. É pois necessário abrir o leque de conhecimentos e de práticas médicas, levando a medicina ocidental a integrar o valor da medicina tradicional, reconhecendo a profunda sabedoria que os curandeiros possuem sobre o uso das plantas para fins terapêuticos, com especial destaque para as enfermidades do foro psíquico.

É ainda importante mencionar, que existem de facto fragilidades de saúde directamente relacionadas com as comunidades imigrantes. Passamos a referir apenas algumas: no caso da população de origem africana, sabemos da relevância da tuberculose (muito associada a situações de pobreza e carências alimentares por exemplo) e do HIV – Sida e da necessidade de combater esta pandemia, tendo em conta a importância do trabalho em parceria com as associações de imigrantes e seus líderes religiosos, porque se levantam questões tão delicadas como a sexualidade, envolta em mitos, crenças e tabús que é necessário entender e contextualizar no ponto de vista antropológico.

No que diz respeito à população hindú proveniente do Gujarati, residente no bairro da Quinta da Vitória - Portela, existem por exemplo, dados constantes dos

estudos da morbilidade efectuados pelo Centro de Saúde de Sacavém que dão conta de uma alta incidência de diabetes naquela população. Em parte, esta doença é devida ao consumo excessivo de açúcares, presente em todas as cerimónias e rituais praticados frequentemente por aquela comunidade (o açúcar é associado simbolicamente à fertilidade e abundância). Contudo, será necessário realizar outras investigações para o desenvolvimento e implementação de projectos científicos adequados, tendo em conta a chegada de novos imigrantes com características sociais e culturais diferenciadas.

Quanto aos imigrantes oriundos de leste, ainda muito pouco se aprofundou sobre as práticas e o estado de saúde destas populações. Apesar de sabermos que as ex-repúblicas soviéticas tinham uma política generalizada na cobertura da saúde, gratuita para toda a população, havia muito pouco trabalho desenvolvido na promoção de estilos de vida saudáveis. Sabemos através de resultados empíricos realizados por técnicos de saúde das autarquias que, a fragilidade no campo da saúde está sobretudo relacionada com o stress provocado pela sua condição de imigrantes, muitas vezes indocumentados, ou de dependência das mafias. Condições de habitabilidade deficientes, com quartos de pensão sobrelotados, em condições promíscuas e pouco higiénicas, tabaco, e álcool em excesso, originam problemas cardíacos, colesterol elevado, tensão alta, problemas dentários, distúrbios mentais.

Relativamente aos imigrantes de origem oriental, seria interessante promover a investigação voltada para os seus hábitos de saúde relacionados com as práticas das terapias orientais e obviamente, promover de forma sistematizada investigação aprofundada do ponto de vista da antropologia da saúde, sobre o modo de vida destas comunidades em território nacional. Onde se localizam, como se relacionam entre si, como são as suas estruturas familiares, os seus referentes culturais e em particular, as suas práticas relativas à saúde e à doença e a sua expectativa de vida aqui em Portugal.

Ainda um outro exemplo, mais próximo do campo específico da saúde, alerta para a necessidade de se constituírem equipas multidisciplinares sempre que se definam objectivos, metodologias e estratégias de intervenção comunitária. Um dos vários objectivos no campo quer da intervenção clínica, quer nos projectos de educação para a saúde que envolvam adolescentes imigrantes de origem africana, visa o combate determinado da gravidez na adolescência, considerado pelos especialistas da medicina ocidental como um indicador que é imperioso combater. Segundo os médicos que

intervêm nesta área, são muito raros os casos que se podem considerar de sucesso. Para perceber este ou outro fenómeno da mesma natureza, é necessário contar com a contribuição de diversos especialistas: em primeiro lugar, a participação de representantes das próprias comunidades locais – aqui as associações de imigrantes têm um papel fundamental quando existem; dentro destas ainda se podem destacar os anciãos, (homens ou mulheres) e eventualmente os líderes religiosos; em segundo lugar a participação de cientistas sociais em particular de antropólogos e obviamente dos próprios profissionais de saúde – médicos e enfermeiros.

