

UNIVERSIDADE ABERTA



**Migração e saúde: Estratégias e gestão dos cuidados de saúde e doença dos
Refugiados em Maratane, Nampula, Norte de Moçambique.**

Baltazar Samuel Muianga

Tese de Doutoramento em Relações Interculturais

2021

UNIVERSIDADE ABERTA



**Migração e saúde: Estratégias e gestão dos cuidados de saúde e doença dos
Refugiados em Maratane, Nampula, Norte de Moçambique.**

Baltazar Samuel Muianga

Tese de Doutoramento em Relações Interculturais

Orientadora Científica

Professora Doutora Bárbara, Bäckström

2021

RESUMO

A presente investigação reflete sobre a problemática das migrações forçadas na sua interface com a saúde e incide, particularmente, sobre a autogestão de saúde e doença que os refugiados acionam por forma a superar as barreiras estruturais no acesso a estes serviços. Esta pesquisa analisou o quotidiano dos refugiados residentes no Centro de Maratane, na província de Nampula, no norte de Moçambique.

Para o efeito, seguiu-se uma triangulação teórica, cruzando as abordagens sociológicas das migrações e saúde, articuladas com a sócio-antropologia da saúde/doença. Parte-se da presunção de que em função dos constrangimentos estruturais e socioculturais que condicionam a prestação e acesso aos serviços de saúde para os refugiados, estes servem-se do seu “capital social” para gerir situações de risco de saúde, usando outras soluções terapêuticas diferentes do Sistema Nacional de Saúde. Realça-se ainda que os refugiados recorrem ao seu “capital económico” para aceder os cuidados de saúde, prestados pelo Sistema Nacional de Saúde, seja público ou privado.

Em termos metodológicos, a investigação orientou-se pela abordagem qualitativa, considerando uma amostra de 59 participantes que foram selecionados na base de acessibilidade. Os participantes foram refugiados provenientes de países africanos, sobretudo Burundi, República Democrática do Congo, Ruanda e Somália. Para a recolha de dados, usou-se as entrevistas semiestruturadas, os grupos focais e a observação direta. Em relação à análise dos dados, foi usada a técnica de análise de conteúdo.

Os resultados revelam que os refugiados enfrentam dois níveis de barreiras estruturais no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente as internas e externas. As barreiras internas resumem-se nas fragilidades estruturais inerentes aos serviços de saúde no Centro de Maratane, onde se destaca a falta de um Banco de Sangue, a insuficiência de recursos materiais e de serviços médico-cirúrgico, a falta de medicamentos, a morosidade no atendimento e a ausência de serviços de saúde mental, que são cruciais para a reabilitação psicossocial dos refugiados.

As barreiras externas consistem na inacessibilidade geográfica da região, com maior índole para os fatores de ordem económica, a ineficaz inserção comunitária, a fraca integração social

e os constrangimentos socioculturais, em particular os problemas linguísticos e de comunicação que condicionam a relação entre os refugiados, o pessoal médico e os intérpretes da Unidade Sanitária local. Devido a estes constrangimentos, os refugiados recorrem a medicina moderna e a outras “medicinas” paralelas caracterizadas por práticas terapêuticas alternativas para a autogestão da sua saúde, destacando-se, por um lado, o recurso a uma pluralidade de sistemas de saúde, designadamente o folclórico, o popular e a automedicação, acionados através das suas interações sociais quotidianas, que incluem ações de autocuidado de “senso comum”, o capital social/*ubuntu*/ e as redes de solidariedade baseadas nas amizades, na familiaridade e na identidade étnico - cultural.

Palavras-Chave: autogestão, capital social/*ubuntu*, itinerários terapêuticos, migrações forçadas, refugiados e saúde/doença.

ABSTRACT

This research reflects on the problem of forced migration in its interface with health and particularly focuses on self-management of health and disease that refugees are engaged in order to overcome structural barriers faced in accessing these services. The research analysed daily lives of refugees living in the Maratane Center, in Nampula province, northern Mozambique.

The analysis used a theoretical triangulation, combining the sociological approaches of migration and health, along with the socio-anthropology of health/disease. The main assumption is that due to structural and socio-cultural constraints that hinder the provision and access to health services to refugees, they use their “social capital” to manage health risk situations, using other therapeutic solutions rather than the National Health System. In addition, we emphasize that refugees also use their “economic capital” to access the health care provided by the National Health System, whether public or private.

In terms of methodology, the research applied the qualitative approach, considering a sample of 59 participants, selected through accessibility approach. The participants were refugees from African countries, mainly Burundi, Democratic Republic of Congo, Rwanda and Somalia. Semi-structured interviews, focus groups and direct observation were used to collect data; and a content analysis method was used for data analysis.

The results reveal that refugees face two levels of structural barriers in accessing health care, namely internal and external. The internal barriers comprise structural weaknesses related to health services at the Maratane Center, which included lack of a Blood Bank, insufficient material resources and medical-surgical services, lack of medications, long hours of waiting at the health centre to access health care, and lack of mental health services, which are crucial for the psychosocial rehabilitation of the refugees.

External barriers consist of the geographical inaccessibility of the region, lack of economic resources, ineffective community insertion, weak social integration and socio-cultural constraints, especially linguistic and communication problems that hamper the relationship between refugees and medical personnel, despite existence of interpreters in the local health Unit.

Due to these constraints, the refugees seek modern medicine and others parallel “medicines” characterized by alternative therapeutic practices for self-management of their health, such as the use of a plurality of health systems namely the folkloric, the popular and the self-medication, triggered through their daily social interactions, which include self-care “common sense”, social capital / *ubuntu* / and solidarity networks based on friendships, familiarity and ethnic and cultural identity.

Keywords: self-administered, social capital/ubuntu, therapeutic itineraries, forced migrations, refugees and health/illness

DEDICATÓRIA

Em memória, dedico este trabalho aos meus pais (Eva Abias Chembene & Samuel Muianga) e aos meus irmãos (Jonas Tembe & Donato Chembene), que neste momento brilham lá no céu.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Bárbara Bäckström, minha supervisora, agradeço imenso pela disponibilidade, acompanhamento e orientação científica desta tese. As suas contribuições, observações e recomendações foram bastante valiosas durante todo o processo de elaboração deste trabalho.

Aos colegas do Departamento de Sociologia & Serviço Social da Universidade Eduardo Mondlane, em especial à professora Nair Teles e Carlos Cuinhane, muito obrigado pelas sugestões e críticas durante o processo de elaboração deste trabalho. Ao professor Cláudio Mungoi, antigo Diretor da Faculdade de Letras e Ciências Sociais, agradeço imenso pelo apoio para a realização do trabalho de campo.

Ao meu amigo e “pacato” antropólogo, Danúbio Lihaha, as nossas eternas discussões refletem-se neste trabalho, muito obrigado por tudo. Koxeleliwa, Abel e Esperança, palavras são poucas para agradecer o apoio prestado durante a recolha de dados no Centro de Maratane. Ao Keith e Helmano, muito agradecido pela transcrição das entrevistas. Simão Uassiquete e Guiston Chicurane, quero agradecer pela parte gráfica do trabalho.

Ao administrador da Localidade de Maratane, Gabriel Chea, muito obrigado pela disponibilidade e apoio prestado e, sobretudo, por ter criado todas as condições para a recolha de dados neste Centro. Igualmente o meu apreço é extensivo aos profissionais de saúde e aos tradutores afetos na administração do Centro de Maratane.

Agradeço ainda aos colegas da Faculdade, à Professora Inês Raimundo, ao Emídio Gune e Adérito Machava, obrigado pelas valiosas e oportunas recomendações bibliográficas. Cisney Cobre e Isak Jamal, meus irmãos de Nampula, Salama pela hospitalidade e disponibilidade. Um enorme *Asante* aos refugiados que fizeram parte do leque de informantes, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Não podia deixar de agradecer aos meus colegas e amigos (os “quadros” - Book Sambo, Johane Zonjo, Kátia Filipe, Vanessa Lopes, Francisco Chicamisse e Albino Jopela). A partilha de momentos de lazer foi fundamental para a manutenção animíca e motivacional nos momentos mais duros e de elevada exaustão e pressão ao longo deste percurso. Por isso mesmo, *na Kensa*. Ao *El comandante*, Zé Marques, meu “correspondente” em Lisboa, muito

obrigado pelo apoio prestado. Ao Castro Mpepe, muito kanimambo pelo apoio técnico e disponibilidade.

Por fim, quero expressar a minha enorme gratidão à minha família, e, em especial, aos amores da minha vida, Emília Muianga, minha esposa, e Keith Muianga, meu filho. Muito obrigado pelo apoio, amor e conforto emocional durante estes longos anos que a tese “invadiu” o nosso lar.

À todos, Asante Sana!

ÍNDICE

RESUMO.....	i
ABSTRACT	iii
DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vi
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	xvi
INTRODUÇÃO.....	1
Dos movimentos migratórios aos refugiados no contexto Moçambicano.....	6
Justificação da importância e pertinência do estudo	13
Estrutura da Tese.....	14
CAPÍTULO I.....	16
QUADRO TEÓRICO & MOLDURA CONCEPTUAL.....	16
1.1 Sociologia das migrações.....	17
1.2 Sociologia das migrações forçadas	21
1.3 Sociologia médica/Sociologia da Saúde	23
1.4 Saúde e Doença na Antropologia.....	37
1.5 Moldura conceptual e sua operacionalização	42
1.6 Migração	43
1.6.1 Migração forçada	44
1.6.2 Refugiado.....	45
1.7 Saúde e Doença.....	49
1.8 Autogestão (em saúde)	51
1.9 Capital social e o <i>Ubuntu</i> africano	53

1.10 Modelo analítico: operacionalização dos conceitos	59
CAPÍTULO II.....	61
IMIGRANTES, SAÚDE, VULNERABILIDADE E COMPETÊNCIA CULTURAL	61
2.0 Os dilemas dos refugiados no acesso à saúde	62
2.1 Mulheres e crianças migrantes – particularismos e vulnerabilidade no acesso à saúde ..	65
2.2 Tradição, família, língua e cultura – barreiras, interferências e desafios na saúde dos refugiados	67
2.3 Competência cultural, multiculturalidade e saúde	75
CAPÍTULO III.....	79
MODELO ANALÍTICO DA INVESTIGAÇÃO	79
Objeto de estudo, hipóteses de investigação e o itinerário metodológico	79
3 Objeto, Pergunta de partida e Pressuposto do estudo.....	80
3.1 Pergunta de partida.....	80
3.2 Objetivos gerais e específicos	80
3.3 Itinerário Metodológico	81
3.3.1 Local de pesquisa- perfil sócio-espacial e demográfico	81
3.3.1.1 Moçambique.....	82
3.3.1.2 O distrito de Nampula	83
3.3.1.3 Centro de Refugiados Maratane	85
3.3.1.4 <i>Better Shelter</i> – alternativas de abrigo e habitação em Maratane	88
3.4 População e seleção da amostra.....	90
3.5 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes	92
3.5.1 Critérios de inclusão.....	92
3.5.2 Critérios de Exclusão	93

3.6 Técnicas e instrumentos de recolha de dados	93
3.6.1 Pesquisa bibliográfica e documental.....	93
3.6.2 Entrevistas semiestruturadas	93
3.6.3 Grupos focais	94
3.6.4 Observação direta.....	97
3.7 Questões éticas de pesquisa.....	98
3.7.1 Riscos para os participantes e Minimização dos riscos	99
3.8 Validade e confiabilidade dos resultados	100
3.9 A triangulação.....	100
3.10 A Construção do <i>Corpus</i> de Pesquisa.....	101
3.11 Idioma do participante	101
3.12 Pesquisadores múltiplos.....	101
3.13 Clareza sobre a natureza da pesquisa.....	102
3.14 O Feedback dos Informantes	102
3.15 Técnica de análise de dados.....	103
CAPÍTULO IV	104
ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	104
4.1 NO RASTO DOS REFUGIADOS DE ÁFRICA PARA MOÇAMBIQUE – PERCURSOS, PERFIS E MOTIVAÇÕES.....	105
4.1.1 O contexto dos países africanos de proveniência de refugiados para Moçambique... 105	
4.1.2 Ruanda	106
4.1.3 Burundi	107
4.1.4 República Democrática do Congo	109
4.1.5 Somália	110

4.1.6 Características sociais e demográficas dos refugiados	112
4.1.6.1 Idade e Sexo	112
4.1.6.2 Estado civil e religião.....	113
4.1.6.3 Nível de escolaridade e ocupação	114
4.1.6.4 Agregado familiar	116
4.1.6.5 Idioma	117
4.1.7 Motivações subjacentes ao processo migratório em direção a Moçambique	118
4.2 UM OLHAR INSTROSPECTIVO SOBRE O CENTRO E EXPOSIÇÃO AO RISCO DE SAÚDE DOS REFUGIADOS.....	129
4.2.1 Breve Descrição do Centro de Saúde de Maratane.....	129
4.2.2 Perfil Epidemiológico	131
4.2.2.1 Serviços de Terapia Antirretroviral (TARV).....	131
4.2.2.2 Doenças de Transmissão Sexual (ITS)	132
4.2.3 Exposição aos Riscos de Saúde: Período pré- migratório, durante e pós-migratório	133
4.2.4. Fase pré-migratória e durante o processo migratório.....	135
4.2.5. Período pós-migratório	139
4.3 BARREIRAS ESTRUTURAIS E ACESSO AOS SERVIÇOS E CUIDADOS DE SAÚDE DOS REFUGIADOS.....	140
4.3.1 Barreiras no acesso aos serviços e cuidados de saúde	140
4.3.1.1 “Barreiras internas”: as fragilidades do Centro de Saúde de Maratane	140
4.3.1.2 “Barreiras externas” e acesso aos serviços e cuidados de saúde dos refugiados	144
4.3.1.2.1 Distribuição geográfica e acessibilidade aos serviços de saúde.....	145
4.3.1.2.2 Barreiras socioeconómicas e de integração social	148

4.3.1.2.3 A centralidade dos problemas e das barreiras socioculturais	152
4.3.1.2.4 Fatores linguísticos e dificuldades de comunicação.....	155
4.3.1.2.5 Da presença do “tradutor/intérprete” à ambiguidade e desconforto na interação médico/paciente.....	157
4.3.1.2.6 “Luto cultural” e implicações na saúde emocional e psicológica dos refugiados	162
4.4 ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE E DOENÇA ENTRE OS REFUGIADOS	165
4.4.1 Mecanismos e processos decisórios na gestão de saúde e doença no quotidiano. 165	
4.4.2. Em busca de cuidados de saúde - práticas terapêuticas pluralistas	168
4.4.2.1 Acesso formal aos cuidados de saúde – o Sistema Biomédico	169
4.4.2.2 Práticas biomédicas paralelas (informais) em Maratane	171
4.4.2.3 Crenças, religiosidade e espiritualidade como recursos terapêuticos.....	174
4.4.2.4 Reabilitação nutricional de crianças, bem-estar e crescimento saudável – o caso da Igreja “São Francisco Saverio”.....	181
4.4.2.5 O desbloqueio das “minas plantadas” e as doenças do feitiço	185
4.4.2.6 Sistema popular – Cosmologias locais e a primazia da medicina tradicional..	188
4.4.2.7 O recurso à Auto- medicação como terapia alternativa	194
4.4.2.8 Capital social, redes sociais de solidariedade e saúde entre os refugiados	196
CAPÍTULO V	199
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO	199
5.1 Conclusões.....	200
5.2 Limitações do Estudo	207
5.3 Recomendações para fazedores de políticas públicas e para futuras pesquisas	208
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	210

APÊNDICES	243
Apêndice 1: Aprovação Ética	244
Apêndice 2: Folha de Consentimento Informado	245
Apêndice 3: Instrumentos de Recolha de Dados – Refugiados	247
Apêndice 4: Instrumentos de Recolha de Dados – Profissionais de Saúde	250
Apêndice 5: Instrumentos de Recolha de Dados – Grupo Focal	252

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de pessoas deslocadas em África Subsaariana, 2017.	5
Gráfico 2: Estimativa da população vivendo com VIH/SIDA nos países de procedência de refugiados	133

ÍNDICE DE TABELAS

Table 1: Entrevista aos refugiados.....	91
Table 2: Grupo focal	91
Table 3: Técnicos de saúde do ACNUR e Administração local.....	91
Tabela 4: Perfil dos refugiados de acordo com a idade e sexo	112
Table 5: Perfil dos refugiados de acordo com o estado civil e religião.....	113
Table 6: Perfil dos refugiados de acordo com o nível de escolaridade	114
Table 7: Perfil dos refugiados de acordo com o agregado familiar	116
Table 8: Perfil dos refugiados de acordo com idioma falado	117
Tabela 9: Perfil epidemiológico.....	131
Tabela 10: Serviços de TARV	131

Tabela 11: Doenças de transmissão sexual (ITS)	132
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figure 1: Sistema de itinerários terapêuticos	169
---	-----

ÍNDICE DE FOTOS

Foto 1: Administração do Centro de Maratane.....	87
Foto 2: Tipologias de construção de casas no Centro de Maratane.....	87
Foto 3: Better Shelter.....	89
Foto 4: "Kipompas" - Fontes de água potável.....	90
<i>Foto 5: Grupo focal.....</i>	<i>95</i>
Foto 6: Pesquisador principal e os assistentes de pesquisa.....	102
Foto 7: Centro de Saúde de Maratane.....	129
Foto 8: Ambulância do Centro de Saúde de Maratane	130
Foto 9: Casa de construção precária dos refugiados.....	149
Foto 10: Igreja "São Francisco Saverio" em Maratane	181
Foto 11: Ilustração de uma criança com problemas de cardiopatia.....	183
Foto 12: Práticas de alimentação saudável, usando produto local.....	184
Foto 13: Folhas e raízes locais usadas na terapia	190
Foto 14: Clister de limpeza usado em crianças	192
<i>Foto 15: Clister de limpeza usado em adultos</i>	<i>193</i>

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1: Modelo de Kleinman, 1978.	41
Imagem 2: Os motivadores da competência cultural.....	76
Imagem 3: Refugiados Ruandeses, 1994.....	106
Imagem 4: Refugiados Somales. Fonte: (Warsameh, 2019; Karumba, 2016).	112
Imagem 5: Exposição do risco à saúde dos refugiados	134

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1: Distribuição de refugiados em Moçambique, 2019.....	9
Mapa 2: Localização geográfica de Moçambique	82
Mapa 3: Localização geográfica do distrito de Nampula	84
Mapa 4: Localização geográfica do Centro de Maratane	86
Mapa 5: Pontos de entrada dos refugiados e países de origem.....	118
Mapa 6: Campos de refugiados na República de Tanzânia.	119
Mapa 7: Localização do Centro de Refugiados de Maratane e outros Serviços de Saúde ..	146

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACNUR-Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

CIP- Centro de Integridade Pública

CNBS- Comité Nacional de Bioética para a Saúde

CPF- Consultas de Planeamento Familiar

CPN- Consultas de Pré-Natal

CPP- Consultas Pós-Parto

CRRT- Quadro Global de Resposta a Refugiados

CS- Centro de Saúde

DPP- Depressão Pós-Parto

ESF- Estratégia Saúde da Família

EUA- Estados Unidos da América

FMI – Fundo Monetário Internacional

HBM- Modelo de Crenças em Saúde

HCM- Hospital Central de Maputo

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana.

INAR- Instituto Nacional de Apoio aos Refugiados

INE- Instituto Nacional de Estatística

INS- Instituto Nacional de Saúde

IST-Infeções Sexualmente Transmissíveis

JAM -Joint Assessment Mission

MAE- Ministério da Administração Estatal

MISAU- Ministério da Saúde

OIM-Organização Internacional das Migrações

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OUA- Organização da Unidade Africana

PDNA- Avaliação das Necessidades Pós Desastre

PESS- Plano Estratégico do Setor da Saúde

PTSD- Perturbação Pós-Stress Traumático

RDC- República Democrática do Congo

RM- República de Moçambique

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SMI- Saúde Materno Infantil

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TARV- Terapia Antirretroviral

TEPT- Transtorno do Stress Pós-Traumático

INTRODUÇÃO

Historicamente, África vem enfrentando, há séculos até esta parte, com os fluxos migratórios e com os refugiados de maior ou menor intensidade, em resultado de múltiplas, diversas e complexas causas. As migrações são movidas por várias razões: desde a busca por pasto, segurança, terras férteis para agricultura, caravanas de comércio, comércio transmarino, nomadismo, rotas de escravos, deslocamentos de trabalhadores das antigas zonas coloniais, seca, demandas de mineração, conflitos, etc. (Gebresellasie, 1993; Black *et al.* 2006; Crepaz & Wacker, 2019). É por estas razões que África é frequentemente visto, pois, como o “continente em movimento” (Flahaux & De Haas, 2016).

A literatura mostra que o problema da migração em África se tornou agudo durante o período da colonização, pois é neste tempo que muitos refugiados se movimentaram, vindo de países ou territórios colonizados sob o controle de autoridades estrangeiras. Ainda nesta etapa, “o regime colonial alterou a motivação e a composição dos fluxos migratórios através da introdução e execução das várias estruturas económicas e políticas, estabelecendo limites territoriais e impondo regimes fiscais” (Tolentino, 2009:5).

A década de 1950 foi marcante na história do fluxo de refugiados em África, quando a primeira grande onda de pessoas deslocadas migrou da Argélia para os países vizinhos, como são os casos de Marrocos e Tunísia. As guerras civis que se seguiram à independência do Sudão em 1956 e a independência da República Democrática do Congo (RDC) em 1960 trouxeram o problema dos refugiados para a África Central e Oriental (Gebresellasie, 1993).

As lutas pelas independências no continente africano, que duraram até os anos 70 e 80 do século XX, produziram uma nova série de deslocamentos forçados¹, que consistia em pessoas deslocadas estarem envolvidas na luta pela libertação do jugo colonial. É o caso nas antigas colónias portuguesas de Angola, Moçambique e Guiné-Bissau, onde brutais e prolongadas guerras de libertação produziram milhares de refugiados para os países vizinhos (Veney, 2007). À medida que os movimentos anticoloniais ganhavam força na África portuguesa, o

¹A migração forçada, obviamente, não é nova. A história africana está repleta do fenómeno, mais tragicamente o comércio de escravos para as Américas, a Europa e a Ásia, bem como os numerosos casos de migrações forçadas que ocorreram durante o período colonial. Infelizmente, a migração forçada não terminou com a obtenção de independência. De fato, surgiram novos padrões que viram milhões de pessoas fugirem de suas casas por asilo em países estrangeiros ou dentro de suas fronteiras nacionais (Veney, 2007).

número de africanos deslocados ultrapassava um milhão no início de 1970 (Gebresellasie, 1993).

Contudo, mesmo com a independência progressiva das nações africanas, o número de refugiados não diminuiu, pelo contrário, cresceu rapidamente ao longo dos anos com a subsequente erupção de guerras civis nos países recentemente independentes. Após a independência, novas vagas de refugiados emergiram, devido aos efeitos do desgoverno pós-colonial: desemprego massivo, disparidades económicas, violações dos direitos humanos, intolerância religiosa, repressão política, guerra civil, conflitos étnicos e problemas em torno da agitação geral, como é o caso de grupos descontentes e marginalizados, envolvidos em lutas armadas contra o governo ou segmentos da população nacional (Gebresellasie, 1993; De Abreu 2014; Veney, 2007).

Estes problemas, no entanto, não foram, totalmente, gerados localmente ou criados por africanos. As dinâmicas associadas à Guerra Fria, especialmente a rivalidade entre superpoderes entre os Estados Unidos e a antiga União Soviética, sem mencionar as maquinacões das antigas potências coloniais, a desestabilização do *apartheid* na região da África Austral e as lutas intraestatais pela supremacia regional, estiveram no epicentro que desembocou as condições e conflitos que obrigaram dezenas de milhares de civis a fugir nas suas zonas de origem (Veney, 2007).

Em 1972, cerca de 200.000 refugiados foram repatriados para o Sudão do Sul, enquanto o engajamento internacional ajudou a encontrar soluções para os asiáticos ugandenses expulsos por Idi Amin². Ainda na década de 1970, quando a maioria dos Estados africanos alcançou a independência, continuou a haver um grande número de trabalhadores migrantes masculinos nas minas sul-africanas, vindos de regiões de Namíbia, Tanzânia, Zâmbia, Zimbábue, etc. Da mesma forma, a indústria agrícola comercial na África Austral depende, há muito tempo, da migração laboral, muitas vezes sazonal, circular e de natureza informal (Long & Crisp, 2011). Neste período, há que destacar também a mudança de regime em Portugal e, por conseguinte,

² Entre 1971- 1979, Idi Amin foi presidente de Uganda e um dos maiores ditadores militares na história de África negra. A sua ditadura foi extremamente repressiva e violenta, marcada pela perseguição política, assassinatos em série, violação de direitos humanos básicos, nepotismo, corrupção, acirramento das desigualdades e perseguições étnicas segregacionistas, além da má gestão da economia, durante cerca de 8 anos (Nogueira, 2019).

as independências de Angola, Moçambique e Guiné-Bissau em 1975, o que significou o repatriamento de cerca de 500.000 refugiados (Milner, 2009).

Já em 1980, um número significativo de refugiados foi repatriado para RDC, Angola e Zimbábue independente. Nesta década, havia mais de 2 milhões de refugiados em África. À medida que o continente testemunhava movimentos adicionais de refugiados, especialmente do Chade, Etiópia e RDC, e a subida gradual do número de refugiados, em África, numa forma geral, incluindo assentamentos e abordagens de desenvolvimento zonal, as soluções locais tornaram-se mais difíceis de sustentar (Milner, 2009).

Na década de 1990, este continente observou um movimento de refugiados sem precedentes em sua escala e complexidade. Os conflitos no “Corno de África”, na região dos Grandes Lagos e na África Ocidental quase que, simultaneamente, resultaram no fluxo de centenas de milhares de refugiados para os países vizinhos. Neste período, a população de refugiados africanos atingiu níveis recorde, representando cerca de 43% da população total de refugiados no mundo. Nos oito anos seguintes, o número de refugiados flutuou no continente, embora a tendência geral tenha sido baixa. Por exemplo, em 2002, a população de refugiados em África havia caído para 31,6% do total mundial (Milner, 2009; Veny, 2007).