A verdade é que em concreto, a gravidez na adolescência pode não ser um problema para diversos contextos culturais onde os sistemas de parentesco estão dependentes de alianças em que a rapariga assume desde muito jovem o compromisso de procriação. O problema contudo, pode surgir quando a constituição física da jovem ainda não atingiu a maturidade biológica que lhe permita ter filhos sem por em risco a sua própria saúde física e mental, ou quando a opção por engravidar está mais relacionada com uma estratégia de sobrevivência afectiva num contexto de exclusão social. Há pois que saber distinguir as diferentes situações, esclarecendo também eventuais estereótipos criados pela sociedade ocidental que podem colocar em risco projectos de promoção da saúde sexual e reprodutiva, de informação sobre saúde, sobre auto-estima, anti-concepção, etc. Preferencialmente, estes projectos orientados para a intervenção directa no campo da saúde, deverão também ser elaborados em parceria com homens e mulheres da comunidade, adaptando-os a novas realidades, fazendo uso de uma linguagem comum e dos mesmos referentes simbólicos, integrando saberes diferentes e envolvendo-os nos projectos de saúde institucionais porque, impor a alteração de padrões culturais e de normas de comportamento de forma desajustada, é contribuir ainda mais para a desestruturação social e psicológica das comunidades e dos indivíduos de origens etnográficas diferentes.

Para além de uma abordagem no campo social, é necessário contextualizar a saúde e a doença no campo cultural. Não é de estranhar que nos bairros de imigrantes onde se faz intervenção comunitária, são sempre diagnosticadas características recorrentes, referentes às doenças com maior incidência. São elas: tuberculose, sida, hepatite, hipertensão, alcoolismo, violência doméstica, diabetes, hemoglobinopatias, tinha, consumo de droga e, doenças do foro mental.

O que dizer do surgimento excessivo de perturbações mentais entre os imigrantes e refugiados, ou de comportamentos aditivos com recurso ao álcool ou a alucinogéneos, sabendo que muitos indivíduos provêm por vezes de países em guerra prolongada e pobreza extrema, tornando-os ainda mais vulneráveis?

Como estranhar o comportamento agressivo e os actos de vandalismo de alguns jovens de origem africana mas frequentemente já nascidos em Portugal? Não terão eles também perdido a sua própria identidade, ou, pior ainda: será que alguma vez a tiveram, espartilhados por uma África que nem conheceram e um Portugal que nada lhes diz e que lhes recusa a nacionalidade portuguesa apesar de terem cá nascido? Porquê a existência de gangs? Não será eventualmente esta a resposta a uma necessidade de identificação grupal, com as suas próprias hierarquias e sistemas de valor simbólicos, numa sociedade que também ela atravessa uma profunda crise de valores identitários? Podemos ainda acreditar na justiça? E na educação? E na saúde? Como poderemos exigir às populações imigrantes que assimilem e adequem comportamentos e atitudes sociais nos quais uma grande parte dos portugueses tem dificuldade em acreditar? Entre a população portuguesa, aumentam também cada vez mais as depressões, os cancros, mas também a procura de estilos de vida alternativos como possível resposta às novas (velhas) angústias.

Ainda apelando à necessidade de enquadramento de Antropólogos em Autarquias, Centros de Saúde, ONG's e IPSS's de forma a adequar as intervenções e projectos de saúde directamente dirigidos às populações imigrantes, tendo em conta os conhecimentos adquiridos com base no trabalho de campo e observação participante realizada junto às diferentes nacionalidades e particularidades étnicas. Darei um exemplo:

– Aqui há alguns anos, foi feito numa Câmara Municipal, um folheto em crioulo para alertar a população africana em geral, sobre os perigos da sida e a forma de evitar comportamentos sexuais de risco. As intenções de dito folheto eram de facto as melhores e o mesmo teve bastante aceitação tendo sido considerado muito original – sobretudo pelos outros técnicos envolvidos na divulgação do referido folheto. No entanto, entre a população alvo, a sua aceitação foi quase nula. Porquê? Em primeiro lugar porque o crioulo não é por enquanto, uma língua que se escreva ou que se leia com frequência. A população crioula letrada, escreve e lê em português. É em português

que se escrevem as cartas para a tia ou para a avó que ficou em Cabo-Verde. Em segundo lugar, porque existe uma grande variedade de crioulos. Logo, esse folheto só atingiu uma minoria insignificante de população que teria entendido perfeitamente a mensagem em português.