Salienta-se ainda que neste período, a reestruturação das indústrias de mineração da região e o fim do regime do Apartheid na África do Sul mudaram o padrão de migração de mão de obra, reduzindo as oportunidades de trabalho contratado e regularizado. Mas estes avanços não reduziram a dependência da região em migração (Long & Crisp, 2011).

Em 1992, com o fim da guerra civil em Moçambique, cerca de 1,7 milhões de refugiados foram acolhidos pelos países vizinhos da África Austral, onde mais de um milhão foi abrigado só em Malawi. Quando em 2002 a paz foi restaurada em Angola, cerca de 500.000 refugiados daquele país haviam-se fixado na República Democrática do Congo (RDC), em Namíbia e na Zâmbia (Long, 2011). Por sua vez, a África Oriental registou similarmente um significativo movimento de refugiados. “A Tanzânia, por exemplo, recebeu ondas sucessivas de refugiados provenientes de Burundi, RDC, Moçambique e Ruanda, chegando aos 750.000 refugiados em determinados períodos de tempo (Long, 2011:5).

Para além dos actos referidos anteriormente, a crise humanitária e os crescentes combates entre o Governo e os insurgentes islâmicos Al-Shabaab e HizbulIslam no Sul e centro da

Somália agravaram o deslocamento interno e a fuga de refugiados. A guerra civil na Libéria e Serra Leoa e outros conflitos na região levaram a um aumento exponencial na população de refugiados da África Ocidental - alcançando mais de um milhão por ano entre 1993 e 1996 (Long & Crisp, 2011; Veny, 2007).

Em 1994, como rescaldo da guerra civil e do genocídio em Ruanda, mais de 2 milhões de refugiados ruandeses fugiram para os países vizinhos e cerca de 1,2 milhão deslocou-se para o leste da RDC. Ao mesmo tempo, vários estados anfitriões, especialmente a Tanzânia, destacaram uma gama de encargos associados à chegada e à presença de um elevado número de refugiados (OUA-Organização da Unidade Africana e ACNUR-Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, 1998; Milner, 2009). Ademais, os dados estatísticos recentes indicam que em África Subsaariana o número de refugiados, que residem na região, quase triplicou no decorrer da década, passando de 2,2 para 6,3 milhões. Os conflitos e a violência no Sudão do Sul, na RDC, na República Centro-Africana, na Somália e no Burundi forçaram milhões de pessoas a fugir, aliados às outras crises que também contribuíram para o aumento de refugiados (ACNUR, 2019).

É de salientar que um dos fatores decisivos para o crescimento do número de refugiados em África está ligado à guerra na Somália. Este país produziu o segundo maior número de refugiados na região e o quinto maior do mundo, com a maioria hospedada em Quênia e na Etiópia (OIM-Organização Internacional para as Migrações, 2020). Em 2017, na região Subsaariana de África, o número total de pessoas que foi forçada a deixar as suas casas devido ao conflito atingiu um novo recorde de 18,4 milhões, o maior aumento regional de pessoas deslocadas à força no mundo (Conner & Krogstad, 2018), conforme o gráfico 1 ilustra.



Gráfico 1: Número de pessoas deslocadas em África Subsariana, 2017.

Fonte: (Conner & Krogstad, 2018).

A tendência crescente do número de pessoas deslocadas em África prevaleceu no decorrer de 2018. Assim, em junho de 2018, os países africanos receberam cerca de 24,2 milhões de pessoas de acordo com o ACNUR, que compreendeu 35% da população global de refugiados. O número de deslocados internos aumentou em 1 milhão de 14,5 para 15,5 milhões durante o primeiro semestre de 2018. Este crescimento do número de deslocados resulta, principalmente, de conflitos e insegurança em partes da RDC, Nigéria e Somália (ACNUR, 2019).

Em 2019, mais de 21 milhões de africanos viviam em outro país africano, um aumento significativo em relação a 2015, quando se estimava que cerca de 18,5 milhões de africanos residiam fora de países africanos de origem. O número de africanos que vive em diferentes regiões também cresceu no mesmo período, de cerca de 17 milhões em 2015 para quase 19 milhões em 2019 (OIM, 2020). Ainda em 2019, o Egito detinha o maior número de pessoas vivendo no exterior, seguido por Marrocos, Sudão do Sul, Somália, Sudão e Argélia. Em termos de número de imigrantes, a África do Sul continua sendo o país de destino mais significativo em África, com cerca de 4 milhões de migrantes internacionais, residindo no país (OIM, 2020).

Ultimamente, na região Subsaariana de África há um exacerbar de novos deslocamentos internos, motivados por diferentes tipos de conflitos. Os ataques xenófobos contra migrantes na África do Sul, por exemplo, deslocaram milhares de indivíduos e resultaram em várias mortes, saques e destruição de propriedades pertencentes a estrangeiros (OIM, 2020). Até então, o ápice da violência xenófoba na África do Sul verificou-se em 2008, quando as revoltas contra os imigrantes deixaram pelo menos 62 mortos, 670 feridos e mais de 100.000 deslocados (Crush & Tawodzera, 2011).

Os ataques xenófobos, estimulados pelos comentários do rei Zulu de que os estrangeiros “deveriam fazer as malas e voltar para casa”, deixaram pelo menos cinco estrangeiros mortos e milhares deslocados. Incidentes xenófobos significativos também ocorreram em 2017, estendendo-se até 2019 com mais vidas perdidas e população deslocada acrescida (OIM, 2020; Hamilton & Bax, 2018).

Um outro fator, aliado aos novos deslocamentos, tem a ver com o surgimento de novos grupos armados em África, os militares de *Al-Shabab* que aterrorizam diversas regiões neste continente. Em Moçambique, por exemplo, até os meados de 2020, a ação dos terroristas provocou então mais de 435.000 refugiados, nos povoados de Namange, Nhanoma e Arimba, na zona costeira do distrito de Quissanga e de Quitarajo, Mucchojo, Olumbe, Pangane, Darimba, em Macomia na região de Cabo-Delgado (Jornal Domingo, 01/11/2020).

Dos movimentos migratórios aos refugiados no contexto Moçambicano

No contexto moçambicano, as migrações forçadas situam-se no período do colonialismo português. Neste período, a hostilidade entre o estado português e Moçambique provocou um deslocamento forçado da população. Esta mobilidade possuía um carácter instrumentalista e interesse político de gestão e controlo da população, bem como uma estratégia de sobrevivência do Estado português (Costa e Sousa, 2018). Ainda nesta época, por volta dos anos 60, a mobilidade forçada foi movida pela guerra de libertação nacional, onde vários moçambicanos foram obrigados a refugiarem-se nos países vizinhos como Tanzânia, Malawi, a busca de asilo político.

Já no período após a independência observou-se a diminuição drástica do número de refugiados moçambicanos nos países vizinhos devido ao repatriamento. Assim, neste período Moçambique tornou-se num território de acolhimento e de solidariedade de refugiados”, (Costa e Sousa, 2018). Estes refugiados estiveram ligados principalmente aos movimentos nacionalistas de países como África do Sul, Zimbabwe, Malawi e Suazilândia. Igualmente, os refugiados provenientes de países latinos, como Chile, Argentina e Brasil, foram hospedados por Moçambique. De salientar que os refugiados provenientes da América Latina foram acolhidos, entre outras razões, porque poderiam substituir os quadros portugueses que deixaram o país logo depois da independência (Miambo, 2017).

De 1976 a 1992, Moçambique foi desestabilizado por uma intensa e extensa guerra civil de 16 anos que fustigou o seu tecido social e económico, gerando um drama humano de proporções enormes e que se traduziu em migrações populacionais forçadas de milhões de moçambicanos para os países vizinhos, sobretudo o Malawi, Tanzânia, Zimbábue e Zâmbia. É neste âmbito que o país se tornou, pois, num “produtor” de refugiados neste período.

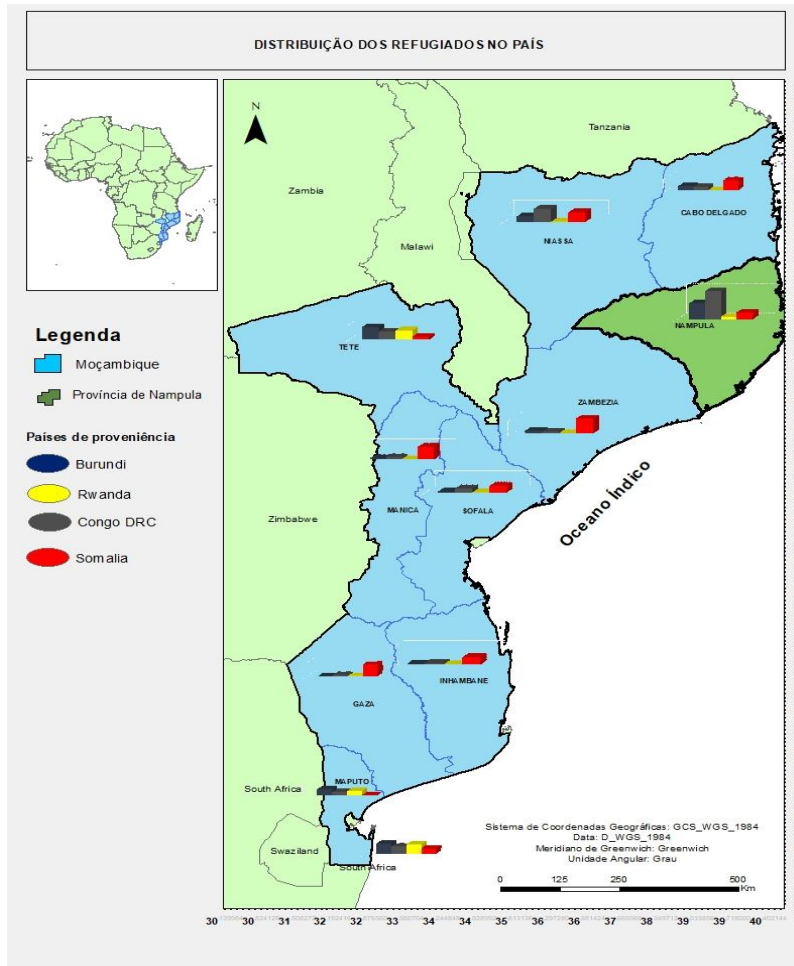
Todavia, este cenário veio a alterar-se devido à estabilidade que se seguiu e se vive nas últimas duas décadas. De país de migrantes, Moçambique converteu-se num país de acolhimento ou, preferencialmente, um território de transição de milhões de imigrantes rumo à África do Sul onde este país é visto por muitos como um “paraíso” ou o *El Dourado* africano.

Esta “fuga” massiva e crescente de refugiados para Moçambique nos últimos anos reside, por um lado, da sua vizinhança preferencial e privilegiada com a África do Sul (país que constitui o principal polo migratório regional), e por outro lado, no facto de estes refugiados serem oriundos de regiões não limítrofes deste país, fez com que Moçambique como Estado se transformasse de um país gerador de refugiados para um país de imigração e de asilo temporário e transitório tendo como destino final o país vizinho (Miambo, 2017).

Os fatores repulsivos, em particular a crise económica, a instabilidade política, os conflitos armados, entre outros, em alguns países poderão ser vistos como razões do refúgio e condicionam, de igual modo, a “corrida” para Moçambique (Sarmiento, 2009). Influenciam igualmente a afluência das deslocações forçadas para o território moçambicano nos últimos anos, para além dos factos focados, o retorno da estabilidade no país após a guerra civil em

1992 e o crescimento económico que se seguiu graças aos investimentos estrangeiros, impulsionou a migração para o território nacional.

Nos últimos anos, a emergência de um novo fenómeno, na região norte de Moçambique e na província de Nampula, em particular, ligado ao trabalho de migrante, em grande parte clandestino e atividades ilegais em torno das riquezas minerais e faunísticas (Miambo, 2017:239), tem contribuído para a deslocação massiva de imigrantes, refugiados e requerentes de asilo, para este ponto do país. De acordo com as últimas estatísticas avançadas pelo INAR- Instituto Nacional de Apoio aos Refugiados (2019), o território moçambicano conta atualmente com cerca de 32.594 refugiados/requerentes de asilo, com o maior número proveniente da República Democrática de Congo (11.611), Burundi (10.599), Somália (5.974) e Ruanda, com cerca de 4.493 refugiados. Vide a distribuição no mapa a seguir:



Mapa 1: Distribuição de refugiados em Moçambique, 2019

Os refugiados tendem a fixar-se, na sua maioria, na zona norte do país, uma região rica e bastante atrativa e apetecível dada a existência, concentração e exploração (em larga escala nos últimos tempos) de recursos naturais em terra e no mar, como fauna, madeira, carvão mineral, gás, petróleo, pedras preciosas e semipreciosas, areias pesadas, etc.

Estas riquezas do subsolo são a principal razão da maior presença de multinacionais estrangeiras (europeias, asiáticas, norte e sul americanas) que se dedicam à sua exploração, o que, em parte, tem contribuído para a ocorrência de migrações internas e internacionais (Arnaldo & Muanamoha, 2013).

Estes fluxos migratórios vêm, pois, despertando interesse de alguns pesquisadores moçambicanos. Estes estudos subdividem-se em duas linhas de investigação: a linhagem que focaliza a sua atenção nas motivações das migrações, advogando a tese das condições político-económicas e culturais. Neste contexto, destacam-se autores como Wetimane (2012), Raimundo (2011) e Gonçalves (2015). A segunda linhagem centraliza o seu debate sobre os processos que conduzem a integração dos refugiados nos países de acolhimento. Neste diapasão, a discussão levada incide acerca das políticas de acolhimento dos refugiados em Moçambique (Consolo, 2015; Miambo, 2017; Palamussa, 2016).

Relativamente à primeira linhagem, Wetimane (2012), tendo como foco o Centro de Acolhimento de Maratane, na província de Nampula, analisou os fluxos migratórios somalis para Moçambique. Procurou perceber sobre a natureza destes percursos migratórios e dos processos de fixação. Na visão deste autor, é sintomático o que fazem as pessoas que entram irregularmente nas fronteiras de outros países sem a devida autorização, porque os seus países estão em conflito armado, instabilidade política, crise económica, conflitos de carácter religioso, as vezes calamidades naturais, entre tantos outros motivos. Eles dirigem-se para países de destino, dado que procuram oportunidades de segurança, de emprego. Estas migrações são, pois, facilitadas pela existência de redes de familiares, amigos, conterrâneos e clandestinas que têm servido como fonte de informação sobre as rotas mais seguras (Wetimane, 2012).

Para Raimundo (2011), no estudo que conduziu, *Analisando as causas adstritas aos movimentos migratórios em Moçambique*, constatou que as fragilidades fronteiriças

(terrestres e marítimas), as acentuadas burlas e a falsificação de documentação, além de concorrem para a falta de dados credíveis sobre os movimentos migratórios, também impulsionam a ocorrência deste fenómeno. Acrescenta que a industrialização do país, a abundância dos recursos naturais, com destaque para as pedras-preciosas, a estabilidade política, o custo de vida, entre outros casos, completa o quadro das causas da migração no país (Raimundo, 2011).

Ainda na mesma perspetiva, Gonçalves (2015), num estudo sobre a *migração internacional e o processo de desenvolvimento na região norte de Moçambique*, tendo como campo de análise o Centro de refugiados de Maratane, na província de Nampula, no norte de Moçambique, em função da região recetora, identificou cinco principais fatores determinantes da imigração nomeadamente: a posição geográfica e a fragilidade do Estado; o papel do país como região de trânsito; as afinidades socioculturais, religiosas e linguísticas; as características *sui generis* do Centro de Maratane, que, sendo um Centro aberto, constitui um elemento distintivo que não se encontra nos campos de refugiados dos países vizinhos, como a Tanzânia, o Quênia e o Zimbábue; a quinta e última razão está ligada ao programa de reinstalação coordenado pelo ACNUR/INAR, que alimenta o sonho de muitos jovens e famílias refugiados para poderem estabelecer-se em países desenvolvidos, sobretudo da América do Norte e Austrália (Gonçalves, 2015).

Os resultados desta pesquisa apontam que, de uma forma geral, os imigrantes são pobres. E como não são absorvidos no mercado de trabalho pelo sector privado e pelas instituições do Estado, desenvolvem atividades por conta própria no sector informal para aumentar os seus rendimentos e melhorar as suas condições de vida. Na visão de Gonçalves (2015), os empreendimentos formais e informais gerados pelos imigrantes africanos constituem uma mais-valia socioeconómica, visto que permitem a diversificação das atividades económicas, proporcionando vários serviços à população local e, por conseguinte, o desenvolvimento da província de Nampula.

Na segunda linha de estudos, Consolo (2015), na pesquisa sobre o *Acolhimento de Refugiados em Moçambique*, procurou analisar a história do acolhimento de refugiados em Moçambique no período compreendido entre 1976 a 2014. Nesta pesquisa, a autora questiona até que ponto as estratégias de acolhimento de refugiados neste país satisfazem as necessidades básicas dos

deslocados. Em linhas gerais, os dados desta pesquisa sugerem que as políticas de acolhimento de refugiados em Moçambique são abertas, porque lhes dão possibilidades de se acomodar tanto no “centro” como fora deste local, e não se verificam casos de expulsões, encerramento de fronteiras, repatriamentos forçados.

Ainda na visão da autora, embora as políticas de acolhimento em Moçambique possuam uma tendência aberta, nem sempre foram uniformes e em concordância com as necessidades dos refugiados. Pois, por um lado, as dificuldades de ordem económica, política e social, tanto internas como externas enfrentadas pelo país ao longo do tempo, refletiram-se na implementação das políticas. Por outro lado, a ausência e a falta, de clareza em relação aos instrumentos orientadores na implementação das políticas em Moçambique, bem como as lacunas constantes em alguns artigos da Convenção de Genebra de 1951, constituem outra problemática na implementação das políticas de acolhimento no país. É neste sentido que Consolo (2015) advoga que a integração está condicionada, principalmente, à melhoria no acesso ao estatuto de refugiado, pois sem este a solução não poderá ser efetiva.

Por sua vez Miambo (2017), no seu estudo sobre *A problemática dos refugiados e as modalidades de acesso ao direito de asilo em Moçambique (1975-2017)*, mostra que este país se encontra intimamente ligado à crise do direito ao asilo no contexto global. Isto decorre de uma secundarização da assistência e defesa dos direitos humanos, sobretudo entre os refugiados, visto que estes são tratados como marginais na sociedade, ocupando um lugar subalterno, de tolerância, um lugar desprestigiado, indesejado, e numa condição de dependência da assistência externa, que se estende por longos anos (Miambo, 2017).

Nesta vertente, o autor sustenta que o modo de gestão dos refugiados e do direito de asilo em vigor no país flutua, de um lado, entre a implementação dos dispositivos supranacionais que obrigam Moçambique a acolher os refugiados; e, de outro lado, com a necessidade de salvaguardar e de preservar os interesses políticos de controlo do acesso ao direito de asilo. Na sua ótica, embora num contexto de fraca integração social sobretudo ao nível da esfera administrativa, alguns analistas consideram que Moçambique é politicamente generoso sob ponto de vista de asilo, e, por conseguinte, um bom país para se ser refugiado (Miambo, 2017).

Finalmente, a pesquisa desenvolvida por Palamussa (2016), com o título, *“Socio-economic impacts of self-settled Somali refugees in host communities and their challenges for local*

integration: the case study of Nampula city – Mozambique”, procurou compreender o processo de integração local e o impacto dos refugiados Somalis em Moçambique, tendo como estudo de caso a cidade de Nampula.

Palamussa (2016) argumenta que ao contrário da perceção que geralmente está ligada ao discurso político de que os refugiados são um fardo para as nações anfitriãs, os indivíduos reassentados contribuem positivamente para o crescimento da economia local e a melhoria das condições de vida das comunidades anfitriãs, algo que também é apoiado pelas relações sociais e culturais harmoniosas que existem entre eles.

Na visão deste autor, embora Moçambique não tenha uma política clara para a integração local de refugiados, os deslocados somalis geralmente são atores económicos dominantes no sector informal da economia na cidade de Nampula e estão a estabelecer-se entre as comunidades de acolhimento. Ao instituírem-se nas comunidades locais, eles desenvolvem atividades que criam um impacto social e económico na vida dos grupos locais.

Palamussa (2016) advoga que um dos maiores impactos socioculturais da migração dos refugiados somalis é a multiplicação da diversidade em termos de etnia, cultura e idioma. Esta mistura de grupos étnicos diversificados e multiculturais torna a composição social de Nampula ainda mais multiétnica e multicultural. Todavia, esta pluralidade cultural não resulta necessariamente em conflitos entre os refugiados e as comunidades de acolhimento.

Ainda de acordo com este autor, os impactos económicos subdividem-se em dois níveis: o nível micro e nível macro. O nível micro está diretamente ligado com as pessoas e as famílias. Pois, as contribuições diretas estão a aumentar e a melhorar as condições das comunidades de acolhimento em Nampula. O nível macro está relacionado com a economia como um todo, onde os refugiados contribuem massivamente para a economia, adquirindo bens e serviços e aumentando o número de consumidores em Nampula (Palamussa, 2016).

O “estado da arte”, conforme mostra sobre a problemática dos refugiados no contexto moçambicano, não atravessa o debate sobre as imigrações internacionais na sua conexão com a saúde e doença dos refugiados. Esta situação verifica-se, porque a literatura existente não aborda a gestão da saúde e doença por parte dos refugiados face às inúmeras situações adversas a que se encontram sujeitos. Estas são, pois, as lacunas na produção teórica e

empírica nesta área de estudo no caso específico do contexto moçambicano, a área de pesquisa.

Justificação da importância e pertinência do estudo

O campo de estudo “saúde e migrações” é relativamente novo, tanto entre as ciências da saúde como nas ciências sociais. Embora os estudos migratórios estejam consolidados como uma área do conhecimento interdisciplinar, o campo da “saúde e migrações” é mais recente. O interesse das ciências sociais pela temática da saúde e migrações levou a que se desenvolvessem estudos sobre questões mais abrangentes que consideravam os determinantes da saúde e os condicionantes sociais e culturais que ultrapassam o epidemiológico, adotando uma perspectiva mais humanista, empática e interventiva (Padilla, 2017).

Com o intuito de influenciar o *policy-making*, muitos estudos centraram-se na identificação e análise das chamadas “boas práticas” (Padilla, Plaza & Ortiz, 2012; Padilla, 2017). Embora estas pesquisas não tenham um espírito crítico, a sua ancoragem na interseção da “migração e saúde” serve para chamar a atenção para a importância de melhorar o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde, (Padilla, 2017), principalmente num contexto multicultural marcado pelo aumento das migrações internacionais.

Para o contexto moçambicano, a lacuna prende-se pela ausência de um “olhar multicultural” relativo ao atendimento médico e, sobretudo, o acesso aos cuidados de saúde dos refugiados. Embora a legislação moçambicana aponte as áreas prioritárias de assistência sanitária aos refugiados, centra-se essencialmente num sistema de despiste no ato da receção dos imigrantes, de forma a prevenir a propagação de doenças; promoção de programas de vacinação e outras medidas preventivas de assistência sanitária e na consciencialização dos refugiados sobre o perigo das toxicomanias, das doenças de transmissão sexual e da epidemia do VIH/SIDA, Artigo 8 do decreto 51/2003, (Consolo, 2015). A legislação moçambicana, as políticas públicas e os programas de saúde desenhados não têm, pois, em conta os desafios socioculturais que a multiculturalidade representa para os cuidados de saúde.

No campo académico, a pertinência deste trabalho mostra-se pela incipiência dos estudos sobre a migração e a saúde em Moçambique. As escassas pesquisas existentes sobre as migrações internacionais, por exemplo, focalizam as suas análises sobre a situação dos refugiados, centrando a sua atenção na discussão das políticas de acolhimento (Consolo,

2015), das causalidades e os efeitos socioeconómicos dos movimentos migratórios no processo de desenvolvimento (Gonçalves, 2015), dos contornos da imigração ilegal em Moçambique (Wetimane, 2012) e na análise do panorama geral dos refugiados em Moçambique (Raimundo, 2010).

Assim, ao trazer-se a proposta de reflexão sobre as estratégias de autogestão de saúde e doença a partir dos refugiados residentes em Moçambique, enceta-se a temática acerca dos desafios que os refugiados apresentam ao sistema de saúde moçambicano, num contexto marcado por uma crescente multiculturalidade.

Estrutura da Tese

Na parte introdutória deste trabalho, procura-se discorrer sobre o “estado de arte” no que diz respeito aos movimentos migratórios internacionais, tendo como ponto de análise o continente africano e, especificamente, o contexto moçambicano. Assim, num primeiro momento apresenta-se a história e o percurso dos fluxos migratórios no contexto africano. A seguir, o debate é centrado na discussão sobre a natureza dos movimentos e o “estado da arte” no que tange aos refugiados, no contexto moçambicano, refletindo sobre esta temática tão atual e transversal em Moçambique e no mundo.

No primeiro capítulo, aborda-se o referencial teórico que norteia este trabalho, através do recurso à triangulação teórica, dada a complexidade e transversalidade do fenómeno migratório, associado às questões de saúde/doença dos refugiados. Deste modo, justifica-se o cruzamento e diálogo entre a sociologia das migrações, a sociologia da saúde e da doença, e, por último, a antropologia da saúde/doença. Ainda neste capítulo, discute-se sobre os principais conceitos que sustentam a presente tese, culminando com a apresentação do respetivo modelo de análise. No segundo capítulo, debate-se sobre a saúde dos refugiados nos países de acolhimento, focalizando, por um lado, os dilemas dos imigrantes no acesso à saúde e, por outro lado, a problemática da vulnerabilidade das mulheres e crianças no acesso aos cuidados de saúde no contexto migratório. No fim deste capítulo, aborda-se a discussão sobre a “competência cultural” como estratégia para a superação das barreiras socioculturais, face as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

O itinerário metodológico é descrito no terceiro capítulo, sendo este iminentemente qualitativo. A pesquisa de campo foi realizada no Centro de Refugiados de Maratane, tendo como base amostral 59 indivíduos. A categoria de refugiados foi selecionada, usando o critério de acessibilidade, diversificando as regiões de origem, as diferenciações étnico-linguísticas e a equidade de género. Como técnicas de pesquisa, recorreu-se, em primeira instância, a pesquisa bibliográfica e documental e, posteriormente, usou-se as entrevistas semiestruturadas, do tipo individual, o que permitiu uma maior profundidade na recolha de informação.