Outro caso, agora relacionado com os tabus do corpo: Num dos bairros de realojamento de imigrantes em Loures, em que cerca de 90% da população é de origem africana, surgiu uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que tinha a valência de Centro de Dia para idosos. Esta necessidade tinha sido de facto identificada nas reuniões do Projecto de Intervenção Comunitária que se realizavam no bairro. Apesar de normalmente a população desse bairro ser maioritariamente jovem, estavam a chegar cada vez mais idosos, vindos dos países africanos que, ficavam a residir em casa dos seus filhos e aí permaneciam todo o dia sozinhos, e com grandes carências e fragilidades na saúde. No entanto, e apesar da oferta insistente dessa instituição na comunidade, que disponibilizava técnicos especializados para prestar assistência domiciliária, os serviços eram sistematicamente recusados. Aprofundando mais as razões que levaram a essa situação e contactando mais de perto com as famílias e com indivíduos dessas comunidades culturais, veio-se a constatar que as razões para essa recusa, residiam precisamente nos tabus do corpo. Um idoso ou idosa africana, não dá legitimidade a um estranho à família, ainda que seja médico, para que cuide de si e muito menos que invada a intimidade do seu próprio corpo.

É por estas razões que acabei de expor que, considero imprescindível valorizar os códigos culturais próprios de cada grupo, de cada etnia, integrando os saberes destas comunidades e envolvendo-os nos projectos de saúde institucionais. Mas também considero importante que os Antropólogos olhem urgentemente para as realidades dos imigrantes aqui residentes, tendo em conta que os seus percursos identitários são mutáveis e bem ou mal, rapidamente adaptáveis às condicionantes impostas pela sociedade receptora. Frequentemente, as características culturais de uma determinada etnia em Angola ou na Guiné, quando transpostas para a necessidade de sobrevivência dos indivíduos imigrantes, no contexto de um bairro de realojamento e face à pressão exercida pelas instituições portuguesas, ficam diluídas, interiorizadas, relegadas para a privacidade do espaço doméstico ou religioso.

Cabe a ainda a meu ver, ao Antropólogo, decidir se está disposto a intervir nestes contextos migratórios, sabendo contudo que não basta nem OBSERVAR, nem submeter-se pacificamente às regras, burocracias e estereótipos, racismos, ou paternalismos das instituições onde se enquadra profissionalmente, para poder PARTICIPAR e INTERVIR de forma útil na melhoria da qualidade de vida e em particular da saúde das várias comunidades de imigrantes residentes em Portugal.

### **Referências Bibliográficas:**

AUGÉ, Marc, 2005, *Não Lugares. Introdução a uma Antropologia da Sobremodernidade*, Lisboa, 90º (ed.)

BARRETO, António (et. all), 2005, *Globalização e Migrações*. Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais.

CARMO, Hermano (et. all), 1996, *Exclusão Social, Rotas de Intervenção*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa, ISCSP.

CABRAL, Manuel Villaverde e Pais, José Machado (et all), 2003, *Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo*. Lisboa, Celta.

ESCOBAR, Rocio Gil Martínez de, 2006, *Fronteras de Pertenencia, Hacia la Construcción del Bienestar y del Desarrollo Comunitário Transnacional*,. México, Universidade Autónoma Metropolitana.

KHADIYATOULAB, Fall, 1998, *Champ Multiculturel, Transactions Interculturelles*, Paris, L'Harmattan.

MALHEIROS, Jorge Macaísta, 1996, *Imigrantes na Região de Lisboa, os Anos da Mudança*, Lisboa, Edições Colibri.

*Plano Nacional de Saúde*, 2004, Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde.

RUIVO, Fernando, 2000, *Poder local e Exclusão Social*, Coimbra, Quarteto Editora.

VERMEULEN, Hans, 2001, *Imigração, Integração e a Dimensão Política da Cultura*, Lisboa, Socinova - Ed. Colibri.