Paralelamente, conduziu-se uma entrevista a um grupo focal, constituído por 12 integrantes entre membros do Gabinete do Comité Representativo dos Refugiados do Campo de Maratane. Por fim, utilizou-se a técnica de observação por forma a captar a rotina e as práticas socioculturais dos refugiados. É de salientar ainda que o presente trabalho passou pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) da República de Moçambique, tendo sido aprovado com o número CIBSFM&HCM/021/2019.

O quarto capítulo é reservado a apresentação e discussão dos resultados. Antes desta apresentação, é feita uma breve descrição do contexto dos países africanos de proveniência de refugiados; a seguir, apresentam-se as características sociais e demográficas dos refugiados residentes no Centro de Maratane e as motivações subjacentes ao processo migratório em direção a Moçambique. De seguida, arrola-se os fatores de exposição aos riscos de saúde onde se pode concluir que a saúde dos refugiados é condicionada estruturalmente em três períodos que são: o período pré-migratório, durante o processo migratório e o período pós-migratório.

Posteriormente, o debate foca-se na discussão sobre as barreiras estruturais e obstáculos no acesso aos serviços e cuidados de saúde. Os resultados deste debate apontam a existência de dois níveis de barreiras: as internas e externas, que interferem na saúde/ doença dos refugiados residentes neste campo de refugiados. Por fim, faz-se a apresentação e discussão das estratégias de autogestão de saúde e doença que os refugiados se servem para fazer face aos constrangimentos estruturais a que estes se deparam na procura dos cuidados médicos.

Por último, no quinto capítulo realiza-se a apresentação das considerações finais, suas limitações e recomendações do estudo para os fazedores de políticas públicas e para futuras investigações nesta área de investigação.

CAPÍTULO I

QUADRO TEÓRICO & MOLDURA CONCEPTUAL

1. QUADRO TEÓRICO

O presente capítulo faz uma apresentação do quadro teórico que serviu de base para realização da pesquisa. Para o efeito, recorreu-se à triangulação teórica, isto é, ao cruzamento de diferentes lentes teóricas, face a complexidade do fenómeno em análise. Tendo como base a transversalidade da questão multicultural, ao abordar-se as migrações e a saúde, num primeiro momento, apresenta-se o debate que atravessa a sociologia das migrações e em segundo momento o debate é centrado na sociologia da medicina/sociologia da saúde e da doença; e, por último, a discussão é virada a antropologia da saúde/doença, demonstrando a sua centralidade e o seu valor heurístico no caso de Maratane, aqui em estudo.

1.1 Sociologia das migrações

Historicamente, as migrações, nas suas variadas formas, sucedem desde as mais antigas gerações da humanidade até as nossas. Embora, nos tempos modernos, as migrações constituam um tema recorrente no âmbito das ciências sociais, nos argumentos políticos e no quotidiano do senso comum, a sociologia das migrações afirma que foi somente a partir dos finais do século XIX que surgiram as primeiras teorias que visavam estudar a migração e a condição de ser estrangeiro (Peixoto, 2004:3). Não obstante a migração não tenha sido uma preocupação central dos “grandes teóricos” da sociologia, tanto no século XIX quanto no XX, “os autores clássicos da sociologia conheceram de perto a questão da imigração, ainda que não tenham dedicado a ela livros ou artigos específicos” (Oliveira, 2014:91-92).

O tema das migrações esteve fora dos estudos desenvolvidos pelos clássicos pelo facto de o imigrante ter sido tomado como um produto em formação, e como um efeito do desenvolvimento do capitalismo e da estratificação social em decorrência, e não como um ator social autónomo e relevante na análise social (Oliveira, 2014). Por esta razão, “as perspectivas teóricas adotadas pelos sociólogos foram implícitas, em vez de explícitas, e muitas vezes de natureza eclética, tomando emprestado paulatinamente de outras disciplinas, como a biologia social, a economia e a psicologia”³ (Richmond, 1988:30).

³ Tradução do autor.

Embora não haja centralidade na temática das migrações, é possível trazer um retrato sobre o debate do panorama migratório, através dos clássicos da sociologia, nomeadamente Marx, Durkheim e Weber. O referido debate gira em torno das interações sociais, da coesão social, das diferenças entre os diversos grupos, das mudanças sociais decorrentes do avanço do capitalismo e da mobilidade geográfica e socioeconómica (Oliveira, 2014). A migração era, portanto, vista como um aspeto da industrialização, associado à ascensão do capitalismo no século XVIII, tendo-se manifestado como parte do processo de urbanização e metropolização (Richmond,1988:30).

Em Marx, por exemplo, a questão central está vinculada às relações sociais de produção entre duas classes antagónicas: a burguesia e o proletariado. A abordagem de Marx sobre a acumulação capitalista, não abarca a dimensão dos hábitos sociais e culturais da população em condição de migrantes. Esta abordagem defende que a acumulação do capital, faz-se acompanhar de um crescimento populacional significativo, ou de um agrupamento humano de grandes proporções (Oliveira, 2014).

Richmond (1988:30), dissertando sobre este clássico autor, sustenta que “ao examinar os efeitos das mudanças económicas e políticas na França, Irlanda e Escócia, Marx destacou a cumplicidade dos governos e dos militares em coagir camponeses e pequenos agricultores para a migração, através de movimentos de fechamento, obrigações e movimentos de emigração assistida pelo Estado”⁴.

Por sua vez o sociólogo francês, Émile Durkheim, considerou a migração como um dos fatores que levaram à rutura de comunidades tradicionais mantidas juntas por “solidariedade mecânica. De acordo com este teórico “the transition to 'organic solidarity' based upon a social division of labour and economic interdependence was often accompanied by 'anomie', or the collapse of a common value system binding people together” (Richmond (1988:30-31). Durkheim argumenta ainda que as cidades não se formam por uma espécie de crescimento espontâneo, mas sim pela imigração, como refere:

“...as cidades sempre resultam da necessidade que impele os indivíduos a manterem constantemente o contato mais íntimo possível uns com os outros,

⁴ Tradução do autor.

elas são como pontos em que a massa social se contrai com mais força que em outras partes. Portanto, elas não se podem multiplicar e se estender, a não ser que a densidade moral aumente. Veremos, de resto, que elas se recrutam pela imigração, o que só é possível, na medida em que a fusão dos segmentos sociais é avançada” (Durkheim, 1999:254).

Nesta ótica, percebe-se que as migrações contribuem para a transição das comunidades tradicionais de solidariedade mecânica para as modernas sociedades de solidariedade orgânica, onde o elevado nível de divisão do trabalho social, juntamente com o colapso do sistema de valores comuns, conduz a anomia com possíveis consequências patológicas, nomeadamente o suicídio, o crime e o conflito social. Neste âmbito, os imigrantes estão mais expostos aos perigos da modernidade em virtude da descontextualização relativamente aos seus espaços de pertença (Papastergiadis, 2000). Ou seja, “...a maior mobilidade das unidades sociais que esses fenómenos de migração supõe determina um enfraquecimento de todas as tradições” (Durkheim, 1999:295).

A visão weberiana em relação à temática das migrações não é, também, muito clara e definida. Assim como Marx e Durkheim, Weber estava preocupado com as consequências da industrialização e a ascensão do capitalismo. No entanto, “este ficou menos impressionado com os seus efeitos desintegradores e observou a importância da religião, particularmente a chamada “ética protestante”, que considerava uma condição necessária para a acumulação de capital”⁵ (Richmond (1988:31). Contudo, mesmo não dando centralidade à esta temática das migrações e dos processos étnicos, na visão de Oliveira, (2014:93), “Weber foi sensível à etnicidade em duas situações distintas (Alemanha e EUA), revelando aí que padrões culturais tendiam a manter-se, mesmo frente à liberdade e à racionalidade de um mundo em processo de desmagificação”.

Em contrapartida, só no início do século XX é que as migrações se configuraram como objeto de estudo na sociologia contemporânea, quando os sociólogos americanos, sobretudo os da Escola de Chicago, apostaram na pesquisa sobre a organização social da sua cidade. Foi,

⁵ Tradução do autor.

portanto, neste século que a sociologia das migrações começou a estabelecer-se como um subcampo distinto dentro da disciplina (Sasaki & Assis, 2000; Richmond,1988). Os pesquisadores desta grande escola sociológica tinham um particular interesse sobre a temática das migrações, sobretudo em as migrações de negros norte-americanos do Sul, em direção às grandes cidades do Norte, num tempo em que havia uma notoriedade incontornável do problema da migração, em termos políticos e jurídicos (Oliveira, 2014).

Na visão de Richmond (1988), dois pressupostos basilares fundamentaram as análises teóricas dos sociólogos de Chicago. Em primeiro lugar, o processo de imigração envolveu a transição de uma comunidade rural mono-cultural essencialmente unida, no antigo país, para um ambiente urbano mais heterogéneo, segmentado e muitas vezes desorganizado, no novo país. Em segundo lugar, supunha-se que os imigrantes entravam na sociedade na base de uma pirâmide de *status* económico e social. Ainda na perspetiva deste autor, os imigrantes acabariam por melhorar a sua posição e dispersar-se-iam geográfica e socialmente, dependendo do grau em que adquirissem as habilidades linguísticas e outras habilidades necessárias para o surgimento de novos recursos industriais (Richmond,1988:32-33).

De forma mais específica, as fundações da sociologia da migração foram lançadas primeiramente através do trabalho de W. Thomas & Zaniecki (1918), com a sua obra *The Polish Peasant in Europe and America*, que influenciou fortemente os estudos posteriores de migração. Sasaki e Assis (2000) consideram esta obra de grande relevância pelo facto de destacar o estudo dos movimentos migratórios de aproximadamente dois milhões de polacos para a América entre os anos 1880-1910, e da forma como estes movimentos dissolveram os laços de solidariedade na família, sublinhando as conclusões de Émile Durkheim.

Na segunda metade do século XIX e inícios do século XX o paradigma evolucionista ocupava um lugar de destaque nas ciências sociais (e claramente nas ciências naturais onde teve sua origem). Foi então, neste cenário que “Herbert Spencer e outros, os sociólogos de Chicago adotaram um modelo orgânico de sociedade no qual o conflito e a competição por recursos escassos, dentro de um ambiente ecológico particular, levaram à assimilação eventual de imigrantes e etnias” (Richmond, 1988:32). Assim, na visão deste autor, “assimilação” foi entendida como uma tendência progressiva a ser mais como membros da sociedade recetora, particularmente os sistemas sociais e a cultura dos dominantes (Richmond, 1988).

Neste contexto, em 1928, Robert Park publica, na *American Journal of Sociology*, o artigo *Human Migration and the Marginal Man*. Em seus trabalhos, Park analisou o processo de integração e assimilação de imigrantes e, no caso dos EUA. “tratava-se de estudar o processo de assimilação de imigrantes em grandes cidades, especialmente quando havia não apenas um grupo, mas vários deles, como era o caso da cidade de Chicago.” (Oliveira, 2014:88). Ainda na visão deste autor, quando um determinado grupo de pessoas vinha de uma cultura diferente daquela que é a cultura nativa (local) ou dominante, o processo de aculturação e assimilação, não ocorria com tanta rapidez como se verificou no contexto da cidade de Chicago (Oliveira, 2014).

Tal como escreve Richmond, (1988), este processo de assimilação seria decorrente do que Robert Park chamou de “ciclo de relações raciais”, começando com um estágio de conflito aberto entre os imigrantes e as populações mais estabelecidas, e passando pela competição institucionalizada por terra, moradia e emprego, os recém-chegados acomodaram-se ao ambiente, adotando um novo idioma e adotando, com graus variados de cumprimento e resistência, novos costumes no lugar dos velhos. “Por fim, acreditava-se que ocorresse uma completa assimilação estrutural e cultural, embora não estivesse totalmente claro se isso envolveria a adoção de valores e estilos de vida completamente anglo-americanos” Richmond, (1988:32).

A migração trouxe diferentes povos e culturas para contato e colisão. Estes conflitos culturais interromperam as rotinas habituais e quebraram o que Park (1928) chamou de “*cake of custom*”. Ou seja, o enfraquecimento dos laços paroquiais, abriu espaço para que houvesse uma perspectiva de desapego, desapaixonada, e mais esclarecida, bem como uma organização da vida social baseada na racionalidade (Goldberg, 2012).

1.2 Sociologia das migrações forçadas

Um dos legados mais negativos do século XX foi o desenvolvimento do refugiado como resultado da migração forçada (Talbot, 2011). Devido à perseguição política, conflitos, guerras étnicas, mudança de regimes, intolerância religiosa, regimes totalitários, desastres ambientais, etc, milhões de pessoas foram forçadas a fugir de suas zonas de origem. Por isso, o século XX foi conhecido como “o século do refugiado”. No entanto, as teorias das migrações

internacionais até então produzidas não incorporaram, de forma sistemática, a categoria dos refugiados nas suas análises, exatamente porque os fatores migratórios acima descritos foram excluídos das análises migratórias⁶.

Evidentemente, é importante para os sociólogos que incluam a migração forçada em pesquisas e análises sobre processos de transformação social. É necessário, pois, expandir a investigação para incluir as pessoas que fogem da violência e esta situação desafia os teóricos da migração internacional a definir o seu escopo e a considerar fatores de interação que explicam o movimento e as decisões de permanência (Castles, 2005; FitzGerald & Arar, 2018).

No entanto, os estudos sobre refugiados, às vezes rebatizados como “estudos de migração forçada”, só foram criados como um campo de conhecimento na década de 1980, em parte como resultado de grandes situações prolongadas de refugiados no sudeste da Ásia, Paquistão e Irão, no Corno de África, na África Austral, no México e na América Central, bem como um aumento substancial no número de requerentes de asilo na Europa e na América do Norte (FitzGerald, 2015; Fiddian-Qasmiyeh *et al.* 2014).

A sociologia da migração forçada não possui um campo de pesquisa restrito, mas compartilha com muitas outras disciplinas, como geografia, demografia, antropologia, etc. O caráter específico da sociologia está em suas abordagens teóricas e metodológicas (Castles, 2003). Como referem Stepputat & Sørensen (2014), a sociologia da migração forçada considera, como métodos, os conceitos e as teorias sociológicas que avançaram, nosso entendimento, sobre as causas, experiências e impactos da migração forçada nos níveis micro, meso e macro. Ademais, destacam também temas e questões sociológicas que incluem a categorização, rotulagem, integração e cidadania, bem como género, classe e etnia, a perda de identidade e desintegração da comunidade e, em seguida, processos de redefinição de identidade e de reconstrução das identidades dos refugiados na comunidade (Stepputat & Sørensen, 2014; Castles, 2003).

⁶Este abismo acadêmico vinha sendo suplantado e ampliado pelo campo relativamente novo de estudos sobre refugiados, que não se baseia na linhagem acadêmica da sociologia da migração internacional, mas nas preocupações do ACNUR e nos especialistas em advocacia. Em resposta a esses desenvolvimentos, organizações como a Fundação Ford financiaram várias organizações de pesquisa para realizar projetos que lidam com essas questões (FitzGerald & Arar, 2018; Fiddian-Qasmiyeh *et al.* 2014).

Nesta década, “os académicos, baseados principalmente no Reino Unido, moldaram o campo de pesquisa nesta área, em torno da presunção de que os refugiados são fundamentalmente diferentes dos migrantes por causa dos fatores de pressão que impulsionam o seu movimento e das obrigações legais exclusivas dos estados de proteger estes primeiros” (Fitzgerald & Arar, 2018:2). Ademais, os refugiados são mais vulneráveis e propensos a riscos de diversa natureza. Como advogam Bocquého *et al.* (2018), a exposição e o comportamento de risco dos refugiados podem muito bem ser diferentes de outros migrantes pela natureza dos fatores que condicionam a sua existência.

O recurso à sociologia das migrações revela-se pertinente para esta pesquisa, na medida em que permite perceber o percurso migratório dos refugiados e as dinâmicas subjacentes neste processo. Pois, os movimentos migratórios nos quais são incluídos os refugiados, fazem uma recolocação geográfica dos indivíduos, da sua história e cultura, em diversas e distintas sociedades, onde estes mesmos indivíduos, refazem os significados que dão à vida e a si próprios, através de um processo de interação social bastante complexo (Truzzi & Monsma, 2018).

1.3 Sociologia médica/Sociologia da Saúde

No século XIX, os países europeus experienciaram a Revolução Industrial, com o epicentro na Inglaterra, como um processo de transformação sem precedentes a nível mundial. Neste período, destacam-se elementos marcantes de transformação profunda nas condições sociais de vida dos homens e, conseqüentemente, das condições objetivas e subjetivas da saúde humana (Franco & Druk, 1998:62). Naquela época, a partir da organização das classes trabalhadoras, com o conseqüente aumento da sua participação política, principalmente nos países que alcançaram um elevado desenvolvimento das relações produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, rapidamente foram inseridos temas relativos à saúde na pauta das reivindicações dos movimentos sociais daquela época (Catão, 2011:145).

Este seria, portanto, o primeiro encontro da sociologia com a saúde e a doença, estabelecendo assim uma intersecção “a partir de dois aspetos, sendo o primeiro deles no âmbito sociológico, enfatizando a compreensão da saúde como um fenómeno social, ou seja, um fato resultante das interações humanas, produto da vida em sociedade; já o outro ângulo se exterioriza nos

campos da antropologia médica e de algumas disciplinas das ciências da saúde, tais como a epidemiologia, a medicina social e a clínica social” (Catão, 2011:154 *apud* Martins, 2004).

Importa referir que no fim do século XIX, a sociologia médica foi definida pela primeira vez nos Estados Unidos, mais precisamente em 1894, por Charles MacIntire, em artigo sobre a importância dos fatores sociais na saúde. Este artigo “tratava das preocupações académicas relacionadas com as leis que regulavam as vinculações entre a profissão médica e a sociedade, tendo como objetivo verificar as explicações sociológicas sobre as relações entre a instituição e a linguagem médica, os seus pacientes e a comunidade em geral” (Catão, 2011:153). Neste contexto, Charles MacIntire sugere que:

Medical Sociology is the science of the social phenomena of the physicians themselves, as a class apart and separate; and the science which investigates the laws regulating the relations between the medical profession and human society as a whole: treating of the structure of both, how the present conditions came about, what progress civilization has effected, and indeed everything relating to the subject (Charles MacIntire, 1991:31).

A “sociologia médica” deve envolver a aplicação de conhecimentos e conceitos sociológicos a questões de saúde e doença. A sua abordagem é distinta, visto que considera a importância que os fatores socioculturais e estruturais pois exercem pressão sobre os processos de saúde e doença, bem como sobre a organização e prestação de cuidados de saúde (Hafferty & Castellani, 2006).

Na mesma senda, Amzat & Razum, (2014), advogam que a sociologia médica “é, pois, simplesmente a aplicação de perspectivas teóricas e métodos sociológicos no estudo das questões de saúde nas sociedades humanas, com um foco no meio sociocultural. Ainda de acordo com Amzat & Razum (2014:5), “a sociologia médica também pode ser definida como o estudo científico da padronização social da saúde. Neste caso, é um estudo de como os fatores sociais (por exemplo, classe, raça, género, religião, etnia, rede de parentesco, casamento, status educacional, idade, local e práticas culturais) influenciam a saúde humana.”

Comungando o mesmo fio de pensamento, Bäckström (2009), sugere que a ideia de padronização social indica que esses fatores sociais podem ser os determinantes do estado de saúde humana. Portanto, é possível através da estrutura social compreender os vínculos entre

a saúde dos indivíduos e as causas sociais. Neste sentido, no campo da Sociologia da Saúde e Doença, foi desenvolvido um rigoroso quadro teórico, que aborda os processos biológicos e sociais, e entre o indivíduo e a sociedade, numa perspetiva dialéctica (Bäckström, 2009).

No entanto, só a partir do final da Segunda Guerra, é que a sociologia médica começou a transformar-se em atividade regular com participação das fundações privadas que aplicaram recursos em inúmeros projetos de pesquisas (Nunes, 2007). É neste período que o sociólogo americano, Talcott Parsons, tornou o estudo da saúde e da doença sociologicamente relevante, através do seu livro *The Social System* de 1951, onde analisou o papel do médico e do doente.

Nesta obra, Parsons relacionou o estudo da sociologia médica às preocupações sociológicas, envolvendo o processo de mudança social e controlo social. Para além disso, analisou como os profissionais de saúde se relacionam com os seus pacientes, bem como o ambiente dessa interação num âmbito médico. Ou seja, olhando o médico como um profissional, o doente como cliente e a doença como a variável situacional de controlo à interação entre os dois. Portanto, com Parsons, houve uma reorientação da sociologia médica em direção à construção teórica (Twaddle & Hessler, 1977; Nunes, 2007).

Por sua vez, Robert Merton, George Reader e Patrícia L. Kendall fazem parte de um grupo de sociólogos americanos, da escola estruturo-funcionalista que se destacaram também neste campo. O marco principal esteve relacionado com o lançamento da obra *The student-physician: introduction studies in sociology of medical education* em 1957, que veio a marcar a produção científica no campo da educação médica nos Estados Unidos da América. Como explica Merton, referenciado por Brosnan & Turner (2009), a sociologia da educação médica emerge devido a vários desenvolvimentos dentro da própria educação médica, nomeadamente:

“the need to incorporate the expansion of scientific knowledge within limited curricular time; the renewed focus on treating ‘the patient as a person’ and the sense that sociology, though not well understood within the medical profession, could play a role in developing this aspect of practice; the development of systematic research into medical education; and innovations in medical curricula” (Brosnan & Turner, 2009:2).

Desta forma, a sociologia começava a concentrar-se nas profissões, organizações e processos de socialização de adultos e desenvolvendo métodos de pesquisa sócio-científica. Cada uma dessas mudanças teve um impacto na educação médica, indicando sua relevância contínua como uma área de investigação sociológica (Brosnan & Turner, 2009). Por isso, a escola médica é concebida como um ambiente social no qual a cultura profissional da medicina é diversamente transmitida aos noviços por meio de distintos processos sociais e psicológicos; Merton, Reader, Kendall, 1957, *apud* Nunes, 2007).

Nos anos subsequentes, sob influência destas pesquisas, Howard Becker *et al.* (1961) publicaram *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Este estudo buscava perceber o que é que a faculdade de medicina orientava aos seus estudantes, além de dar-lhes uma educação técnica. Como pressuposto, referiu-se que os alunos terminavam a faculdade de medicina com um conjunto de conceitos sobre a medicina e prática médica que diferiam dos pensamentos com as quais entraram. Estas ideias não poderiam ter tido antes da antecipação concreta da prática que a escola lhes deu. Presume-se que estas mudanças influenciem as escolhas de carreira (Becker *et al.* 1961).

A sociologia se encontraria virada para uma abordagem de todo o conjunto de processos sociais que moldam a educação médica, a socialização dos estudantes e grupos profissionais, em relação às mudanças nas políticas globais de saúde, e uma ampla gama de métodos e teorias.

É desta forma que os anos 1960 serão marcados pelas concepções de sociólogos que se voltam para o interacionismo simbólico. Para este paradigma teórico, a sociedade humana consiste apenas de indivíduos ligados por interações constantes facilitadas pela interpretação social e representação de eventos no mundo social. Como sustentam Amzat & Razum (2014:130), “os interacionistas concentram-se no nível microscópico de análise, que consiste em processos sociais no nível subjetivo que são relativamente pequenos em tamanho, como atores individuais, ações, comportamento, atitude, motivos, gestos, percepção, pensamentos e interação”. Portanto, a ação e os comportamentos humanos baseiam-se em aspirações voluntárias fundamentadas em entendimento, significado e interpretação associados a eventos sociais. A implicação é que os indivíduos estão ativamente envolvidos na construção social

das realidades sociais, independentemente de existirem restrições sociais (Amzat & Razum, 2014).

O interacionismo simbólico oferece uma estrutura teórica abstrata para visualizar as realidades sociais, em vez de uma teoria explicativa definitiva que especifica variáveis e prediz resultados. Esta perspectiva pressupõe que a sociedade e a vida coletiva precedem o indivíduo e formam contextos de ação e interpretação (Cockerham, 2013). Neste contexto, no campo da saúde, os interacionistas veem a experiência da doença como subjetiva, sendo resultado de uma construção social.

Ou seja, os primeiros estudos interacionistas simbólicos da experiência da doença feita na sociologia médica pretendiam trazer à tona uma “visão privilegiada”, porque os seus autores enfatizavam realidades concretas em vez de emprestar conceitos abstratos (Gerhardt, 1989; Bird *et al.* 2010). Neste quadro analítico, a maioria dos pesquisadores usa entrevistas únicas e aprofundadas para conduzir os seus estudos sobre a experiência da doença. Deste modo, eles obtêm insights das histórias e reflexões dos participantes da pesquisa, mas raramente testemunham as suas ações ou silêncios (Charmaz & Belgrave, 2013).

A título de exemplo, os teóricos interacionistas procuram retratar o que as pessoas com doenças crônicas experienciam e quais as ações elas tomam em relação a sua situação, como elas entendem as suas experiências e entendimentos sobre a saúde. Uma doença, portanto, é uma construção social, isto é, definida pela sociedade. Isto implica que as categorias de doenças são produzidas e as pessoas são categorizadas como doentes através do processo de interação social. Neste paradigma, destacam-se autores como Robert Straus, Erving Goffman, David Mechanic Freidson, Freidson, entre outros.

Robert Straus destaca-se por ter criado o primeiro Departamento de ciências do comportamento em uma escola de medicina. Além deste feito, é conhecido pela demarcação da distinção entre a “sociologia na medicina” e a “sociologia da medicina”, em a sua obra *The nature and status of Medical Sociology*, escrita em 1957. Na visão de August Hollingshead, esta sugestão provou ser um divisor de águas no desenvolvimento subsequente do campo, como refere:

Sociology in medicine has tended to be concentrated in schools of medicine, schools of public health, hospitals, and health departments. Sociology of medicine is centered

in departments of sociology in colleges and universities. As time has passed, both sociology in medicine and sociology of medicine have focused their attention on the dimension of the field that is of interest at that moment (Hollingshead, 1973: 533).

Já o sociólogo Erving Goffman, no seu livro *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, publicado em 1961, buscou analisar as questões de saúde e doença a partir dos hospitais, desenvolvendo os conceitos de instituição total, carreira moral do doente mental, entre outros. Sobre a carreira moral do doente mental, a sua maior preocupação centrou-se nos aspetos morais da carreira - isto é, a sequência regular de mudanças que a carreira acarreta no *self* e em sua estrutura de imagens para julgar a si mesma e aos outros (Goffman, 1961). Nesta sequência, o autor sugere que:

“this general sociological perspective is heavily reinforced by one key finding of sociologically oriented students in mental-hospital research. (...) Similarly, the student of mental hospitals can discover that the craziness or "sick behavior" claimed for the mental patient is by and large a product of the claimant's social distance from the situation that the patient is in, and is not primarily a product of mental illness (Goffman, 1961:130).

Um outro teórico de destaque é o sociólogo americano, David Mechanic, que introduziu no campo da saúde o conceito de *illness behavior*, que descreve as maneiras pelas quais as pessoas respondem às indicações corporais e as condições para que passam a vê-las como anormais. Para este autor, “o comportamento da doença envolve, portanto, a maneira pela qual os indivíduos monitoram os seus corpos, definem e interpretam os seus sintomas, tomam ações corretivas e utilizam as fontes de ajuda, bem como o sistema formal de saúde” (Mechanic, 1986:1). As diferentes perceções, avaliações e respostas à doença têm, às vezes, um impacto dramático, quando os sintomas interferem nas rotinas quotidianas da vida, na cronicidade, na obtenção de cuidados adequados e sobretudo na cooperação do paciente durante o tratamento médico.

Ainda sobre a experiência subjetiva da doença, Eliot Freidson (1970), na sua emblemática obra *Profession of medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, partindo do conceito central de “autonomia profissional”, descreve minuciosamente a organização oficial da profissão médica, as condições e o curso do trabalho diário dos médicos, bem como certos

processos de construção social de doenças (Dodier & Darbon, 1985). Relativamente à questão da autonomia profissional, Freidson (1970) revela que a profissão médica reivindica a autonomia sobre o conteúdo do trabalho em virtude do caráter objetivo e confiável de sua experiência, que é tão complexa e esotérica. Pois, apenas os homens adequadamente treinados podem conhecer e avaliar o conteúdo. No entanto, o autor mostra-se cético em relação a este posicionamento, já que esta reivindicação de autonomia profissional poderá trazer vantagens “perversas” para o saber médico, como refere:

“.. without a service orientation, a profession granted control over its work could be expected to take material advantage of its monopoly to serve its own selfish interests” (Freidson, 1970:360).

Freidson (1970) ainda afirma que o conteúdo do trabalho das profissões não é absolutamente separável da organização social e económica. Da mesma forma, a maneira como a doença é gerida durante a administração do tratamento é em função de fatores económicos e sociais. A dimensão socio-cultural da doença fica, pois, patente na sua colocação:

“The behavior of the “sick” varies from one culture to another, very often independently of disease, and constitutes a reality in itself. So does the behavior of the healer vary from culture to culture” (Freidson, 1970:207).

Contudo, há que considerar o “comportamento da doença” do paciente, juntamente com a análise do “comportamento do diagnóstico” e do “comportamento do tratamento” do médico, e não apenas a análise dos sinais físicos. Ou por outra, o diagnóstico e o tratamento não são atos biológicos, mas atos sociais peculiares aos homens. A doença, como tal, pode ser biológica, mas a ideia de doença não é e, nem a maneira como os seres humanos reagem a ela. O sociólogo, por consequência, estudaria as circunstâncias sociais em torno da doença diagnosticada clinicamente (Freidson, 1970:207-209).

O conceito de *ruptura biográfica*, trazida por Michel Bury (1982), constituiu uma tentativa direta de teorizar como a doença crónica afetava a vida das pessoas. Esta interrupção envolve exterminar as suposições da pessoa como um dado adquirido sobre o conceito de si mesmo, a sua saúde e a conduta de sua vida; implica reavaliar a biografia e a sua auto-imagem e organizar recursos para lidar com as mudanças decorrentes da doença (Charmaz & Belgrave,

2013). *Loss of self* é um outro conceito interessante que está associado a Kathy Charmaz na sua obra *Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill*. Este conceito vincula explicitamente ao sofrimento.

Na perspectiva desta autora, a dor física, o sofrimento psicológico e os efeitos deletérios dos procedimentos médicos fazem com que os doentes crónicos sofram à medida que experimentam as suas doenças. No entanto, uma visão médica limitada do sofrimento, definida apenas como desconforto físico, ignora ou minimiza o significado mais amplo do sofrimento experimentado por adultos debilitados e doentes crónicos (Charmaz, 1983). Tomados em conjunto, os conceitos de rutura biográfica e perda de si fornecem um controle analítico sobre aspetos cruciais da experiência de uma doença. Ambos conceitos trazem o eu, a identidade e o tempo para o primeiro plano conceitual (Charmaz & Belgrave, 2013).

Ainda neste período, há que destacar o marco deixado por alguns pesquisadores que evidenciam questões culturais na perceção e interpretação das doenças, através do Modelo de Crenças em Saúde (HBM). Este modelo constituiu uma das primeiras teorias do comportamento em saúde e continua sendo uma das mais amplamente reconhecidas no campo. Foi desenvolvido na década de 1950 por um grupo de psicólogos sociais (com uma ligação com o paradigma interpretativo) do Serviço de Saúde Pública dos EUA, que queriam explicar por que tão poucas pessoas participavam de programas para prevenir e detetar doenças (Glanz & Bishop, 2010; Amzat & Razum, 2014).

O modelo insere-se na dimensão e micro de análise comportamento, ou ainda numa orientação fenomenológica relacionada à saúde. Ou seja, enfatiza processos psicológicos individuais na explicação do comportamento individual em relação à saúde. Desta forma, este modelo sustenta que o comportamento de saúde ou doença é uma função da perceção que um indivíduo tem de sua vulnerabilidade a uma doença e a eficácia percebida do tratamento, o que afeta a decisão de procurar atendimento médico (Elder *et al.* 1999 *apud* Amzat & Razum, 2014).

Retornando à sociologia médica, o processo da sua institucionalização nos Estados Unidos prossegue nos anos 70, coincidindo com o momento em que a sociologia naquele país passava por uma fase de grande crescimento em seu recrutamento, assim como no financiamento público (Nunes, 2014). Ainda nesta década, Nunes (2014), refere que alguns autores como

Freeman *et al.* enfatizavam que a situação na sociologia médica era semelhante à de outros campos da sociologia, por esta razão “recorreu-se a conceitos, teorias e métodos da sociologia para o estudo da saúde e da doença das pessoas, das relações e processos sociais dos indivíduos envolvidos na rede de relações e processos sociais dos indivíduos envolvidos na rede de relações dos ambientes médicos e o fornecimento e organização do cuidado médico”(Freeman *et al.* 1963 *apud* Nunes 2014:1009-1010).

Nesta época, “toda a sociologia médica desenvolvida em países de língua anglo-saxónica, especialmente nos Estados Unidos e Canadá, manifesta uma influência da tradição intelectual estrutural funcionalista como teoria sociológica fundamental e, sensivelmente até à década de 70, a teoria parsoniana, o funcionalismo de Merton, a teoria psicanalítica gozam do estatuto privilegiado de constituírem o conjunto das teorias sociológicas tradicionais na sociologia médica” (Carapinheiro, 1986:17).

Assim, a perspetiva sistémica emerge com a proposta Parsoniana, que deixa evidente que um pré-requisito funcional da formação do sistema em qualquer sociedade é uma pré-condição de continuidade de uma estrutura social para que os indivíduos integrantes de uma sociedade tenham que ser positivamente motivados (Gerhardt, 1989). Nesta vertente, para Parsons, a saúde é uma condição básica da democracia e da justiça, quando sugere igualdade, como refere:

The problem of health is intimately involved in the functional prerequisites of the social system. Certainly, by almost any definition health is included in the functional needs of the individual member of the society so that from the point of view of functioning of the social system too low a general level of health, too high an incidence of illness, is dysfunctional (Parsons, 1951a, p. 430, *apud* Gerhardt, 1989).

Nesta perspectiva, percebe-se que assim definida, a saúde seria a capacidade de desempenhar papéis que compõem a sociedade, sendo, a doença também vista como disfuncional para a manutenção do sistema social em seu *status quo* (Gerhardt, 1989). Por isso, os aspetos da saúde que comprometem a reciprocidade de papéis tornam-se temas importantes da investigação sociológica.

Ainda na perspetiva parsoniana, a doença mental seria o tipo mais perturbador de desvio, porque é capaz de criar distúrbios emocionais juntamente com distorção da realidade. Esta

situação impede que as pessoas, no desempenho dos seus papéis sociais e numa situação de interação social, percebam corretamente as mensagens dos outros e respondam, adequadamente, às expectativas comportamentais e de atitude (Gerhardt, 1989).

É ainda na década 70 do século passado (XX) que a sociologia britânica iria inspirar-se na sociologia de Chicago, onde se debruçou sobre a realidade e as experiências que estruturam os processos de constituição social do doente e das carreiras de doença, privilegiando a ótica leiga nas relações profissional-cliente. Deste modo, investigou-se, por um lado, a variedade das situações de doença, a diversidade dos atores envolvidos e a heterogeneidade das relações sociais subjacentes à procura de cuidados (Carapinheiro, 1986). Por outro, procurou-se conhecer as estratégias desenvolvidas pelos doentes em situações de doença particularmente difíceis. O trabalho de Davis e Horobin, desenvolvido em 1977, constituiu, pois, uma referência dessa abordagem (Carapinheiro, 1986).

No final da década 70 assistiu-se à institucionalização e à consolidação da sociologia médica na França, com o surgimento de um grupo significativo de pesquisadores, aglutinados em torno do primeiro colóquio organizado sobre Saúde, Medicina e Sociologia, ocorrido em julho de 1976 (Montagner, 2008). Em termos de pesquisa na área da sociologia médica, o destaque vai para a publicação da grande obra, *Médecine, maladie et société*, escrita por Claudine Herzlich em 1970; a publicação conjunta de Alain Touraine e Jean Reynaud, intitulada *Enquête sur les étudiants en médecine*, François Steudler, com a publicação da obra *Sociologie médicale* em 1972. Houve também a difusão na França de uma obra de referência nesta área, escrita por Eliot Freidson, com o título *La Profession Médicale*, publicada em 1984.

A partir de então, pode se afirmar que se institucionalizou e se cristalizou a especialidade, cuja expressão da sua produção científica será feita na revista *Sciences Sociales et Santé*, criada expressamente para esse fim em 1982. É definitivamente na década 80 que a sociologia médica ganha uma certa autonomia, enquanto campo de produção do conhecimento científico na área da saúde. Como refere Cocherham (2005), citado por Nunes (2014:1011), é o período da “maturidade da sociologia médica”, principalmente pela adoção de uma atitude independente e imparcial ao estudar a instituição médica, evitando a ênfase da ciência médica sobre o processo biológico. Por consequência, marca-se o “colapso do poder explicativo da

teoria dos germes, modelo monocausal simples, fundamentador da eficácia dos atos médicos desde que a medicina se constitui como ciência positiva” (Carapinheiro, 1986:19).

Desta forma, reconhece-se a relevância da dimensão social na etiologia e tratamento das doenças, particularmente quando o tratamento é difícil, o diagnóstico impossível e os sintomas não se ajustam aos sistemas de identificação dos sinais da doença recorrentes na prática clínica. Assim, a sociologia da saúde aparece comprometida em novos modelos de causalidade, tradutores das transformações ocorridas pela confrontação das teorias e métodos da sociologia médica como novo panorama dos factos sociais e das novas realidades da saúde e da doença (Carapinheiro, 1986). A saúde é, portanto, um elemento-chave no que Habermas (1987) chamou de “mundo da vida”, isto é, a vida cotidiana que ocorre em contextos socioculturais específicos e que consiste em relacionamentos e interações com outras pessoas que operam com base em significados, entendimentos e suposições culturais compartilhados.

Neste período, ainda se assiste o domínio do paradigma marxista/conflito e funcionalista, mas com grande destaque para o interacionismo simbólico e teorias fenomenológicas, estabelecendo, desta maneira, uma orientação teórica para o estudo da profissão médica, dentro da tradição analítica da sociologia do conhecimento (Nunes, 2014; Carapinheiro, 1986). O maior destaque centrou-se em Marx e Engels e Michel Foucault, embora as suas pesquisas não se tenham focado profundamente nas questões de saúde e doença, demonstram, em alguns dos seus escritos, uma preocupação com a saúde e doença que assolavam a classe trabalhadora. Estes autores reconheceram que as “águas estagnadas” e “putrefação de substâncias vegetais e animais” que emitem gases decididamente prejudicam à saúde e envenenam a atmosfera dos bairros dos trabalhadores nas grandes cidades (Engels [1845] 1969, *apud* Collyer, 2015:47).

No entanto, a falta de drenagem, coleta de lixo e projeto inadequado das casas, embora estejam associados a enfermidades e problemas de saúde, não foram, para Marx e Engels, a causa última ou fundamental da doença (Collyer, 2015:47). Para estes autores, a verdadeira natureza do problema era a falta de ação política para prevenir as doenças. Pois, os problemas de saúde e doença são um produto da maneira como os humanos se organizam e agem em seu mundo social, enquanto trabalham e vivem em um tipo particular de sociedade, sobretudo a capitalista (Collyer, 2015). Na referida sociedade, os próprios corpos dos trabalhadores tornam-se

propriedade da burguesia. Por isso, Marx e Engels propuseram a associação entre pobreza e doença como um fenómeno social. E os pobres (classe trabalhadora) sofriam de problemas de saúde e doenças mais do que outros grupos (classe burguesa) (Collyer, 2015).

O crescimento da análise marxista na sociologia da saúde e da medicina nas décadas de 1960 e 1970 procurou debater as bases do poder da profissão médica e sua mudança de relação com outras ocupações e o Estado-nação. Desde a década de 1970, uma das proposições marxistas mais proeminentes tem sido a falta de independência da profissão médica em relação à estrutura de classes e a maneira como ela opera em conjunto com a classe dominante para manter o sistema de saúde e ajudar a economia capitalista (Collyer, 2015:49).

Paralelamente, Vicente Navarro, sociólogo e cientista político espanhol, por exemplo, na sua obra *Medicine Under Capitalism*, uma coletânea de artigos publicados originalmente entre os anos 1973 e 1976, argumenta que a distribuição de assistência médica na América Latina “segue e paralela” a de outros recursos, como riqueza ou poder, e que a prevalência de doenças e morte prematura é resultado direto do funcionamento do imperialismo, assim como do subdesenvolvimento da região (Wright, 1980).

Navarro sugere ainda que as más condições de saúde e as chocantes taxas de mortalidade comuns a grupos como negros, trabalhadores migrantes e pobres rurais nos Estados Unidos, são o resultado do funcionamento do capitalismo americano. Como escreve, os “Problemas de saúde pública” “são problemas políticos”, insistindo também que as instituições que lidam com tratamento médico são permeadas pelas forças do capitalismo (Wright, 1980).

Mais recentemente, no seu artigo *Inequalities Are Unhealthy*, Navarro enfatizou veemente que as crescentes desigualdades, que estamos a testemunhar nos dias que correm, estão a ter um impacto muito negativo na saúde e na qualidade de vida da população. Pois, quando as desigualdades aumentam, o padrão de vida de algumas pessoas e, por consequência, os indicadores de saúde se deterioram (Navarro, 2004). Na sua ótica, a distância entre grupos sociais e a falta de coesão social, resultante do referido distanciamento, é prejudicial para a saúde e a qualidade de vida das comunidades.

O sociológico francês, Michel Foucault, em o *Nascimento da Clínica* (1973), descreveu como a profissão médica usava a sua busca pelo conhecimento clínico para definir o corpo humano

como um objeto de estudo para intervenção e controle médico (Petersen, 2012; Cockerham, 2013). Foucault demonstra que o poder soberano detém o controle sobre a vida dos indivíduos:

Um dos fenômenos fundamentais do século XIX é o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico (Foucault, 2005:286).

Na visão deste autor, o soberano tem direito de vida e de morte significa, no fundo, que ele pode fazer morrer e deixar viver; em todo caso, que a vida e a morte não são desses fenômenos naturais, imediatos, de certo modo originais ou radicais, que se localizariam fora do campo do poder político (Foucault, 1999). A atenção de Foucault ao conhecimento do poder e às implicações de vigilância das práticas biomédicas inspirou vários pesquisadores em diversos tópicos, como tecnologias de reprodução, cirurgia estética e testes genéticos, saúde pública, promoção da saúde, movimento das cidades saudáveis, participação da comunidade, políticas públicas saudáveis e colaboração intersectorial. Foucault também ofereceu ferramentas para explorar as relações de poder e implicações do “olhar médico” (Scambler, 2012:9-10).

Ainda nesta década, observar-se a emergência e o crescimento da sociologia do risco, onde o risco é visto como um aspeto da “modernização reflexiva”, em que as sociedades modernas buscam gerir os danos ambientais e sociais resultantes da crescente industrialização. O destaque vai para as publicações de *Risk Society: towards a new modernity* de Ulrich Beck (1992); *Ecological enlightenment: essays on the politics of the risk society*, Beck, U. (1995); *Risk and Blame: essays in cultural theory*, de Mary Douglas (1992); *As Consequências da Modernidade* de Anthony Giddens (1998); *Risk: a Sociological Theory* de Niklas Luhmann (1993); *Risk* de Deborah Lupton (1999); *Risk and Everyday Life*, uma publicação conjunta de John Tulloch e Deborah Lupton (2003), entre outros.

Da mesma forma, no campo da saúde, o conceito de risco tornou-se um interesse particular dos sociólogos da saúde e da doença, que se concentraram nos fatores culturais que moldaram a percepção de risco dos perigos para a saúde e sua gestão. Neste contexto, foram consideradas as maneiras pelas quais os fatores materiais e interesses sociais moldaram as respostas aos riscos à saúde (Kim, Schroeder & Pennington-Gray, 2016; Flynn, Bellaby & Ricci, 2006).

Na mesma linhagem, Jon Gabe 1995, na sua obra *Health, Medicine And Risk: The Need For A Sociological Approach*, argumenta que os riscos para a saúde pessoal decorrentes da pobreza e um estilo de vida saudável são igualmente importantes e são paralelos aos riscos públicos das indústrias. Ainda na visão deste autor, a avaliação de riscos também se tornou uma questão importante no campo da saúde. Por isso, atualmente, na medicina curativa, há um esforço para calcular o risco de vários procedimentos médicos para o efeito e existem várias tecnologias e técnicas que foram desenvolvidas para reduzir o risco de doenças iatrogénicas (Gabe, 1995:2). Além destes aspetos, a componente de gestão de riscos, dispositivos de monitoria e vigilância sistemática de complicações peri-operatórias foram introduzidas nos sistemas de saúde em municípios, na tentativa de reduzir os riscos e controlar os custos (Skolbekken, 1995 *apud* Gabe, 1995).

Ainda na visão deste autor, a avaliação de riscos também se tornou um elemento-chave da saúde pública. Nota-se que os epidemiologistas calculam o “risco relativo” ou probabilidades numéricas de uma população desenvolver uma doença quando exposta a um “fator de risco”, em comparação com uma população semelhante que não sofreu tal exposição. Portanto, é com base nas avaliações de risco que os governos realizam ações de saúde, campanhas de educação para alertar o público sobre os perigos de certas atividades, presumindo que o “comportamento de risco” será reduzido como resultado das informações transmitidas (Gabe, 1995:2).

Cultural theory of individual perceptons of environmental risks, de Linda Steg & Ingesiever, 2000, constitui uma pesquisa antropológica focada na relação entre vieses culturais e perceção de risco e preocupações ambientais. O estudo sugere que a compreensão das diferenças individuais na perceção e nos julgamentos de risco pode facilitar o desenvolvimento de estratégias eficazes de gestão de riscos ambientais incluindo a comunicação de risco (Linda Steg & Ingesiever, 2000). Ademais, os formuladores de políticas devem reconhecer a importância da cultura, relações sociais, mitos da natureza e outros constructos relevantes em um nível individual na perceção e no comportamento de risco.

O não reconhecimento da importância dos valores culturais na formulação das políticas de saúde revela-se, pois, um grande obstáculo no acesso à saúde por parte dos refugiados. É neste sentido que no presente trabalho, partindo do pressuposto da inexistência de uma política multicultural de saúde que responda a diversidade cultural em Moçambique, há interesse em

perceber como é que os refugiados residentes no Centro de Maratane estabelecem as suas relações com a saúde/doença face a esta lacuna no nosso sistema nacional de saúde.

O recurso à sociologia da saúde e da doença justifica-se pela tónica que dá aos padrões de saúde e de doença, considerando as questões sociais, culturais e políticas da saúde e à forma como estes determinam os diferentes estados de saúde dos refugiados. Ou por outra, a sociologia da saúde interessa-se pelas formas através das quais os indivíduos tentam manter a sua saúde, assim como pelos recursos utilizados. Por isso, procuramos, a partir do quotidiano dos refugiados, perceber as dinâmicas e as estratégias que mobilizam para gerir obstáculos que se apresentam no acesso aos cuidados de saúde no Centro de Maratane.

1.4 Saúde e Doença na Antropologia

What all of the anthropologists of sickness share is the premise that social forces and relations permeate medical anthropology's field. When these social conditions are ignored or deferred, knowledge of medical events, including what happens in the clinic, is distorted (Young, 1982:279).

O surgimento gradual de um discurso antropológico distinto sobre a doença conecta-se com o aparecimento de novas oportunidades profissionais e sobretudo pela insatisfação em relação ao reducionismo biológico na explicação da doença (Young, 1982:258). A antropologia médica emerge da contestação ao modelo biomédico, que é tido como insuficiente para dar conta da explicação das forças sociais e culturais que orientam os processos de saúde e doença em diferentes grupos sociais. Como advoga Winkelman (2009), a abordagem bio-cultural da antropologia médica expande a perspectiva biomédica que vê a saúde como basicamente uma questão biológica.

Apesar da antropologia médica não negar a importância e a dimensão das ciências biológicas no campo da saúde, “considera que é imprescindível acrescentar-se outras dimensões de âmbito cultural e social bem como as representações e metáforas dos sintomas, tratamentos e da própria doença” (Pereira, 2015:24). Ademais, as influências culturais na doença ilustram as limitações do modelo biomédico e a natureza socialmente construída das respostas dadas a saúde e a doença dentro de um sistema cultural (Winkelman, 2009; Kleinman, 1978).

Nesta perspectiva, o objetivo da antropologia médica seria compreender a influência de fatores culturais no comportamento do paciente, no aparecimento de doenças, em práticas de prevenção e etiológicas populares. Trata de como as pessoas de diferentes culturas e grupos sociais explicam as causas dos problemas de saúde, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem se ficarem doentes. É também o estudo de como essas crenças e práticas se relacionam com mudanças biológicas no organismo humano, tanto na saúde quanto na doença (Massé, 1995; Helman, 1984).

A antropologia médica é, pois, atenta à cultura popular da saúde quanto à epidemiologia biocientífica e à construção social do conhecimento e da política da ciência como descoberta científica e teste de hipóteses (Womack, 2010). Na ótica deste autor, os antropólogos médicos examinam como a saúde dos indivíduos, as formações sociais maiores e o meio ambiente são afetados pelas inter-relações entre seres humanos e outras espécies; as normas culturais e instituições sociais; o micro e macropolítica; e as forças da globalização, pois cada uma delas afeta os mundos locais.

Na visão de Pereira (2015), as abordagens antropológicas da saúde e doença acomodam-se, frequentemente, na designação abrangente de antropologia médica (*medical anthropology*). Deste termo, como observa o mesmo autor, multiplica-se numa diversidade de outras designações como a antropologia médica aplicada, a antropologia crítica da medicina, a etnomedicina, a antropologia biológica ou, de uma forma mais marginal, a antropologia da doença e, finalmente, a antropologia da saúde.

A antropologia da doença (mais acentuada na antropologia francesa) marca o corte desejável com a medicina e situa-se claramente dentro da antropologia. No entanto, ela expressou um corte cientificamente criticável com campos contíguos e permeáveis à doença, ao não contemplar a saúde (Martínez, 1996). Por sua vez, Marc Augé, etnólogo e antropólogo francês, rejeita, particularmente, o nome antropologia médica, pois pressupõe uma divisão de um campo médico bem definido na maioria das sociedades, o que não é o caso em sociedades não ocidentais.

Além disso, a doença é, para este autor, o lugar por excelência onde a percepção individual e as representações sociais ou simbolismos se encontram. É neste contexto que (Augé, 1986, *apud* Massé, 1995) advoga que é a doença, não a medicina, que deve ser o objeto central da

pesquisa, propondo, portanto, o uso do termo antropologia da doença, que permite ampliar o horizonte do questionamento antropológico sobre a natureza do homem e da cultura.

Desta forma, a antropologia da saúde pode ser amplamente definida como uma sub-disciplina da antropologia, dedicada à análise das maneiras pelas quais as pessoas, em várias culturas e em vários subgrupos sociais dentro de cada cultura, definem os seus problemas de saúde, reconhecem, tratam, curam e protejam a sua saúde (Massé, 1995; Grønseth, 2009). Destarte, a antropologia da saúde enfatiza a experiência humana e como os membros da comunidade direcionam os comportamentos ligados aos processos de saúde, articulam ideias, organizam os recursos e respondem aos desafios de sua existência. Inclui-se também as maneiras pelas quais as comunidades humanas acessam aos recursos de restauração e manutenção da saúde ou a sua exclusão devido às estruturas económicas e de poder das sociedades (Grønseth, 2009; Langdon & Wiik, 2010).

O fenómeno saúde/doença deve considerar a visão de mundo dos diferentes segmentos da sociedade, bem como os seus hábitos, as suas crenças e cultura. Isto implica afirmar, mais uma vez, que “nenhum ser humano deve ser observado apenas pelo lado biológico, mas percebido em seu contexto sociocultural” (Santos *et al.* 2012:13) e não se pode dissociar as noções e práticas de saúde dos outros aspetos da cultura dos indivíduos dentro da estrutura social.

Portanto, a antropologia da saúde, como um campo novo em extensão que busca a sua autonomia epistemológica, define os seus principais objetos de estudo como sendo as concepções populares e profissionais das causas dos problemas de saúde, a natureza dos tratamentos para a doença, os terapeutas que os aplicam, os processos pelos quais os indivíduos buscam ajuda e as instituições que governam o espaço sociocultural da saúde (Massé, 1995). Além destes campos, a antropologia da saúde estuda o significado dos sinais da doença e sofrimento, como parte do estudo geral das tradições culturais (Grønseth, 2009), e sobretudo como os atores sociais dão as respostas à problemática da saúde e doença no seu contexto sócio-cultural.

A singularidade do campo da antropologia da saúde está, desde logo, garantida pela aplicação das teorias gerais da antropologia e dos seus métodos às temáticas da doença, saúde, medicina e cura. “O privilégio pelo trabalho de terreno e por metodologias qualitativas, a valorização

do ponto de vista do outro e das perspectivas holísticas, e a utilização da etnografia conferem uma especificidade à antropologia médica que a destaca de outras investigações sobre as referidas temáticas” (Pereira, 2015:25). Na ótica de Massé (1995), o objetivo principal da antropologia da saúde é meramente teórico e consiste em compreender os mecanismos subjacentes à construção social e cultural da saúde e da doença, bem como os comportamentos relacionados à doença.

Ademais, a antropologia médica procura abranger realidades individuais e sociais, visto que ambas são organizadas, narradas e contestadas e em todos os sentidos vividas como processos sociais, sendo fundamental compreender as narrativas da doença, situando-as em contextos locais (Pereira, 2015:24). Nestes contextos locais, é de extrema importância o reconhecimento de que as crenças, os valores ou representações de saúde e doença têm impacto sobre comportamentos de risco, práticas preventivas e atitudes das populações em relação aos serviços de saúde (Massé, 1995). O autor acrescenta ainda que a antropologia da saúde, ao nos conscientizar da existência de outros sistemas diagnósticos, terapêuticos ou etiológicos, nos leva a relativizar não apenas as virtudes, mas também os defeitos de nosso próprio sistema de saúde e lança as bases para um passo crítico para trás (Massé, 1995).

Assim, no âmbito da antropologia da saúde e da doença é essencial compreender o contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido, considerando que estes usuários transitam de forma tranquila entre os diferentes sistemas de atenção à saúde, seja a biomédica ou a medicina popular (Santos *et al.* 2012).

A este respeito, Kleinman (1978) sugere que a abordagem sobre os sistemas de cuidados de saúde contempla três arenas sociais nas quais a doença é experimentada e regida, nomeadamente: a arena profissional, folclórica e popular. Cada uma das arenas sociais possui modelos de compreensão da doença, quadros diagnósticos e esquemas terapêuticos próprios (Silva, 2004). O modelo avançado pelo antropólogo americano Arthur Michael Kleinman é esclarecedor:

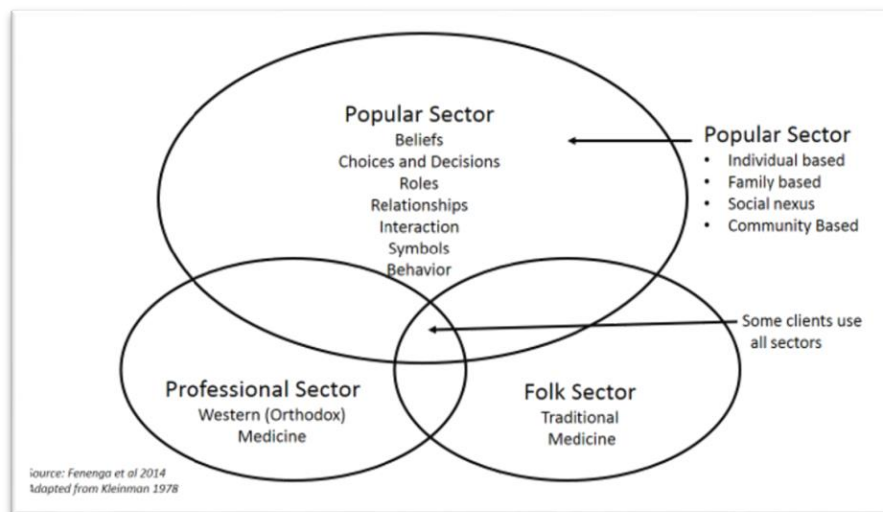


Imagem 1: Modelo de Kleinman, 1978.

Fonte: (Fenenga *et al.* 2014).

Na visão de Kleinman (1978), a arena profissional consiste em medicina científica profissional (“ocidental” ou “cosmopolita”) e tem como figura principal o profissional de saúde. A arena folclórica é baseada na medicina tradicional, que inclui a figura dos curandeiros, médicos tradicionais, religiosos, mágicos e feiticeiros que com recurso a bruxaria lidam com a saúde e doença dos indivíduos. A obra *Bruxaria, Magia e Oráculos entre os Azande*, publicada em 1937 pelo antropólogo Evans-Pritchard, constitui uma referência etnográfica de como a bruxaria estrutura as relações sociais no quotidiano dos Azande. Pois, a bruxaria seria uma explicação cabível para todo ou qualquer infortúnio (incluindo doenças) e fracasso da vida social. E, por conseguinte, o povo Azande recorre a uma série de oráculos, adivinhos, feiticeiros e a utilização de drogas em rituais de magia para lidar com essas adversidades (Evans-Pritchard, 1978). Finalmente, a arena popular compreende, principalmente, o contexto familiar de doença e assistência, mas também inclui redes sociais e atividades comunitárias. Nas sociedades ocidentais e não ocidentais, cerca de 70 a 90% das doenças são tratadas apenas dentro desse domínio. Além disso, a maioria das decisões sobre quando procurar ajuda em eficácia do tratamento são tomadas no domínio popular. Este último é composto por especialistas em cura não profissionais (Kleinman, 1978:86). São, pois, os indivíduos que pensam e articulam elementos ligados a doença e definição do que fazer em situações de saúde, doença e cura na sua comunidade.

Na perspectiva de Kleinman (1978), a saúde, a doença seriam aspetos relacionados à assistência médica das sociedades e articulados como sistemas culturais, nomeadamente o parentesco e sistemas religiosos, sistemas simbólicos construídos a partir de significados, valores, normas comportamentais e similares. Na visão deste autor, esta tese marcaria uma divisão entre as abordagens mais antiga e mais recentes da antropologia médica.

Como se pode observar, o sistema de atenção à saúde não está desacoplado de outros aspetos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo. A maneira como um determinado grupo social pensa e se organiza para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão do mundo e da experiência geral que tem sobre os demais aspetos e dimensões socioculturalmente informados. Neste sentido, pode aferir que os cuidados de saúde sempre envolvem muitos aspetos da cultura e as instituições de saúde funcionam como sistemas culturais influenciados por valores, crenças e outros preconceitos (Kleinman, 1978; Langdon & Wiik, 2010; Winkelman, 2009).

Com base no cruzamento teórico entre a sociologia das migrações, a sociologia da saúde e antropologia da saúde/doença, procura-se, nesta pesquisa, refletir sobre os constrangimentos socioculturais, comunicacionais, simbólicos, entre outros, resultantes do fenómeno migratório. Por exemplo, no encontro entre os profissionais da saúde (no caso concreto os nativos) e os refugiados está acima de uma simples concentração, ou seja, impulsiona saber que estratégias são usadas para a superação destes constrangimentos.

É dentro desta moldura analítica e teórica que o presente trabalho procura discutir os processos migratórios e de saúde dos refugiados afetos no Centro de Maratane, com o intuito de perceber, por um lado, as condições e os obstáculos que estes enfrentam no processo de busca de saúde e, por outro, as estratégias de gestão da doença/saúde que eles manipulam face aos constrangimentos estruturais e culturais no território moçambicano.

1.5 Moldura conceptual e sua operacionalização

Esta subsecção apresenta, num primeiro momento, a moldura conceptual que norteia o presente trabalho, considerando os conceitos de migrações, migrações forçadas, refugiado, saúde & doença, autogestão em saúde, capital social e *Ubuntu*. Num segundo momento, apresenta o modelo analítico da pesquisa, fundamentando os conceitos, as dimensões e as suas respectivas componentes.

1.6 Migração

O exercício de definição de migrações⁷ é mais complexo do que, à primeira vista, poderia parecer, razão pela qual a construção de tipologias se revela algo inglório em virtude da diversidade de movimentos migratórios que ultrapassam as conceptualizações que são elaboradas sobre o referido marco (Peixoto, 1998; Nolasco, 2016). Como advoga Nolasco (2016), ao considerar que os fenómenos de imigração/migração são simultaneamente espaciais e temporais, todas as definições seriam arbitrárias, uma vez em “que não há consenso relativamente à amplitude geográfica a percorrer, nem à duração da permanência no destino, nem tão pouco às consequências sociais implicadas no movimento para que o mesmo possa ser considerado como migratório” (Nolasco, 2016:3). Neste contexto, a sua conceptualização revela-se insuficiente na aspiração de cobrir todas as dimensões e facetas de um fenómeno tão complexo e bastante heterogéneo. Por isso mesmo, não existe uma definição universalmente aceite (Nolasco, 2016; Matos, 1993).

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) conceptualiza a imigração/migração como um processo de cruzamento de uma fronteira internacional ou de um Estado. Esta situação corresponde a um movimento populacional que compreende qualquer deslocação de pessoas, independentemente da extensão, da composição ou das causas; inclui a migração de refugiados, pessoas deslocadas, pessoas desenraizadas e migrantes económicas (OIM, 2009:40).

Embora estes conceitos estejam estreitamente imbricados, existe uma ténue diferença entre ambos.

A imigração “é o movimento de pessoas de um país para outro com a intenção de se tornarem residentes permanentes do país para o qual estão se mudando” (Bailey, 2008:3). Contudo, as Nações Unidas propõem a definição do termo imigrante considerando três condições:

- i) A primeira condição para definir um imigrante é que a pessoa precisa sair do país, cruzando a fronteira nacional.

⁷Etimologicamente o termo “migrar” deriva do latino *migrare*, que significa passar de um lugar para outro, mudar de residência. O vocábulo “migrar” tem vindo a ser utilizado para designar ora uma série de movimentos populacionais de duração, magnitude e longitude variáveis, ora apenas algum dos seus elementos (Matos, 2003).

- ii) A segunda condição para a identificação de um imigrante é que a pessoa, no momento da entrada no país, não esteja já é um residente habitual do país. Portanto, para ser considerado um imigrante para o país durante um determinado período, a pessoa deveria estar ausente há pelo menos um ano antes de entrar no país.
- iii) A terceira condição para a identificação de um imigrante é que a pessoa permaneça no país pelo menos um ano (United Nations, 2017).

Tal como a imigração, a migração também é o movimento de pessoas de um local, país ou região para outro. No entanto, embora alguns migrantes eventualmente se tornem residentes permanentes do país ou região para a qual se mudaram, a migração geralmente é o movimento de pessoas que planeiam permanecer apenas temporariamente no local de destino (Bailey, 2008:4). O termo migrante compreende, geralmente, todos os casos em que a decisão de migrar é livremente tomada pelo indivíduo em questão, por razões de “conveniência pessoal” e sem a intervenção de fatores externos que o forcem a tal. Em consequência, este termo aplica-se às pessoas e membros da família que se deslocam para outro país ou região a fim de melhorar as suas condições materiais, sociais e possibilidades das suas famílias (OIM, 2009:47).

Mais recentemente com o agravamento das desigualdades da produção e distribuição da riqueza mundial, das assimetrias demográficas, da eclosão de novos focos de guerras civis e de ações de terrorismo, e dos desastres ambientais, aumentou o fluxo de migrações internacionais a nível global. Estes movimentos são também gerados por cálculos económicos, alicerçados em desigualdades estruturais, e originados por migrações forçadas (Peixoto, 2019).

1.6.1 Migração forçada

Migração forçada é um termo geral usado para caracterizar o movimento migratório que é a relocação de pessoas de um país ou região para outro contra sua vontade (Bailey, 2008). A migração forçada deriva de um elemento de coação, mormente as ameaças à vida ou à sobrevivência. Esta coação tem origem em fatores naturais e humanas, sobretudo os movimentos de refugiados e pessoas internamente deslocadas, bem como pessoas deslocadas devido à deportação, guerra, catástrofe natural ou ambiental, catástrofe ecológica, crises

humanitárias, razões políticas, desastres químicos ou nucleares (Bailey, 2008; OIM, 2009:41; Matos, 2003; Talbot, 2011; Peixoto, 2019).

É interiormente na dinâmica das migrações forçadas que emerge o conceito de “refugiado” para responder, política e juridicamente, às novas potencializações migratórias. Como refere Turton (2003:13), o termo “migrante forçado” passou a existir como o nome de uma classe mais ampla, da qual a categoria legal de “refugiado” foi “extraída”.

1.6.2 Refugiado

O conceito de refugiado nunca partiu da mesma base teórica e tem sido um processo dinâmico, marcado pelo pragmatismo, na tentativa de responder, em geral *a posteriori*, a crises humanitárias já instaladas e fluxos de refugiados já em marcha (Silva, 2012:3). Assim, o uso do conceito de refugiado foi utilizado regionalmente desde a modernidade para designar as pessoas deslocadas que se viram forçadas a cortar os laços com o seu país de origem e que não podem contar com a proteção dos seus governos, em função de guerras civis, revoltas, epidemias, entre outros (Sousa, 2019; Cierco, 2010:26).

O fenómeno dos refugiados ganhou maior visibilidade no século XX, precisamente, nos 1912 com as guerras balcânicas, assumindo dimensões mais preocupantes com a Revolução Russa e o fracasso da contra-revolução de 1917 (Cierco, 2010). Nesta altura, a assistência aos refugiados estava a cargo de organismos humanitários, como a Cruz Vermelha. Por volta de 1914-1918, com o advento da primeira Guerra Mundial, assistiu-se a grandes alterações no mapa político da Europa, com o desmantelamento dos impérios e à conseqüente criação de novos Estados, que não coincidiam com o mosaico de povos existente. Esta situação suscitou antagonismos que se tentaram minorar através da deslocação de populações (Cierco, 2010:26).

No entanto, a internacionalização do fenómeno de refugiados adveio das migrações forçadas provocadas principalmente pela segunda guerra mundial, entre os anos 1939-1945. De acordo com as estimativas avançadas, esta guerra gerou cerca de 40 milhões de pessoas deslocadas de seus locais de origem (Pereira, 2016; Sousa, 2017). Desta forma, houve a necessidade de lidar com este problema ao nível da política internacional e, por conseqüência, em 1950 por resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas, foi criada a agência da ONU para refugiados, chamada de Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR),

para auxiliar os milhões de europeus que fugiram ou perderam suas casas em virtude da Segunda Guerra Mundial (ACNUR, 2020; Sousa, 2019).

Deste modo, o ACNUR iniciou as suas atividades em janeiro de 1951, com um mandato inicial de três anos para reassentar refugiados europeus que estavam sem lar após a Segunda Guerra Mundial (ACNUR, 2020). Este facto veio a concretizar-se com a adoção, em 28 de julho, da Convenção de 1951, onde veio a considerar refugiado, qualquer pessoa que:

“em consequência de acontecimentos ocorridos antes de 1 de Janeiro de 1951, e receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país; ou que, se não tiver nacionalidade e estiver fora do país no qual tinha a sua residência habitual após aqueles acontecimentos, não possa ou, em virtude do dito receio, a ele não queira voltar.” (ACNUR, S/D)⁸.

No entanto, esta definição sofreu inúmeras críticas sobretudo por ser considerada “eurocêntrica”. Pois, na perspetiva de Sztucki (1999), desde o início, o problema dos refugiados no momento de sua adoção era principalmente (se não exclusivamente) europeu, uma vez que as pessoas em questão eram de origem europeia e haviam sido deslocadas na Europa. Assim, face a esta lacuna, 16 anos depois surge uma emenda através do Protocolo de Nova Iorque, 1967, que veio dar resposta à globalização do problema dos refugiados, rejeitando a limitação temporal dos eventos aos quais a Convenção se aplica, e projetando a sua aplicabilidade, sem estar restringida aos limites geográficos (Sztucki, 1999).

Nesta vertente, com o protocolo de 1967, o termo “refugiado” entendido no linguajar comum como qualquer pessoa forçada a abandonar a sua casa por motivos de força maior, teve que ser reformulado, de modo a se referir a uma categoria restrita de pessoas, que possuem direitos especiais no direito internacional, e que expressa um apelo especial à prestação de assistência por parte da comunidade internacional (Turton, 2003).

8

https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf

No caso do continente africano, por volta dos anos 60, quando iniciados os processos de descolonização, o crescente número de refugiados levou à Organização da Unidade Africana, agora União Africana, a ampliar a noção de refugiado em 1969, neste sentido:

“El término refugiado se aplicará también a toda persona que, a causa de una agresión exterior, una ocupación o una dominación extranjera, o de acontecimientos que perturben gravemente el orden público en una parte o en la totalidad de su país de origen, o del país de su nacionalidad, está obligada a abandonar su residencia habitual para buscar refugio en otro lugar fuera de su país de origen o del país de su nacionalidad” (Fernández, 2008:2).

Nesta “ampliação”, o Artigo I (i) incorpora a definição da Convenção de 1951, mas o parágrafo (ii) acrescenta uma abordagem que reflete mais imediatamente as realidades sociais e políticas dos movimentos contemporâneos de refugiados em África. E, simultaneamente, são aceites como refugiados aqueles que são obrigados a fugir devido á agressão externa, ocupação, domínio estrangeiro ou eventos que perturbem seriamente a ordem pública (Goodwin-Gill, 2014).

Ainda no processo de “contextualização” do conceito de refugiado sugerido pela Convenção de 1951, os países da América Central ratificaram a Declaração de Cartagena, em 1984, na qual o termo refugiado foi conceptualizado como:

“persons who have fled their country because their lives, safety or freedom have been threatened by generalized violence, foreign aggression, internal conflicts, massive violation of human rights or other circumstances which have seriously disturbed public order” (Hurtado, 2013:11).

Esta proposta ampliou, expressamente, a sua abrangência a situações de perseguições individuais e não somente de grupos, como no caso dos asilados políticos nas Américas. E, como parte desse processo, a definição de refugiado de Cartagena ganhou força legal por sua ampla incorporação nas estruturas legais nacionais em toda a região (Redin & Minchola, 2013; Hurtado, 2013).

No entanto, hoje em dia, a Declaração de Cartagena é invocada, principalmente para recordar a origem da definição de refugiado regional, ignorando os princípios fundamentais de proteção humanitária e legal que o processo de Cartagena defendia, incluindo a cooperação inter-estatal ativa para satisfazer necessidades humanitárias, a natureza do asilo e princípio da

não repulsão (Hurtado, 2013:5). Portanto, esta “Declaração” raramente foi aplicada, na prática o que faz com que a definição de “refugiado regional” pareça ter uma existência teórica.

Atualmente, estes instrumentos vêm merecendo um alargamento para confortar outras complexas causas que desencadeiam a migração forçada transfronteiriça, no sentido de que é fundamental reconhecer outras categorias de refugiados internacionais (Redin & Minchola, 2013). No entanto, embora a Convenção de 1951 tenha sofrido várias alterações, continua a ser o único instrumento internacional juridicamente vinculativo que fornece proteção específica aos refugiados. Por isso, o grande número de Estados que o ratificaram é obrigado a respeitá-lo (Carlier, 1999).

Por sua vez, a República de Moçambique aderiu, em 22 de outubro de 1983, à Convenção Relativa ao estatuto de 28 de julho de 1951, formulando, na altura, as suas reservas, nos termos do artigo 42 da referida Convenção. Ora, o Estado Moçambicano pelas Resoluções n.º. 11/88 e 12/88, de 25 de agosto, ratificou a Convenção da Organização da Unidade Africana, relativa aos aspetos específicos dos problemas dos refugiados em África, de 10 de setembro de 1969 e o Protocolo Adicional à Convenção de Genebra sobre o Estatuto do Refugiado, de 31 de janeiro de 1967 (Boletim da República, 1991; Lei n.º. 21/91 de 31 de dezembro).

Nestes termos, ao abrigo do n.º. 1 do artigo 135 da Constituição, a Assembleia da República determina que:

Considera-se refugiado todo aquele que tenha um fundado receio de ser perseguido por causa da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em determinado grupo social ou suas opiniões políticas, e se encontra fora do país da sua nacionalidade e não possa, ou em virtude daquele receio, não queira voltar ou pedir a proteção daquele país. Assim como se não tiver nacionalidade e se achar fora do país em que tinha a sua residência habitual, não possa ou não queira, em face daquele receio a ele voltar (Ibidem).

Contudo, o mesmo documento refere que:

(...) Não pode ser considerado como refugiado ou perde essa qualidade, todo aquele que tenha praticado ou esteja indicado de ter cometido um crime contra a paz, um crime de guerra ou um crime contra a humanidade, de acordo com a legislação penal moçambicana ou com os instrumentos internacionais subscritos pela República de Moçambique. Portanto, não fazem parte desta classificação os indivíduos que tenham praticado crimes; tenham praticado atos contrários aos fins e princípios das Nações Unidas; tenham voluntariamente voltado a pedir a proteção do país da sua nacionalidade, (Lei n.º. 21/91 de 31 de dezembro).

À luz destas definições e para efeitos do presente trabalho, pode considerar-se refugiado qualquer pessoa que tenha sido “obrigada” a deixar o seu país de origem, em virtude de uma situação de insegurança (guerra, conflitos étnicos, violação dos direitos humanos, perseguição, etc.), tenha, por consequência, se fixado no território moçambicano.

1.7 Saúde e Doença

Saúde e doença são conceitos complexos e multifacetados dependentes do contexto social, ou seja, variando de sociedade para sociedade. No âmbito das ciências sociais, estes conceitos derivam da crítica feita à definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), feita em 1947. Esta definição sugeria que:

“Health is a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease and infirmity” (OMS, 1947).

Este conceito, como referenciado anteriormente, vem sofrendo várias críticas, precisamente porque se constata que “saúde” não é meramente a ausência de doença ou angústia, é também um estado positivo de bem-estar físico, emocional, mental, pessoal e espiritual e um equilíbrio com a natureza e o mundo social (Winkelman, 2009). Pois, o que constitui saúde/doença difere de cultura para cultura. Assim, o conceito de saúde defini-se considerando o contexto sócio-histórico, “englobando as condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Siqueira & Moraes, 2009:2116).

O estudo sociológico da saúde e da doença abre uma janela importante para processos sociais mais gerais. O exame do padrão social e da experiência em saúde e doença fornece um mecanismo para examinar questões como desigualdades sociais, a natureza da competência e poder profissionais e os vínculos entre o eu e a sociedade (Bury, 1997).

A língua inglesa distingue o conceito de doença usando três termos diferentes: *Illness*, *Sickness* e *Disease*. *Illness* seria um sentimento, experiência pessoal de uma doença ou condição indesejada do paciente, uma construção psicológica do paciente, sua percepção e compreensão do sofrimento. Logo, a doença seria subjetiva e aberta ao impacto cultural (Boyd, 2000; Winkelman, 2009; Tseng & Streltzer, 2008).

Sickness seria “the external and public mode of unhealth. Sickness is a social role, a *status*, a negotiated position in the world, a bargain struck between the person henceforward called ‘sick’, and a society which is prepared to recognize and sustain him” (Boyd, 2000:10). Portanto, *sickness* seria a doença socialmente construída pela sociedade, ou por outra, a dimensão comunitária da doença/saúde.

Finalmente, *disease* é a doença do médico ou doença-patologia e corresponde a soma dos fenómenos anormais, exibidos por um grupo de organismos vivos na estrutura ou funcionamento dos órgãos ou do sistema fisiológico. Em outras palavras, seria a definição médica de doença feita pelos profissionais e é explicada na perspetiva da etiologia biológica e fisiológica e manifestações clínicas padronizadas. Neste contexto, a doença é considerada objetiva e de natureza universalmente semelhante (Bäckström, 2009; Campbell *et al.* 1979; Tseng & Streltzer, 2008). Este conceito remete-nos para a dimensão biomédica da doença, onde o diagnóstico e o seu tratamento são do domínio dos profissionais e agentes de saúde formal.

Na atualidade, o “conceito cultural da doença” fundamenta as preocupações com a saúde das pessoas, que envolve questões mais amplas que as doenças físicas, incluindo sensações vagas; dores agudas, sem brilho ou punitivas; falta de energia; e uma perda de harmonia, envolvendo dimensões pessoais, emocionais, sociais e espirituais (Winkelman, 2009).

Para os africanos “tradicionais”, por exemplo, a saúde não se resume apenas ao bom funcionamento dos órgãos corporais. A boa saúde para o africano consiste em estabilidade mental, física, espiritual e emocional de si mesmo, membros da família e comunidade. Esta perceção integrada da saúde é baseada na visão unitária africana da realidade. A “boa saúde” para o africano não é um assunto subjetivo (Omonzejele, 2008:120, *apud* White, 2015). Da mesma forma, a doença e a cura podem assumir um significado cultural relativo a tratamentos específicos, problemas de diagnóstico ou ambos.

Como defende Granjo (2009), uma doença é, antes de mais, uma anomalia, uma rutura da normalidade. Na visão deste antropólogo a saúde, é encarada como um estado natural e esperado da pessoa, porem, a saúde não é um elemento exclusivamente natural, nela existem condições, e tais condições implicam uma harmonia. A saúde, existe e se mantém, quando há harmonia entre a pessoa, o ambiente social e ecológico no qual ela se envolve, incluindo os

seus antepassados (Granho, 2009). Deste modo, frisa-se nesta definição o significado social e cultural da saúde e da doença, fora das amarras da visão estritamente biomédica.

1.8 Autogestão (em saúde)

O conceito de autogestão é pluridimensional e complexo e, por isso, atravessa vários campos de saber com diferentes significados. Assim, tanto no campo de negócios, educação, psicologia, etc, a autogestão refere-se a métodos, habilidades e estratégias pelas quais os indivíduos podem efetivamente direcionar as suas próprias atividades para a realização de objetivos e inclui a definição de metas, tomada de decisões, foco, planeamento, programação, rastreamento de tarefas, autoavaliação, auto-intervenção e autodesenvolvimento (Omisakin & Ncama, 2011:1734). Esta prática afeta os indivíduos, díades ou famílias em todos os estágios de desenvolvimento (Ryan & Sawin, 2009).

Na área da saúde, o termo autogestão/ auto-cuidado (A-C) tem sido utilizado como sinónimo de cuidado de si próprio “self-care”, auto-ajuda “self-help”, atividades da vida diária “activities of daily living” (Neves, 1987:235). Este conceito foi usado pela primeira vez pelo psicólogo americano, Thomas Laselle Creer, por volta dos meados dos anos 60, no seu livro *On the rehabilitation of chronically ill children*, para sugerir que os pacientes são participantes ativos em seus próprios tratamentos. Desde este período, Creer e os seus colaboradores tornaram o Children's Asthma Research & Institute (CARIH) em uma unidade ativa e inovadora, na condução de pesquisas sobre como ensinar os pacientes a controlar a sua asma (Lorig & Holman, 2003).

Na atualidade, o termo autocuidado é amplamente utilizado e é descrito por uma variedade de definições e conceituações, que contribuem para a falta de clareza e concordância na literatura (Grady & Gough, 2018). Daí, a existência de uma pluralidade de dimensões, sejam de autogestão individual, “tripartida”, familiar, comunitária, etc.

Na dimensão individual, a autogestão seria uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem por si só e para o seu benefício com vista a assegurar as atividades ou habilidades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento, da promoção saúde e do bem-estar (Neves, 1987; Galvão & janeiro, 2013). Ou ainda pode ser conceptualizada como gestão diária de sintomas, cuidados diários/horários, sequelas físicas e

psicossociais e das condições crônicas acionadas pelos indivíduos durante o decurso de uma doença, o que os obriga a tomar decisões contínuas relacionadas às suas condições, enquanto estão longe do ambiente de saúde. Isso inclui focar-se nas necessidades de doença, ativar recursos e viver com doenças crônicas (Grady & Gough, 2018; Marttz, 2018).

Numa dimensão “tripartida,” Corbin & Straus (1988) propõem três componentes na sua definição de autogestão, designadamente (i) gestão médica, como tomar a medicação conforme prescrito e comparecer às consultas médicas; (ii) gestão comportamental, como manter ou se adaptar a papéis importantes na vida após o início de uma condição crônica de saúde; e (iii) gestão emocional, como lidar com as reações emocionais ao início de uma condição crônica de saúde e se adaptar à sua existência continuada ou permanente (Martz, 2018).

A dimensão familiar/comunitária considera que a autogestão inclui não apenas a componente individual, mas igualmente as ações que os indivíduos e cuidadores realizam para si próprios, seus filhos e suas famílias para manter a forma e manter uma boa saúde física e mental; atender às necessidades sociais e psicológicas; prevenir doenças ou acidentes; cuidar de doenças menores e condições de longo prazo, e manter a saúde e o bem-estar após uma doença aguda ou alta hospitalar (Omisakin & Ncama, 2011).

Na mesma perspectiva, o conceito de autogestão é conceptualizado como a capacidade que o indivíduo tem, junto da família, comunidade e profissionais de saúde, de fazer o controlo dos sintomas, tratamentos, mudanças no estilo de vida, decorrente das consequências psicossociais, culturais e espirituais das doenças crônicas (Wilkinson & Whitehead, 2009). Já numa dimensão mais ampla, a Organização Mundial da Saúde define a autogestão como:

“the ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health, and to cope with illness and disability with or without the support of a health-care provider”. The scope of self-care includes health promotion; disease prevention and control; self-medication, providing care to dependent persons; seeking hospital/specialist care if necessary; and rehabilitation including palliative care (OMS, 2013:15).

No mesmo diapasão, Grady & Gough (2018) sugerem que a autogestão vai além da gestão tradicional da doença, incorporando o conceito mais amplo de prevenção, enfatizando a noção de que aqueles que estão cronicamente doentes ainda têm necessidade de intervenções

preventivas para promover o bem-estar e mitigar a deterioração da saúde (Grady & Gough, 2018). É de salientar que o processo de autogestão é condicionado e influenciado pelo contexto social e cultural, que inclui um conjunto de crenças, tradições, conhecimento comuns, redes de solidariedade e habilidades comunitárias de autogestão da saúde. Como advoga Neves (1987), tais atividades são aprendidas e têm relação com crenças, hábitos e práticas que caracterizam a maneira cultural de vida do grupo ao qual o indivíduo pertence.

Por fim, é oportuno considerar a perspectiva que combina as dimensões individuais e familiares, pois na visão de Ryan & Sawin (2009:2), aumenta a nossa compreensão das mudanças e dinâmicas que ocorrem neste processo. Nesta senda, há que considerar que os membros da família assumem papéis diferentes ao longo do tempo; por exemplo, há momentos em que os adultos assumem um papel importante na gestão de condições crônicas em crianças.

Mas os papéis mudam quando as crianças fazem a transição para a adolescência ou quando os adultos mais velhos têm a sua capacidade diminuída. Portanto, as mudanças contínuas no equilíbrio familiar e ocorrem no dia-a-dia ao longo do tempo, necessitando que o suporte de autogestão seja dinâmico e fluido (Ryan & Sawin, 2009:2).

Por último, numa perspectiva *coping*, a autogestão é definida como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). Esta é uma estratégia usada para reduzir as tensões causadas por episódios stressantes no decurso da vida quotidiana.

1.9 Capital social e o *Ubuntu* africano

“Enquanto o capital económico se encontra nas contas bancárias e o capital humano dentro das cabeças das pessoas, o capital social reside na estrutura das suas relações” (Portes, 2000:138).

O capital social é um paradigma teórico que tem ganhado cada vez mais aceitação nos últimos anos. Economistas, antropólogos, sociólogos e cientistas políticos têm procurado maneiras de

conceptualizar as mudanças sociais, económicas, demográficas e políticas e o seu impacto nas comunidades (Nicholson & Hoye, 2008). O primeiro uso do termo “capital social” encontra-se na obra clássica de Jane Jacobs, *The Death and Life of Great American Cities*, escrita em 1961, em que ela explica que as densas redes sociais que existiam em bairros urbanos mais antigos constituíam uma forma de capital social e eram responsáveis por limpeza, ausência de crime de rua e outras medidas de qualidade de vida, além dos fatores institucionais formais como proteção policial (Fukuyama, 1997:377).

Na década de 1970, o economista Glenn Loury, assim como o sociólogo Ivan Light usaram o termo “capital social” para descrever o problema do desenvolvimento económico do centro da cidade. Nesta obra, os autores elucidam que os afro-americanos não tinham os laços de confiança e conexão social, o que aclara muito a relativa falta de desenvolvimento de pequenas empresas dirigidas por negros (Woolcock, 1998; Fukuyama, 1997).

Na década 80, a reflexão sobre o conceito de “capital social” emerge no âmbito das ciências sociais. Este surge como um ativo social, oriundo da virtude e da força da relação/conexão entre os indivíduos, inserido numa visão de sociedade como estrutura de redes (Kaufman, 2012). Foi particularmente na área de sociologia, através do sociólogo francês, Pierre Bourdieu, onde este conceito ganhou maior expressão (Eriksson, 2011). Assim, para este sociólogo, o “capital social” é definido como “the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition” (Bourdieu, 1986:21).

Para o efeito, os indivíduos mobilizam três tipos de recursos: capital económico, capital cultural e capital social. Isso inclui relacionamentos e redes de ajuda mútua que podem ser mobilizados para fins socialmente úteis (Méda, 2006). Ainda de acordo com Bourdieu (1985), o volume do capital social que um determinado agente possui depende do tamanho da rede de conexões que ele pode efetivamente mobilizar e do volume do capital (económico, cultural ou simbólico), possuído por direito próprio por cada um daqueles a quem está conectado. Salienta-se que na visão de Bourdieu, o capital social representa também um recurso importante para a dominação e não necessariamente um recurso de união.

Por sua vez, o sociólogo americano, James Samuel Coleman (1988), definiu o capital social pela sua função. Segundo este autor, o capital social não é uma entidade única, mas uma

variedade de entidades diferentes, com dois elementos em comum: todas consistem em algum espeto das estruturas sociais e facilitam certas ações dos atores - sejam pessoas ou atores corporativos - dentro da estrutura (Coleman, 1988). Ainda acresce que o capital social é produtivo, possibilitando a realização de certos fins que na sua ausência não seriam possíveis. No entanto, Coleman chama atenção ao facto deste conceito constituir, até certo ponto, uma “faca de dois gumes”, no sentido em que uma determinada forma de capital social que é valiosa para facilitar certas ações pode ser inútil ou mesmo prejudicial para outros (Coleman, 1988).

Robert Putnam também entra na discussão sobre o papel do capital social e da sociedade civil na Itália e nos Estados Unidos. Para este autor, o capital social diz respeito a características da organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas (Fukuyama,1997; Putnam, 2006:177). Desta forma, o capital social facilitaria uma cooperação, espontânea e seria um alicerce para uma ação coletiva.

Uma característica específica do capital social é o facto de que normalmente constitui um bem público, ao contrário do capital convencional, que normalmente é um bem privado. Ou seja, por ser uma qualidade da estrutura social em que se insere o indivíduo, o capital social não é propriedade individual (Putman,1997 *apud* Coleman, 1994). Assim, na visão deste autor, a vida é mais fácil em uma comunidade abençoada com um stock substancial de capital social, porque as redes sociais promovem reciprocidade e confiança, facilitam a comunicação, amplificam reputações e permitem que dilemas de ação coletiva sejam resolvidos (Putnam, 2006). Este distingue dois subtipos de capital social: “bonding”/vinculativo e “bridging”/ponte. O “bonding” é o tipo de capital social que implica em relacionamentos que conetam indivíduos homogéneos e funciona para aumentar a reciprocidade e a solidariedade dentro do grupo (Putnam, 2000; Lin, 2004). E “bridging” é o tipo de capital social que pressupõe conexões que ligam pessoas heterogéneas (Putnam, 2000).

Mais recentemente o cientista político e economista americano, Francis Fukuyama, na sua obra *Social Capital*, publicada em 1997, à semelhança de Putnam, conceptualizou o capital social como a “existência de um certo conjunto de valores informais ou normas, compartilhados entre os membros de um grupo que permite a cooperação entre eles”

(Fukuyama, 1997:378). Na visão deste autor, embora exista capital social em todas as sociedades, ele pode ser distribuído de maneiras muito diferentes. As famílias são obviamente fontes importantes de capital social em todos os lugares. Mas a estrutura familiar difere de uma sociedade para outra e a força dos laços familiares difere, não apenas dos vínculos familiares em outras sociedades, mas em relação a outros tipos de relações sociais (Fukuyama, 1997).

Assim, de um modo geral, pode definir-se capital social como relações de confiança e cooperação dentro de grupos homogêneos, ou seja, onde os membros de uma rede de solidariedade são semelhantes em termos de características sociodemográficas ou sociais. Seria, portanto, a dimensão cognitiva que reflete as atitudes subjetivas e as normas de reciprocidade, facilitando, deste modo, o acesso à informação e ao conhecimento, contrapondo indivíduo solitário versus indivíduo coletivo (Putman, 1997; Kaufman, 2012; Murayama *et al.* 2012).

Em relação ao contexto africano, pode estabelecer-se uma conexão entre o conceito de capital social e a filosofia *Ubuntu*⁹ (Migheli, 2017). *Ubuntu* é um termo *Zulu* que descreve a essência do ser humano – “Muntu” = “um ser humano”, “Ntu” = “humano” (Wilson & Williams, 2013:4). O termo *ubuntu* é expresso de forma diferente em várias comunidades e línguas africanas, mas todas se referindo à mesma coisa.

“Em Angola, é conhecido como (gimuntu), Botswana (muthu), Burkina Faso (maaya), Burundi (ubuntu), Camarões (bato), Congo (bantu), República Democrática do Congo (bomoto/bantu), Costa de Marfim (maaya), Guiné Equatorial (maaya), Guiné (maaya), Gâmbia (maaya), Gana (biako ye), Quênia (utu/munto/mondo), Libéria (maaya), Malawi (umunthu), Mali (maaya/ hadama de ya), Moçambique (vumuntu), Namíbia (omundu), Nigéria (mutunchi/iwa/agwa), Ruanda (bantu), Sierra Leone (maaya), África do Sul (ubuntu/botho), Tanzânia (utu/obuntu/bumuntu), Uganda (obuntu), Zâmbia (umunthu/ubuntu) e Zimbábue (hunhu/unhu/botho/ubuntu)” (Murenje, 2020:95).

Ubuntu é inerente à filosofia africana de humanismo, que liga o indivíduo ao coletivo por meio de “irmandade” (Swanson, 2007). Em essência, o *Ubuntu* pode ser conceituado como

⁹ De acordo com Christian Gade, o uso desta referência linguística data de 1993 e é comum até os dias de hoje. A palavra “ubuntu” em si pertence ao vocabulário das línguas Bantu da África Austral, e mais especificamente ao subgrupo de línguas Nguni, das quais Zulu, isiXhosa, Ndebele e Swati, entre outras, (Stuit, 2013). Ele vem de *Umuntu ngumuntu ngabantu*; uma pessoa é uma pessoa por meio de seu relacionamento com os outros (Swanson, 2007).

“the ability to live and fulfill the highest truest expression of ourselves as human beings”. (Wilson & Williams, 2013:4). Em outras palavras, esses autores advogam que os seres humanos são inextricavelmente conectados uns aos outros e suas comunidades, o que significa *I’m because We Are*, essencialmente não existe o “eu” sem “nós”.

No contexto marcado pelo *Ubuntu*, os indivíduos precisam uns dos outros para serem humanos (Downs, 2016). Cada pessoa, cada vida é reconhecida por meio da sua conexão, consciência e competência em sua relação com outras pessoas, com ênfase na compreensão, colaboração e uma interação necessária que envolve mutualidade e cooperação comunitária (Wilson & Williams, 2013; Migheli, 2017). A filosofia *Ubuntu* descreve a capacidade da cultura africana em expressar empatia, compaixão, reciprocidade, dignidade, humanidade, mutualidade e generosidade no interesse de construir e manter comunidades com justiça e cuidado mútuo (Bekker, 2006; Swanson, 2007).

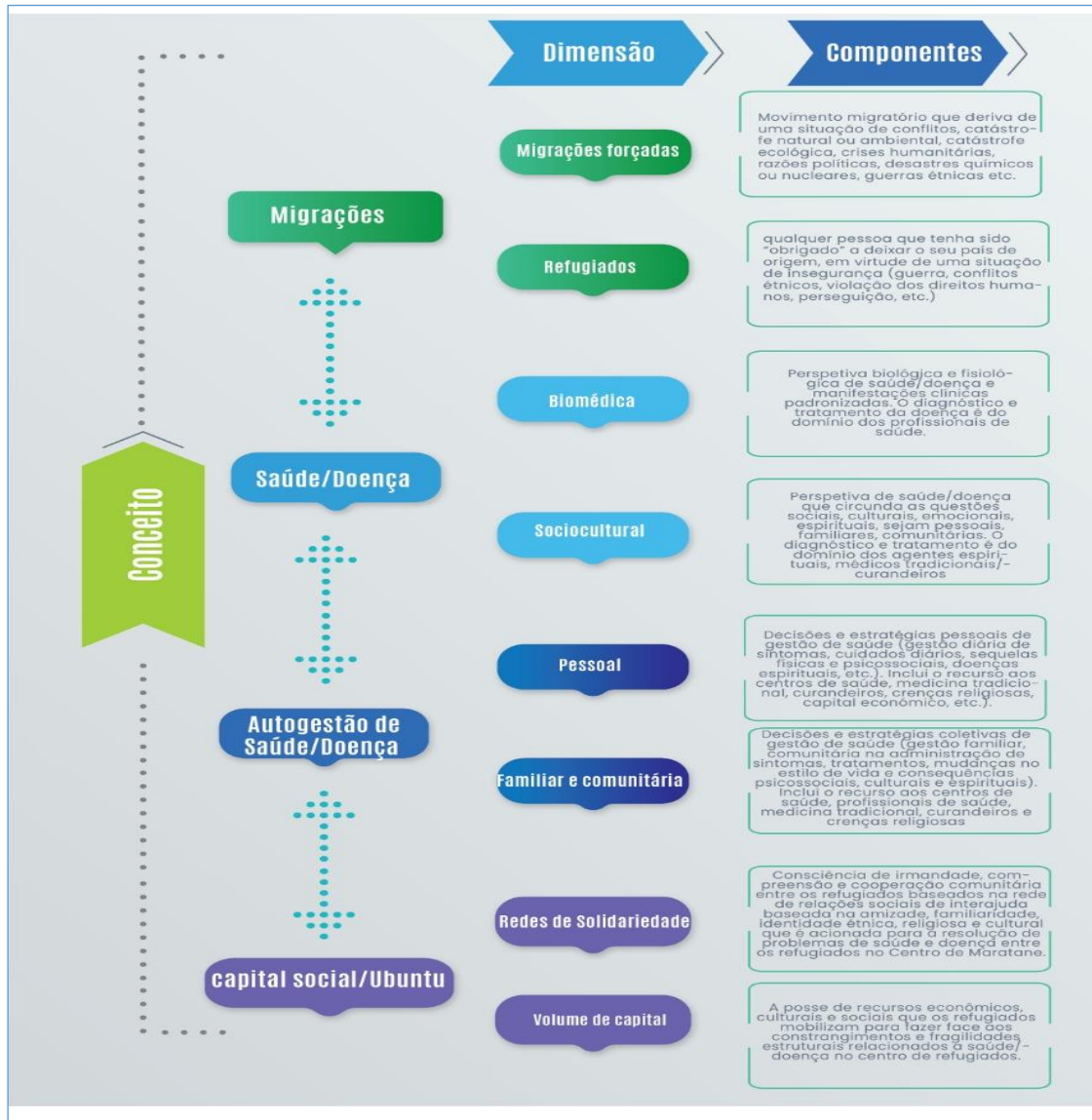
É importante salientar que o capital social/*Ubuntu* não é exclusivamente positivo, embora as suas conotações positivas sejam claramente evidentes (Nicholson & Hoye 2008; Fukuyama, 1997; Okoro & Lilian, 2018). Como advogam Nicholson & Hoye (2008), o capital social tem potencial de sustentar as comunidades cujos membros são social, financeira, cultural, mental e fisicamente prósperos, mas também têm o potencial de excluir e criar uma desvantagem significativa.

No caso do *Ubuntu*, as suas *nuances* “negativas” ficam visíveis, sobretudo nos últimos anos, onde, a título de exemplo, uma parte da comunidade sul-africana se une pela prática de xenofobia contra imigrantes na África do Sul. Como advertem Okoro & Lilian (2018), o *Ubuntu* está em grave contradição com a prática xenófoba atual no sul de África, uma vez que desfigura o “*pedigree*” moral e histórico africano. Os migrantes enfrentam abusos, discriminação no acesso ao emprego, habitação, saúde, serviços educacionais e são rotineiramente usados como bodes expiatórios para crimes e outras atividades ilegais (Murenje, 2020). É neste sentido que Okoro & Lilian (2018) defendem uma reformulação da filosofia *Ubuntu* da vida social nas comunidades africanas. Estes autores salientam ainda que para avaliar a eficácia do conceito de *Ubuntu* na migração internacional, deve tomar-se cuidado para decifrar os desafios que os migrantes africanos enfrentam, sobretudo na África do Sul.

Para efeitos deste trabalho, considera-se que os conceitos de capital social e o *Ubuntu* se correlacionam e se complementam, já que ambos pressupõem a existência de laços fortes dentro de uma rede de relações de confiança, solidariedade, cooperação mútua. Esta situação permite que a comunidade de refugiados acione a rede de relações, com vista a suprir os problemas ligados a insuficiência e fragilidade dos serviços de saúde no Centro de refugiados de Maratane.

Feita a exposição conceptual, a seguir apresenta-se o modelo de análise que suporta este trabalho, considerando os conceitos de migrações, saúde/ doença, autogestão de saúde/doença e capital social/*Ubuntu*.

1.10 Modelo analítico: operacionalização dos conceitos



Como se pode depreender do modelo de análise, o conceito de saúde/doença incorpora duas dimensões: biomédica e sociocultural. Na primeira dimensão, a biomédica pressupõe que explicação sobre saúde/doença, isto é, o estar saudável/doente é mediante às disposições físicas ou biológicas dos indivíduos. O diagnóstico, o tratamento e a cura (autogestão) estão ao cargo dos profissionais da saúde, que por sua vez obedecem a padrões objetivamente aceites nas ciências médicas.

Na segunda dimensão, a sociocultural considera que explicação sobre saúde/doença recai nas crenças (metafísicas ou humanas) e nos valores socialmente construídos e partilhados nos grupos de pertença ou de pares dos imigrantes forçados e/ou refugiados. Nesta vertente, o estar saudável/doente adquire outras proporções subjetivas que vão além da dimensão biomédica, desde o diagnóstico, o tratamento e a cura. Geralmente, baseia-se nas prescrições tradicionais ou culturais de cada refugiado. A lógica do diagnóstico, tratamento e cura é da autoria do curandeiro ou da medicina tradicional.

Contudo, o denominador comum que perpassa as duas dimensões incide no capital social que é caracterizado pela criação de redes de sociabilidade e posse de distintos recursos entre refugiados. Esta situação ocorre, quando os refugiados reconhecem, por um lado, o papel e as limitações que os profissionais da saúde têm e, por outro lado, o papel e limitação que a medicina tradicional e os curandeiros enfrentam no diagnóstico, tratamento e cura de certas doenças.

Quanto à relação entre as variáveis, a percepção que os refugiados têm sobre a saúde/doença depende dos seus grupos de origem ou de par. Neste contexto, o que leva o refugiado a optar por um determinado tipo de diagnóstico, tratamento e cura é o volume de recursos económicos, culturais e sociais que ostenta. Desta forma, os conceitos de migrações, saúde e doença – fazem parte das *variáveis dependentes*; os conceitos de autogestão/posse de capital económico, cultural e social – fazem parte das *variáveis independentes*.

CAPÍTULO II

IMIGRANTES, SAÚDE, VULNERABILIDADE E COMPETÊNCIA CULTURAL

(Uma interface entre a sociologia das migrações e a sócio-antropologia da saúde e da doença)

Este capítulo apresenta o debate sobre a situação da saúde dos refugiados nos países de acolhimento, fazendo o cruzamento teórico entre a sociologia das migrações e sócio-antropologia da saúde e da doença. Assim, num primeiro momento, apresentamos os estudos que focalizam o debate sobre os dilemas dos imigrantes no acesso à saúde. No segundo momento, o debate é centrado nos particularismos e vulnerabilidade no acesso à saúde, inerentes a mulheres e crianças migrantes. E, por fim, apresenta-se a análise da “competência cultural” como estratégia na superação das barreiras culturais e na redução das desigualdades no acesso a cuidados de saúde por parte dos refugiados.

2.0 Os dilemas dos refugiados no acesso à saúde

Um dos grandes desafios que os refugiados/a população imigrante enfrenta nos locais de chegada prende-se com as dificuldades no acesso aos serviços e cuidados de saúde. São várias as circunstâncias explicativas ao reduzido acesso a saúde por parte dos imigrantes/refugiados e destacam-se: o problema de acesso ao emprego, as condições de moradia, a integração social e cultural e sobretudo os eventos traumáticos antes, durante ou após o deslocamento (Carballo & Nerukar, 2001; Desjarlais *et al.* 1995).

Na visão de Carballo & Nerukar (2001), o mais agravante é que muitos países não estão organizados em termos de políticas públicas para enfrentar a demanda dos movimentos populacionais e, sobretudo para atender questões de saúde e doença que afetam a população imigrante como escreve o mesmo autor:

“The health implications of this are many, and, in some cases, illness and death rates associated with migration are exacerbated by a lack of policies needed to make migration a healthy and socially productive process” (Carballo & Nerukar, 2001:556).

Dias & Gonçalves (2007), Dias *et al.* (2002) afirmam que os determinantes socioeconómicos se revelam cruciais na relação entre migração, vulnerabilidade e saúde. Na ótica destes autores, os imigrantes apresentam, em geral, piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento. Este grupo se encontra numa condição de fragilidade, que resulta não somente da experiência da migração, mas também inclui o processo de marginalização, a condição de ilegalidade, falta de uma rede de apoio social apropriada, factores causadores de pressão psicológica, bem como a constituição de factores de risco à saúde, no sentido mais abrangente do termo (Pussetti, 2009).

Numa outra vertente, Miller & Rasco (2004) advogam que a exposição à violência política a que os refugiados estão sujeitos está associada a um risco acrescido de reações de *stress* agudo e crónico pós-traumático. Eles apresentam uma maior prevalência de problemas de saúde mental do que a população em geral, sendo consensual que devem ter um tratamento especializado, considerando os contextos socioculturais (Galina *et al.* 2017; Pereira, 2018; Antunes, 2017).

Na perspectiva de Miller & Rasco (2004), embora haja evidências claras de uma associação forte e positiva entre a exposição à violência e o desenvolvimento de sintomas de trauma, o facto de muitas pessoas expostas à violência não desenvolverem traumas psicológicos prolongados sugere a presença de fatores de proteção que podem amortecer os efeitos potencialmente traumáticos:

“(…) not all refugees show evidence of acute or persistent mental health problems, and among those who do many individuals manage to function effectively despite their experience of internal distress (Summerfield, 1995). It is important to acknowledge this resilience, both for what it tells us about the human spirit in the face of profound crisis, and for the lessons it may offer regarding pathways to adaptive functioning despite exposure to high levels of stress” (Miller & Rasco, 2004:25).

Como outro fator de risco, importa realçar que os imigrantes tendem, em geral, a concentrarem-se por origem étnica, muitas vezes, em bairros ilegais ou zonas degradadas, com fracas condições de habitabilidade, higiene e salubridade, em alojamentos sobrelotados, partilhando idênticas condições de vida e situações de precariedade e exclusão social (Coutinho & Oliveira, 2010; Ramos, 2006/2012). Por conseguinte, as diferentes formas de exclusão social que os imigrantes enfrentam, aumentam os comportamentos de risco que, por sua vez, agudizam a sua suscetibilidade às doenças (Martins-Borges, 2013). Na mesma linha de pensamento, Rocha *et al.* (2012:197) revelam que o isolamento social constitui um fator de risco e de vulnerabilidade para a saúde dos imigrantes, quando este é, “muitas vezes, reflexo das zonas geográficas de residência e da estigmatização e discriminação”. Na perspectiva destes autores, esta situação, condiciona não só a integração dos imigrantes na sociedade de acolhimento, mas também agrava as desigualdades sociais e dos fatores de risco associados à saúde.

Na perspectiva destes autores, as políticas de imigração seriam a chave na promoção da inclusão social, reduzindo, desta forma, as atitudes discriminatórias o que poderia contribuir

para a diminuição dos fatores associados à vulnerabilidade das populações imigrantes face à saúde e, especialmente, à saúde sexual e reprodutiva.

Woodgate *et al.* (2017), no mesmo espírito, numa pesquisa anterior intitulada: *A qualitative study on African immigrant and refugee families: experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy!*, que envolve 83 famílias originárias de 15 países africanos residentes no oeste do Canadá, revelam que as famílias africanas apresentam precários determinantes sociais da saúde que incluem baixa renda e status social, baixos níveis de educação e alfabetização e vivem em ambientes físicos e sociais inadequados. São geralmente famílias com uma média de quatro pessoas por agregado e apresentam uma renda abaixo dos índices de pobreza.

Na visão destes autores, viver sob estas condições pode contribuir para o declínio na saúde e a necessidade de um melhor acesso aos serviços de saúde. Ao contrário de outros canadenses de classe socioeconómica baixa, os imigrantes africanos e refugiados enfrentam desafios adicionais por serem novos no país. Neste contexto, o estudo sugere que as famílias de imigrantes e refugiados africanos experimentaram desafios em sua busca de cuidados primários de saúde. Um dos principais obstáculos no acesso aos cuidados primários de saúde no Canadá prende-se com as barreiras linguísticas e diferenças culturais:

Linguistic and cultural differences made it difficult for study participants to engage in healthcare. African immigrant and refugee families found it difficult to communicate and understand a Westernized concept of health, health care systems, and health care approaches. As result, participants felt misunderstood by care providers, which made them frustrated (Woodgate *et al.* 2017:6).

Além destes obstáculos, os imigrantes experimentam a falta de empatia dos médicos em relação aos seus problemas de saúde, encaminhamento médico inadequado, diferenças nas expectativas e falta de cuidados culturalmente sensíveis, revelando a existência da discriminação e estigmatização nos serviços de saúde (Woodgate *et al.* 2017). Neste contexto, os refugiados receiam o acesso aos serviços de saúde, uma vez que o seu *status* de imigrante pode ser questionado ou mesmo denunciado às autoridades policiais e por consequência lhes seria negado o atendimento. Da mesma forma, os requerentes de asilo consideram difícil ter acesso aos cuidados de saúde, pois eram demasiado caros. Eles suspeitam do sistema de saúde e sentem que os profissionais de saúde têm atitudes desfavoráveis em relação a si (Woodgate *et al.* 2017).

2.1 Mulheres e crianças migrantes – particularismos e vulnerabilidade no acesso à saúde

Diante do cenário até aqui apresentado, as mulheres e as crianças representam, na sua condição de refugiadas e de migrantes, sempre as categorias ou grupos sociais mais graves e com *nuances* próprias que merecem a nossa particular atenção, no que diz respeito a vulnerabilidade e riscos ao acesso à saúde.

Em relação aos riscos de saúde, as mulheres refugiadas se encontram numa situação de maior vulnerabilidade, se comparadas às mulheres autótonas, e possuem os piores indicadores de saúde, como aponta a literatura (Ramos, 2010; Dias *et al.*; 2009; Antunes (2017). Estas desigualdades na comparação entre estes dois grupos de mulheres, se estendem para a análise de variáveis como: mortalidade materna, perinatal, e infantil, prematuridade, baixo peso à nascença, taxa de incidência de IST e taxa de prevalência de violência contra as mulheres (Dias *et al.*, 2009).

De acordo com Ramos (2010), os estudos sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente, na União Europeia, na América do Norte, na América Latina e na Ásia registam, sobretudo problemas de saúde reprodutiva, apontando piores indicadores de saúde associados a esta população. Os resultados destas pesquisas apontam que elas têm poucos conhecimentos sobre os serviços sociais e de saúde, pois utilizam, em geral, menos frequentemente os serviços de saúde reprodutiva do que as mulheres não migrantes; com frequência não recebem cuidados pré-natais ou recebem este tipo de cuidados de modo inadequado ou tardio; apresentam uma menor utilização de métodos contraceptivos e maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis; registam mais gravidezes indesejadas, taxas mais elevadas de aborto espontâneo, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade pré-natal e infantil (Ramos, 2010:6).

A situação de risco e vulnerabilidade, portanto, agravam-se quando se trata da saúde reprodutiva das mulheres migrantes. Na visão de Ramos (2009), pode haver um risco, quando se assume a maternidade numa condição de migração. Isso pode resultar num trauma, fonte de stress e depressão, e trazer consequências para a criança, por conta das ruturas, isolamento, solidão, dúvidas e ansiedade que costumam fazer parte desta fase. A autora sugere ainda que algumas mães em situação de “desaculturação”, isoladas, desenraizadas, deprimidas, faltando-lhes referências tradicionais sobre as quais se apoiarem, não encontram os recursos

necessários para se adaptarem a um novo meio e cultura e para cuidarem dos seus filhos (Ramos, 2009:8). Esta situação coloca-as em risco e vulnerabilidade extrema.

Aliado à esta situação, os múltiplos papéis sociais e responsabilidades das mulheres imigrantes no lar e no local de trabalho podem obstruir o seu acesso aos serviços de saúde mental. Como aponta Kirmayer *et al.* (2011), na pesquisa sobre *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*, as mulheres imigrantes representam um risco duas a três vezes maior do que as suas contrapartes nascidas no Canadá no caso da depressão pós-parto.

Para estes autores, estas mulheres geralmente não procuram proativamente ajuda para os problemas de depressão pós-parto, devido à falta de conhecimento sobre depressão pós-parto e opções de tratamento, relutância em revelar problemas emocionais fora da família, falta de vontade de realizar tratamento médico para o que é percebido como psicopata, preocupação de que a doença mental materna sobrecarregue ou estigmatize a família, sentimentos de vergonha por ser rotulada mentalmente doente e medo de perder os filhos para as autoridades (Kirmayer *et al.* 2011).

Outro fator de risco que conduz à vulnerabilidade das mulheres está associado à violação sexual, num contexto marcado por guerras e conflitos. Tal como escrevem Schwinn e Da Costa, (2016), os conflitos armados representam a causa frequente para o grande deslocamento de mulheres e crianças. Estas situações representam um risco muito maior, uma vez que em muitos casos a violação sexual tem sido usada como “arma de guerra”. Nos campos de refugiados, as mulheres e as crianças são alvos de agressões físicas e de investidas. Convivem num espaço restrito, com um enorme contingente de pessoas sem ocupação, que passaram por diversos traumas, e tornam-se alvo da violência latente (Hinrichs, 2015 citado por Schwinn & Costa, 2016).

Face à violação sexual, estas mulheres estão expostas, por um lado, a uma multiplicidade de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente ao VIH/SIDA e, por outro, correm o risco de desenvolver um Transtorno do Stress Pós-Traumático (TEPT). Para além disso, a separação das crianças que ficaram para trás no contexto de conflito e a perseguição é também uma experiência muito dramática e angustiante (Antunes, 2017), o que poderá ser também uma fonte de stress para a vida das mulheres refugiadas.

Além do TEPT decorrente da violação sexual num contexto de guerra, alguns estudos indicam que as mulheres imigrantes/refugiadas e requerentes de asilo estão propensas a desenvolver a Depressão Pós-Parto (DPP), na medida em que é uma das complicações mais frequentes da gravidez e do parto delas, devido a fatores de risco como, o baixo suporte social, acontecimentos de vida stressantes, história prévia de depressão (Kirmayer *et al.* 2011; Antunes, 2017).

Face ao exposto, Collins *et al.* (2011), citado por Antunes (2017), sugerem que os provedores de cuidados de saúde das mulheres migrantes, devem tomá-las como estando em situação de alto risco, e prestar serviços de observação e suporte, que estejam no mesmo nível que o risco elevado destas mulheres migrantes. As refugiadas que requerem asilo, são as que estão em maior risco de sofrer de DPP, pelo facto de serem muito receosas em falar dos seus sintomas psicológicos, temendo que a revelação destes, possa comprometer o seu pedido de asilo.

2.2 Tradição, família, língua e cultura – barreiras, interferências e desafios na saúde dos refugiados

Um dos fatores de risco e vulnerabilidade, em relação à saúde dos refugiados, está ligado a rutura com as referências culturais, tradicionais e familiares, atinentes à população imigrante. Como refere Martins-Borges (2013), os refugiados, pelo carácter involuntário e repentino de seu deslocamento, transportam consigo muito pouco do que até então caracterizava a sua identidade: hábitos, relações, *status* profissional e social, residência. Ou seja, a rutura com o contexto cultural representa um fator de risco que concorre na predisposição de alguns imigrantes a algumas doenças, como depressão, ansiedade crónica e neuroses.

Como a migração geralmente reúne pessoas de origens culturais muito diferentes, é importante dar atenção explícita às dimensões culturais da experiência da doença. Na perspetiva de Kirmayer *et al.* (2011), a cultura de origem dos refugiados pode influenciar profundamente todos os aspetos da doença e adaptação, incluindo interpretações e reações aos sintomas; explicações da doença; padrões de enfrentamento, busca de ajuda e resposta; adesão ao tratamento; estilos de expressão emocional e comunicação; e relações entre pacientes, suas famílias e prestadores de cuidados de saúde (Kirmayer *et al.* 2011).

Ainda sobre o contexto cultural, as pesquisas (Ramos, 2008; Bäckström, 2009; Martin-Borges, 2013) indicam que o principal constrangimento enfrentado entre os refugiados e os profissionais de saúde é referente à “diferença cultural”. O encontro com as diferenças culturais nos cuidados de saúde pode levar a fortes reações emocionais ou a atitudes de rejeição dos profissionais de saúde, sobretudo, quando não há um bom conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da interculturalidade. Portanto, como se pode depreender, as barreiras que dificultam o uso pleno e informado dos serviços de saúde por parte dos imigrantes/refugiados são de vários tipos e dependem de um conjunto complexo de variantes relacionadas, com o contexto sociocultural, geográfico, económico e político (Ramos, 2008; Martin-Borges, 2013).

Bárbara Bäckström (2009), no seu estudo sobre *Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*, defende que os imigrantes são reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável sobre o qual recaem alguns problemas de saúde devido a fatores tais como uma deficiente inserção comunitária, níveis quer sociocultural quer económico mais baixos que o nível médio do país de acolhimento, barreiras linguísticas, desconhecimento de hábitos e costumes e ignorância dos serviços sociais colocados à sua disposição” Bäckström (2009). Na visão da autora, esta conjugação de fatores influencia fortemente nas variações da saúde dos imigrantes.

Na mesma perspetiva, Dias, Matos & Gonçalves (2002) sustentam que a ausência da estrutura familiar e de outros mecanismos microsociais de apoio à estabilidade individual e aos comportamentos protetores de saúde pode aumentar a vulnerabilidade, por perpetuar a exposição a fatores de risco e favorecer práticas prejudiciais à saúde, como são os consumos/dependência de substâncias. O abuso de substâncias como álcool e drogas também pode ser usado como respostas defensivas que expõem os migrantes a outros problemas de saúde, como VIH/AIDS.

Este problema pode ser muito acrescido pelas barreiras linguísticas e contextos culturais que os refugiados enfrentam nos países de acolhimento. Na perspetiva destes autores, as barreiras linguísticas e socioculturais, entre os diferentes atores deste processo, funcionam como obstáculo no acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, é importante considerar os fatores

de diferenciação social que são relevantes para a saúde, visto que podem ter influências diretas e indiretas sobre esta população (Dias *et al.* 2002).

Já o estudo *Refugiados congolese na cidade de São Paulo: processo migratório e itinerários terapêuticos*, conduzido por Haydu (2017), investigou os itinerários terapêuticos para a preservação e recuperação da saúde entre pessoas em situação de refúgio, oriundas da República Democrática do Congo, residentes na Cidade de São Paulo. Este estudo demonstrou que os caminhos percorridos pelos congolese em busca de cuidados terapêuticos nem sempre coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados.

Pois, as suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos (Haydu, 2017). De maneira geral, a pesquisa demonstra que os caminhos percorridos pelos congolese abarcam, em menor escala, a auto atenção e, de maneira expressiva, o sistema profissional e, sobretudo, as redes sociais (familiares e amigos) e a espiritualidade.

O estudo revela ainda que os itinerários terapêuticos em busca de preservação e recuperação da saúde entre os congolese em situação de refúgio não se limitam à disponibilidade dos serviços de saúde ou à utilização de métodos de cura, mas, também, abarca o entendimento do processo sociocultural implicado na escolha do tratamento e na sua condição económica. Haydu (2017), argumenta ainda que existem fatores diversos que norteiam e definem os itinerários percorridos pelos refugiados, onde podemos encontrar, por exemplo: o facto de estar ou não acompanhado por familiares no local de refugio, ter ou não um emprego, residir perto de outros refugiados, principalmente se forem do mesmo país ou região de origem, bem como ter ou não residência fixa.

O estudo realizado por Martes & Faleiros, (2013) sobre o *Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo*, demonstram que os imigrantes bolivianos não consideram problemático o acesso à saúde na Cidade de São Paulo (Brasil). Esta situação é impulsionada por alguns elementos facilitadores de acesso à saúde, nomeadamente o papel das redes familiares, dos proprietários das oficinas, e a Estratégia Saúde da Família (ESF):

- As redes familiares têm um papel importante na formação de padrões específicos de cuidados com doenças e procura de tratamentos por parte dos imigrantes, na medida em que estas mediam o acesso às redes informais de cuidados, de informações e ou referências, ou financiam os recursos para cobrir os tratamentos, quando necessários.
- Os proprietários das oficinas desempenham um importante papel na disponibilização de informações sobre o acesso aos serviços de saúde, localização dos postos de saúde, e alguns chegam a auxiliar nas primeiras consultas.
- A ESF funciona como instrumento de prevenção e tratamento de doenças, mas também como estratégia no processo de integração dos imigrantes à sociedade (Martes & Faleiros, 2013).

É de salientar que de acordo ainda com esta pesquisa, as dificuldades de comunicação, relacionadas à língua, não aparecem necessariamente como um obstáculo no acesso dos imigrantes à saúde. No entanto, na visão de Martes & Faleiros (2013), no caso dos imigrantes bolivianos, a situação mostrou-se ambígua. Por um lado, a semelhança entre o português e o espanhol apareceu como um ponto francamente facilitador. Por outro, os imigrantes sentem dificuldades para expressar sintomas e sentimentos em português com exatidão.

A situação vivida no contexto africano, mais precisamente na África Austral, não se distancia muito dos problemas de saúde vivenciados pelos refugiados na realidade social apresentada anteriormente. Embora o “velho continente” tenha as suas especificidades, nos últimos anos veem-se na urgência de preparar mudanças legislativas e programáticas para acomodar e colmatar este novo e inesperado cenário de refugiados e imigrantes provenientes do norte da África e do Médio Oriente.

Olhando para a região Austral de África, na qual Moçambique se insere, esta continua a acolher um número cada vez maior de refugiados, provenientes de países como a República Centro-Africana, Ruanda, Somália, RDC, Eritreia, Burundi e Sudão. Estes refugiados vêm de zonas de guerra e tendo testemunhado diferentes tipos de crimes, muitos deles sofrem problemas relacionados com a saúde mental e necessitam de aconselhamento e serviços psicossociais. No entanto, existem poucas evidências sobre se esses serviços são fornecidos aos refugiados na região da África Austral (Zihindula, Meyer-Weitz & Akintola, 2015).

Ainda na visão destes autores, alguns países como Malawi, Moçambique, Namíbia e Botsuana acolhem refugiados em acampamentos, mas não fornecem serviços de saúde dentro dos

campos, quanto o Zimbábue. Estes refugiados enfrentam a discriminação, a xenofobia, as barreiras linguísticas e culturais ou a falta de políticas que os favoreçam no país de acolhimento. Os resultados desta pesquisa apontam ainda que o acesso a serviços formais de cuidados de saúde em países como Lesoto, Suazilândia, Botsuana, África do Sul, Namíbia, etc, continua a ser um desafio para os refugiados na África Austral. Este estudo indica que países como Lesoto, os refugiados, às vezes, enfrentam discriminação de profissionais de saúde em hospitais públicos, já que são imigrantes. Muitas outras barreiras e desafios, incluindo documentos de identificação, problemas de linguagem e problemas culturais foram identificados nesta pesquisa (Zihindula, Meyer-Weitz & Akintola, 2015).

Da mesma forma, na Suazilândia, os desafios que os refugiados enfrentam no acesso aos cuidados de saúde incluem a falta de dados sobre migração para intervenções direcionadas à programação. Em Malawi, dois problemas que dificultam a utilização dos serviços de saúde pelos refugiados incluem a insuficiência de técnicos de saúde e de medicamentos nos hospitais (Zihindula, Meyer-Weitz & Akintola, 2015). Em Botsuana, a política exige que estas populações sejam registradas pela primeira vez e confinadas a um “Campo de refugiados” antes de possuírem acesso aos cuidados de saúde. Esta situação ocorre, embora haja a possibilidade de que os referidos refugiados possam ter chegado ao país já exibindo sinais e sintomas de uma doença. Pois, ficar a espera pelo longo processo de registro e colocação num acampamento pode resultar na deterioração da sua saúde (Zihindula, Meyer-Weitz & Akintola, 2015).

No caso da África do Sul e da Namíbia, os refugiados enfrentam o problema de aceitabilidade. Nestes países, a atitude anti-estrangeira é bastante notória e impacta negativamente na saúde dos refugiados. A discriminação e a xenofobia, o medo de ser atacado e excluído tornam cada vez mais difícil o acesso aos serviços de saúde (Zihindula, Meyer-Weitz & Akintola, 2015).

Ainda na senda da África do Sul, o estudo realizado em Cape Town e Johannesburg por Crush & Tawodzera (2011) constatou a existência de “medical xenophobia” no sistema de saúde sul-africano, com as seguintes manifestações: (a) a exigência de que os pacientes refugiados apresentassem documentação de identificação e comprovante do *status* de residência antes de receber tratamento; (b) os profissionais de saúde que se recusam a se comunicar com pacientes em inglês ou permitem o uso de tradutores; (c) o tratamento é por vezes acompanhado de

declarações xenófobas, insultos e outros abusos verbais; (d) os pacientes não-sul-africanos são obrigados a esperar até que todos os pacientes sul-africanos recebam atenção médica, mesmo que tenham esperado mais tempo pelo tratamento; e (e) os refugiados e requerentes de asilo têm tanta dificuldade em acessar o TARV para VIH em hospitais públicos e muitos são forçados a depender de programas de tratamento de ONGs (Crush & Tawodzera, 2011).

Como se pode depreender, estes são sinais claros de acesso negado aos serviços de saúde por parte dos refugiados. Por isso, o acesso aos serviços de saúde continua a ser um desafio para os refugiados na África Austral. Embora os países da região tenham recomendações da ONU e reconheçam a importância do acesso aos cuidados de saúde para os refugiados, as limitações na disponibilidade de recursos impedem a plena realização deste direito.

Refugees' Perceptions of their Health Status and Quality of Health Care Services in Durban, South Africa: A Community-Based Survey constitui um estudo realizado em Durban, na África do Sul. Esta pesquisa constatou que os obstáculos que interferem no acesso aos serviços de saúde por parte dos refugiados incluem a discriminação e atitudes xenófobas durante a prestação de serviços, barreiras linguísticas (muitos refugiados falam francês, português e swahili), o que concorre para o encaminhamento e tratamento inadequado, devido aos problemas de comunicação (Apalata *et al.* 2007).

Por exemplo, as diferenças de linguagem com as enfermeiras negras, que atuam como “guardiões” dos médicos, são o ponto de partida da não-aceitação. A maioria dos refugiados é negra e há uma expectativa de que fale zulu, sendo esta uma língua sul-africana maioritariamente falada entre a população negra. No entanto, como os refugiados não são fluentes na referida língua, sentem-se rejeitados pelos profissionais da saúde.

A pesquisa constatou ainda a existência de uma maior vulnerabilidade entre as mulheres refugiadas nos serviços de saúde. Elas enfrentam o problema de exclusão social nas instalações de saúde, o que as leva, muitas vezes, à morte, devido à falta de acompanhamento pós-parto eficaz. É de destacar que o aconselhamento e a educação pré-natal são feitos em zulu e um teste de VIH é realizado sem o consentimento informado. Além disso, os resultados laboratoriais são apresentados sem explicações claras e as mulheres grávidas são obrigadas a fazer uma cesariana, criando, assim, constrangimentos culturais (Apalata *et al.* 2007). É de

frisar ainda que a exclusão social que as mulheres refugiadas enfrentam nas unidades sanitárias leva, por sua vez, à vulnerabilidade das crianças. Por isso, o mau estado nutricional das crianças refugiadas e a falta de assistência às mães durante e após o parto podem explicar o aumento das taxas de mortalidade entre os menores refugiados em Durban. De acordo com este estudo, das 100 crianças refugiadas nascidas, 16 morreram antes dos cinco anos de idade (Apalata *et al.* 2007:13).

Por fim, a pesquisa *The Links Between Legal Status and Environmental Health: A Case Study of Mozambican Refugees and Their Hosts in the Mpumalanga (Eastern Transvaal) Lowveld, South Africa*, conduzida por Dolan *et al.* (1997), aponta que a não concessão do estatuto de refugiado aos imigrantes moçambicanos na década de 1980 e a incapacidade de aproveitar os direitos associados ao referido estatuto levou a vulnerabilidade relativa em termos de saúde ambiental. Portanto, a negação de direitos aos refugiados desencadeia toda uma série de dinâmicas socioeconômicas e políticas que resultam na formação de grupos vulneráveis, o que reduz consideravelmente as perspectivas de promoção e proteção da saúde.

Além das barreiras socioculturais, comunicacionais e linguísticas que os imigrantes enfrentam, os profissionais de saúde também passam por constrangimentos culturais no atendimento a este grupo social nas unidades sanitárias, o que, de certa forma, interfere na relação profissional da saúde e o paciente (imigrante). Nesta perspectiva, Santinho (2012) argumenta que existem enormes barreiras linguísticas e culturais no atendimento em saúde mental e física dos imigrantes, para além de não haver ainda profissionais de saúde formados especificamente para a sensibilidade à diversidade (que pode ser de classe social, de gênero, de cultura) ou, mais particularmente, para as necessidades dos refugiados vítimas de trauma.

Feras Ahmad (2018), na sua pesquisa bibliográfica subordinado ao tema *Providing Care for Refugee Patients: Challenges and Barriers*, faz uma reflexão sobre os desafios e as barreiras que os enfermeiros enfrentam na assistência aos refugiados. Os resultados desta investigação identificaram a linguagem, as diferenças culturais, o processo de encaminhamento, a falta de treinamento e orientação, a qualidade do atendimento, a alfabetização em saúde e a falta de informação, como principais obstáculos que os enfermeiros enfrentam na sua interação com os e refugiados nos serviços de saúde (Ahmad, 2018).

Relativamente às diferenças culturais, o mesmo autor revela que os refugiados e enfermeiros têm uma compreensão diferente dos conceitos de saúde/doença. Os imigrantes tinham grandes expectativas dos prestadores de cuidados e também do tratamento. A outra barreira ou desafio a destacar é a falta de treinamento e orientação para que os enfermeiros tratem da melhor forma os refugiados. Estes aspetos afetam, pois, a qualidade do atendimento recebido pelo refúgio durante a visita às unidades sanitárias.

Como destaca Pussetti (2009), os profissionais da saúde não possuem a preparação cultural adequada para se relacionar com utentes provenientes de outros contextos, e quase não existe colaboração interdisciplinar entre ciências médicas e sociais. Ainda de acordo com a autora, as sondagens europeias acentuam a alta percentagem de “mal-entendidos” entre operadores da saúde e pacientes imigrantes, mesmo quando estejam presentes mediadores linguísticos.

No mesmo fio de pensamento, Santana (2018) advoga que o planeamento das ações deveria levar em conta a influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência da doença, na evolução e progressão dos quadros clínicos. Na sua perspetiva, utilizar os mesmos protocolos, diagnósticos e tratamentos para uma população culturalmente diferente acarreta não reconhecer a validade cultural no contexto de saúde.

É neste sentido que “a diagnose requer alto nível de compreensão cultural. Ou seja, o profissional vai comunicar-se dentro do modelo saúde/doença que ele aprendeu. O refugiado, porém, nem sempre compartilha esse modelo.” (Santana, 2018:1). Na visão desta autora, a diferença cultural entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, condiciona a possibilidade de existência de erros de comunicação, e acentua as dificuldades de realização do diagnóstico. Portanto, diante da diversidade cultural entre os refugiados, os profissionais reclamam da desinformação e despreparo para o atendimento. É neste contexto que o modelo da competência cultural, preconiza que o profissional de saúde adquira um leque de atitudes e habilidades de comunicação que permitam um trabalho eficaz, considerando a cultura dos pacientes (Santana, 2018).

A autora ainda destaca que o défice de competências entre os profissionais de saúde e a falta de mediadores especializados na área da saúde habilitados para trabalhar nas instituições que prestam serviços públicos, como é o caso de hospitais, centros de saúde e maternidades,

podem ditar o agravamento da condição de saúde física e mental do paciente, o que cria obstáculos ao processo de integração (Santana, 2018).

Na mesma linha de argumentação, Dias *et al.* (2002) revelam que alguns técnicos de saúde têm tido dificuldades em levar em conta os sistemas de crenças habituais nas comunidades africanas, em particular alguns mitos, tabus e práticas culturais, que envolvem comportamentos sexuais, e que tornam grande parte das estratégias de prevenção pouco eficientes no combate à SIDA (Dawso & Gifford, 2001, *apud* Dias *et al.* 2002). Os imigrantes precisam de um tratamento especializado que responda à diversidade cultural e linguística. Esta situação implica que é necessário ter em conta a presença de profissionais de saúde bem treinados e com sensibilidade para as diferenças culturais ou ainda a presença de terceiros como tradutores e mediadores culturais (Antunes, 2017).

Como avança Sousa (2006), na sua pesquisa *Os imigrantes Ucrânicos em Portugal e os cuidados de saúde*, a construção de um cuidado de saúde culturalmente competente passa pela capacidade do profissional de saúde analisar a cultura do outro; contudo, também estudar essa cultura enquanto processo de integração na sociedade de acolhimento é um cuidado de saúde construído em processo. Esta pesquisa demonstrou que a não existência de sistemas de informação sobre os imigrantes ucranianos é um obstáculo que interfere na relação profissional de saúde/imigrante. Ou por outra, a falta de informação ou registo acerca do percurso anterior de saúde dos imigrantes é como se este tivesse “nascido” no momento em que se desloca à unidade sanitária.

2.3 Competência cultural, multiculturalidade e saúde

Em função das barreiras socioculturais, os profissionais de saúde enfrentam várias dificuldades em corresponder à situação dos refugiados, principalmente pela complexidade de se apropriar aos contextos multiculturais. Desta forma, a promoção de “competências culturais” surge como estratégia e ferramenta para superar as barreiras e reduzir os constrangimentos e as desigualdades no acesso a cuidados de saúde por parte desta categoria populacional. O esquema proposto por Jongen *et al.* (2018) resume de forma clara os motivadores da competência cultural no sistema e nos serviços de saúde:

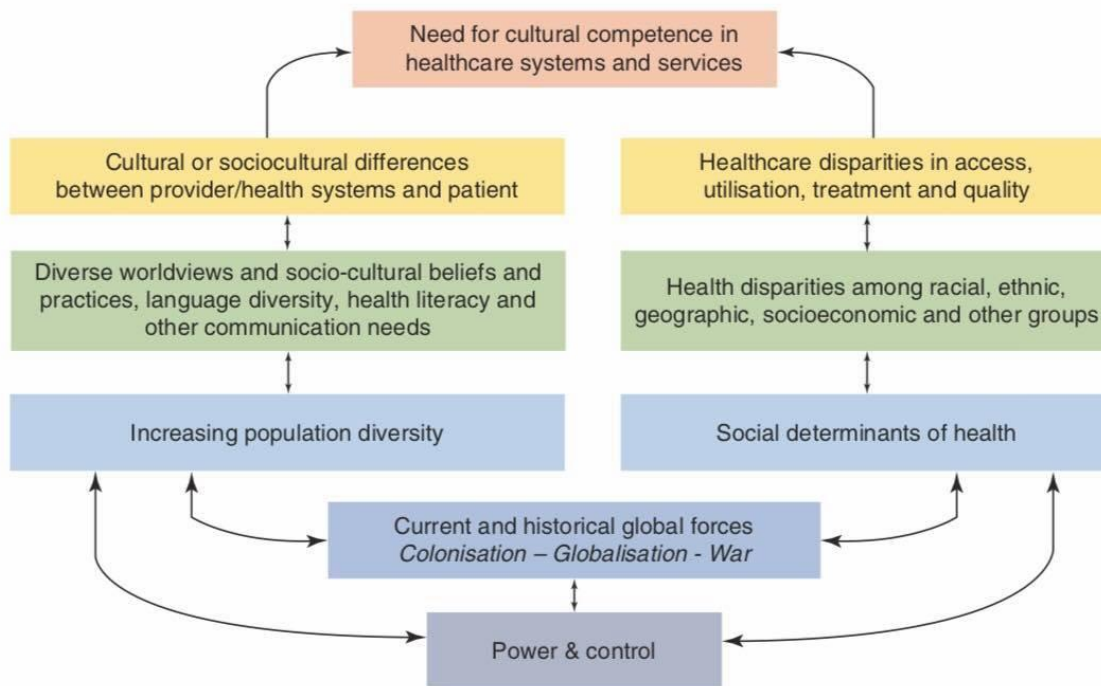


Imagem 2: Os motivadores da competência cultural

Fonte: (Jongen *et al.* 2018)

Historicamente, o conceito de competência cultural evoluiu dos primeiros modelos de educação intercultural no final dos anos 1970 e início dos anos 1980. O foco principal foi tentar superar as diferenças culturais que existiam entre os provedores de saúde e as populações migrantes que não compartilhavam a mesma língua ou normas culturais (Jongen *et al.* 2018). Com efeito, esta ferramenta é conceptualizada como:

A developmental process defined as a set of values, principles, behaviors, attitudes, and policies that enable health professionals to work effectively across racial, ethnic, and linguistically diverse groups (Pérez & 2014:316).

Ou ainda:

Cultural competence aims to improve service provision and patient-provider encounters through attention to culture- and sociocultural-specific patient needs. In doing so, it also aims to favourably impact on health and healthcare disparities experienced by a diverse range of population groups across multiple countries (Jongen *et al.* 2018:13).

A competência cultural em cuidados de saúde descreve a capacidade dos sistemas para cuidar de pacientes, considerando os seus valores, crenças, comportamentos, as suas necessidades

sociais, culturais e linguísticas (Betancourt, 2016). Como argumenta Santinho (2012), para além da compreensão sobre o contexto sociocultural e histórico, para que haja um desenvolvimento eficaz das competências culturais na saúde, deve-se trabalhar a constituição de equipas transdisciplinares, que estejam engajadas na formação etnográfica dos profissionais de saúde, focadas na compreensão do ponto de vista do paciente.

Embora a “competência cultural” seja descrita como a estratégia para abordar as disparidades na saúde, a conceção de “humildade cultural”¹⁰ reformula o discurso das desigualdades em saúde e expande os entendimentos tradicionais ao incluir a cultura de construção de alianças entre grupos e indivíduos de diversas origens e outros indicadores socioeconómicos e de identidade social (Santana, 2018). Na visão desta pesquisadora, uma abordagem humilde e reflexiva implica uma atitude de respeito à diversidade, à individualidade da experiência cultural e a seus significados, incluindo múltiplos pontos de vista no desenho do projeto terapêutico. Na prática significa, adotar uma combinação terapêutica de tratamentos oferecidos pela “medicina oficial” às ações de curandeiros populares.

Desta forma, a necessidade de cuidar da saúde em contextos multiculturais implica uma reconfiguração organizacional e dos conteúdos das unidades prestadoras destes serviços, traduzidas em formas mais criativas de organizar os cuidados, sobretudo em relação à população imigrante e minorias étnicas. Atender as necessidades de saúde de populações específicas exige dos profissionais de saúde, competências e habilidades multiculturais sistematizadas e coordenadas (Monteiro & Mendes, 2013).

Neste escopo, as atitudes profissionais necessárias para relações clínicas interculturais efetivas começam com uma conscientização e reconhecimento dos efeitos da cultura no indivíduo e na prática clínica, combinados com o conhecimento de como se adaptar a essas influências no eu e nos outros no contexto da interculturalidade (Winkelman, 2009). Os profissionais de saúde devem ter conhecimento dos processos que influenciam a saúde e cuidados de saúde das minorias populacionais, grupos étnicos, migrantes, refugiados, etc.

¹⁰ A humildade cultural é definida como um processo de estar ciente de como a cultura pode afetar comportamentos relacionados à saúde. Diferentemente da competência cultural, a humildade cultural não supõe um conjunto quantificável de atitudes. Refere-se ao processo contínuo de reflexão e crítica. Desenvolver a humildade cultural, portanto, permite aos profissionais apreciar a cultura como entidade dinâmica (Santana, 2018:1-2).

Quanto à componente atitudinal, os profissionais de saúde devem estar cientes dos diversos valores de saúde, crenças e comportamentos, e serem capazes de refletir sobre sua própria bagagem sociocultural, incluindo os seus preconceitos pessoais. Isso inclui a capacidade de se adaptar ao etnocentrismo, atribuição cognitiva, choque cultural e discriminação, para os que não compartilham a mesma identidade étnica, língua, marcadores culturais ou categorização racial (Júnior *et al.* 2018; Winkelman, 2009; Jongen *et al.* 2018).

Este é o cenário desejável e ideal (e especialmente urgente e desafiador no caso de Moçambique), mas que encontra as suas limitações, particularmente no contexto moçambicano. Estas barreiras existem quer do ponto de vista do tipo e filosofia de formação/treinamento do pessoal de saúde nos mais variados níveis, passando por aspetos estruturais e organizacionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, bem como a recorrente carência financeira que o país enfrenta, para além da difícil delimitação do que é “culturalmente relevante” para se ser projetado e apropriado pelos serviços de saúde e seus profissionais face a um contexto multicultural. E este panorama ganha maior complexidade e dificuldade face à questão dos refugiados, originários de países, culturas, tradições e grupos etnolinguísticos totalmente “desconhecidos” e “estranhos”.

No contexto moçambicano, tal como se chamou atenção anteriormente, não existem políticas multiculturais de cuidados de saúde que respondam à diversidade cultural. Esta situação pode concorrer para a exposição a situações de risco e vulnerabilidade de saúde, porque dificulta o acesso aos serviços de saúde dos refugiados. E, portanto, é necessário considerar que Moçambique é marcado por uma multiplicidade cultural; e nesse mosaico encontram-se múltiplas respostas aos problemas de saúde e doença das pessoas, em paralelo com o SNS que é hegemonicamente biomédico, estruturado e funciona em moldes universais que excluem, porém, a diversidade cultural do país.

CAPÍTULO III

MODELO ANALÍTICO DA INVESTIGAÇÃO

Objeto de estudo, hipóteses de investigação e o itinerário metodológico

3 Objeto, Pergunta de partida e Pressuposto do estudo

O objeto de estudo resume-se na compreensão das estratégias de autogestão de saúde e doença que os refugiados residentes em Moçambique acionam, face a problemática de acesso aos cuidados de saúde no Centro de Refugiados de Maratane, na província de Nampula.

3.1 Pergunta de partida

Moçambique é marcado por uma multiplicidade cultural e neste mosaico encontram-se múltiplas respostas aos problemas de saúde e doença das pessoas. O Serviço Nacional de Saúde, que é hegemonicamente biomédico e estruturado, funciona em moldes universais que excluem, porém, a diversidade cultural do país. Face aos novos desafios resultantes da crescente demanda de imigrantes, *que estratégias (eles) acionam por forma a gerir os processos de saúde e doença em Moçambique, marcado pela multiculturalidade, tendo em conta que estas populações não veem “vazias”, pois, já trazem consigo conceções e práticas sobre saúde, doença e processos terapêuticos tradicionais, para além de constrangimentos linguísticos, económicos e de integração social neste novo contexto?*

A hipótese sugere que face às dificuldades socioculturais que condicionam a prestação e acesso aos serviços de saúde para os refugiados, eles usam o “capital social” para gerir situações de risco de saúde através de outras soluções terapêuticas fora do Sistema Nacional de Saúde; adicionalmente, os imigrantes acionam um certo “capital económico” de forma a acederem por vias legais ou informalmente aos cuidados de saúde, dentro do sistema formal fornecido pelo Estado e pelo setor privado.

3.2 Objetivos gerais e específicos

O objetivo geral deste estudo é explorar as estratégias de autogestão de saúde e doença, face à problemática de acesso aos cuidados de saúde por parte dos refugiados residentes em Moçambique. Mais especificamente, tem-se como objetivos: descrever as motivações subjacentes ao processo migratório; analisar a exposição ao risco de doenças entre a comunidade de refugiados; identificar as práticas e as dinâmicas de utilização dos serviços de saúde no contexto moçambicano; identificar as barreiras estruturais que influem no acesso aos serviços e cuidados de saúde entre os refugiados; e, por último, captar as estratégias de

autogestão de saúde e doença que os refugiados recorrem face aos constrangimentos de ordem institucional e cultural no contexto moçambicano.

3.3 Itinerário Metodológico

A pesquisa foi essencialmente qualitativa, uma vez que procura gerar conhecimento de eventos e processos sociais, compreendendo o que estes acontecimentos e sistemas significam para as pessoas, explorando e documentando como as pessoas interagem umas com as outras e como elas interpretam e se comunicam com o mundo ao seu redor (Tolley *et al.* 2016). Ela é orientada para o mundo natural, concentrando-se em entender as experiências das pessoas, colocados em seu contexto, buscando interpretar os seus pontos de vista e as suas histórias (Rossman & Rallis, 2017; Tracy, 2020).

A pesquisa qualitativa, sendo essencialmente interpretativa, “busca explicações para objetos ou ações sociais e concentra-se na descrição, análise e interpretação, com o objetivo de dar sentido ao mundo social” (Rossman & Rallis, 2017:45). Desta forma, “the events and ideas emerging from qualitative research can represent the meanings given to real-world events by the people who live them, not the values, preconceptions, or meanings held by researchers” (Yin, 2016:9). Optou-se pela abordagem qualitativa, visto que a pesquisa procura, a partir dos refugiados, captar as suas vivências, atitudes, experiências quotidianas, práticas e estratégias de gestão de saúde e doença que estes acionam de forma a ultrapassar os obstáculos inerentes ao acesso à saúde no Centro de Maratane.

No entanto, está-se ciente das restrições deste tipo de abordagem principalmente por não permitir a generalização dos resultados da investigação e, sobretudo, porque a amostra está longe de ser representativa do universo. Além desta limitação, neste tipo de pesquisa, existe o problema da subjetividade, que faz parte do processo de aproximação entre sujeito e objeto, relação esta que favorece o comprometimento subjetivo do pesquisador, resultando num estudo de teor especulativo e pouco rigoroso, segundo a visão dos críticos (Oliveira *et al.*, 2017).

3.3.1 Local de pesquisa- perfil sócio-espacial e demográfico

A pesquisa de campo foi realizada no território moçambicano, mais concretamente no Centro de Maratane, localizado na Província de Nampula, num período de cerca de dois anos, 2018 e 2019.

3.3.1.1 Moçambique

Moçambique é um país da costa oriental da África Austral que tem como limites: a norte, a Tanzânia; a noroeste, o Malawi e a Zâmbia; a oeste, o Zimbábue, a África do Sul e Swatini; a sul, a África do Sul; a leste, a seção do Oceano Índico designada por Canal de Moçambique. No Canal de Moçambique, os vizinhos são Madagáscar e as Comores (incluindo a possessão francesa de Mayotte). No Oceano Índico, para leste da grande Ilha de Madagáscar, situam-se as dependências de Reunião, Juan de Nova e Ilha Europa. No Canal de Moçambique, sensivelmente a meia distância entre o continente e Madagáscar, o atol de Bassas da Índia, igualmente possessão francesa. O país tem uma área de 799.380 Km² dos quais cerca de 13.000 Km² é marítima e 786.380 km² corresponde a parte terrestre e apresenta uma faixa costeira a leste do território que é banhada pelo Oceano Índico numa extensão de 2.470 quilómetros, desde a foz do rio Rovuma até a Ponta de Ouro (RM-MAE, 2014).



Mapa 2: Localização geográfica de Moçambique

De acordo com os últimos dados do IV Censo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2017, a população moçambicana é de cerca de 27. 909. 798 habitantes, dos quais 13. 348. 446 são homens e 14. 561. 352 mulheres.

O país possui uma localização estratégica: quatro dos seis países com que faz fronteira são interiores e, conseqüentemente, dependentes de Moçambique para acederem aos mercados globais. Os fortes laços de Moçambique com o “motor económico” e potência da região, a África do Sul, salientam a importância do seu desenvolvimento económico, político e social para a estabilidade e crescimento da África Austral como um todo (Worldbank, 2019).

O clima do País é predominantemente tropical húmido, com duas estações: fresca e seca, e quente e húmida. Devido à localização geográfica, o país é propenso, sistemática e ciclicamente a desastres naturais como cheias, secas e ciclones tropicais (RM-MAE,2014). Mais recentemente, em 2019, Moçambique foi afetado pela maior catástrofe natural vivida na África subsaariana, o ciclone Idai, de magnitude 4.7. Este atingiu as províncias de Sofala, Manica, Tete e Zambézia, tendo vitimado cerca de 237.789 famílias, resultando na morte de pelo menos 602 pessoas, com mais de 1.641 feridas. Mais de 400.000 pessoas foram deslocadas, com 160.927 pessoas abrigadas em 164 centros de acomodação coletivos temporários (CIP, 2019; PDNA, 2019; INS, 2019).

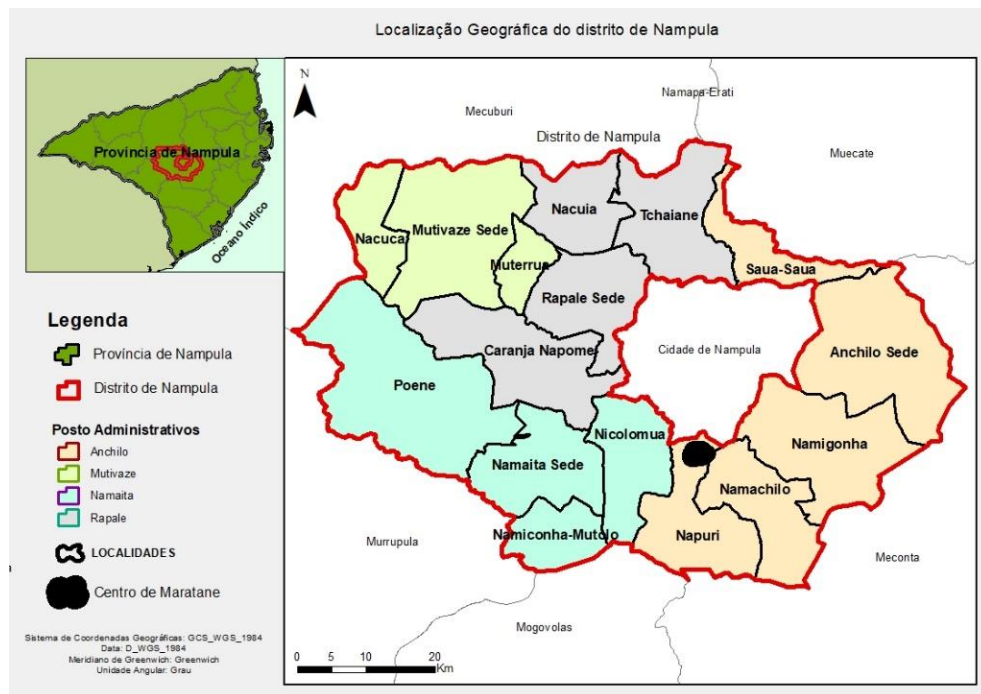
Ainda no mesmo ano, isto é, seis semanas após o Ciclone Idai, a costa moçambicana no extremo norte da província de Cabo Delgado foi atingida pelo Ciclone “Kenneth”, um ciclone tropical de categoria 3 atingiu os distritos do Ibo, Quissanga e Macomia. 54.554 famílias foram afetadas pelo ciclone, resultando na morte de 45 pessoas e mais de 45.000 casas foram (22.865) ou parcialmente destruídas (22.042) (INS, 2019).

Moçambique é um país multilíngue e multicultural (e não só multiétnico), com uma elevada diversidade linguística. Para além do português, a língua oficial, e das línguas asiáticas, todas as outras línguas faladas em Moçambique pertencem ao grande grupo bantu (Medeiros, 2008).

3.3.1.2 O distrito de Nampula

O distrito de Nampula faz parte da província de Nampula, a mais populosa do país, com uma população de 5.758.920 habitantes, isto é, 20,6 % do total de habitantes do país, dos quais

2.949.756 mulheres e 2.809.164 homens (INE, 2019). Especificamente, o distrito de Nampula está localizado a Oeste da Cidade Capital Provincial, confinando a Norte com os distritos de Mecuburi e Muecate, a Sul com o distrito de Mogovolas, a Este com o distrito de Meconta e a Oeste com o distrito de Murrupula. A superfície do distrito¹ é de 3.675 km² e a sua população está estimada em 253 mil habitantes. Com uma densidade populacional aproximada de 68,9 hab/km², prevê-se que o distrito em 2020 venha a atingir os 330 mil habitantes (República de Moçambique - Ministério da Administração Estatal, 2014).



Mapa 3: Localização geográfica do distrito de Nampula

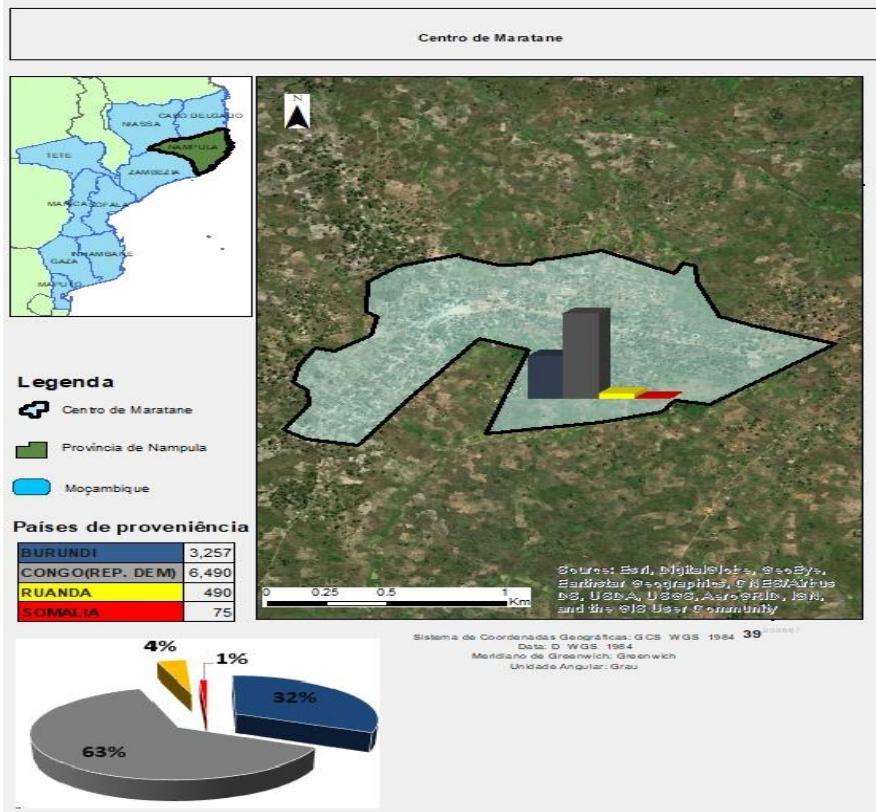
A agricultura é a atividade dominante e envolve quase todos os agregados familiares. Existem, ainda, pequenas infraestruturas de rega com capacidade para fazer irrigação de superfície e represas com potencial para irrigar pequenas áreas agrícolas. De um modo geral, a agricultura é praticada manualmente em pequenas explorações familiares em regime de consociação de culturas com base em variedades locais (R.M.-MAE, 2014).

A População do distrito de Nampula estrutura-se em “grandes famílias”, linhagens e clãs, sendo as mais destacadas Amulima, Amale, Alapone, Amirasse, Anela, Adjeledje e Alucasse. Os clãs predominantes são Alapone e Amulima.

A rede de saúde do distrito inclui 15 unidades sanitárias (1 centro de saúde I, 5 centros de saúde II e 9 postos de saúde) e, apesar de estar a evoluir a bom ritmo, é insuficiente, evidenciando os seguintes índices de cobertura média: uma unidade sanitária por cada 16.866 mil pessoas; e uma cama por 1.421 habitantes (R.M.-MAE, 2014).

3.3.1.3 Centro de Refugiados Maratane

O Centro de Refugiados de Maratane foi fundado em 2001 e localiza-se a cerca de 30 km da cidade de Nampula, no distrito de Nampula. Quanto aos limites, a Norte do centro situa-se o bairro de Muhala Expansão, a Sul a localidade de Namucaua, a Este, o rio Muepelume e a Oeste o rio Mucuache. Este Centro, caracteriza-se por ser um campo de refugiado aberto, isto, é sem vedação e com um mínimo de controle por parte das autoridades policiais, o que permite uma maior mobilidade de refugiados para centro da cidade e outros pontos estratégicos além da província de Nampula. Atualmente, o campo alberga cerca de 10.303 requerentes de asilo/refugiados, provenientes de países como Ruanda, Somália, República Democrática do Congo, Etiópia, Sudão, Uganda, Angola entre outros (INAR, 2019). De salientar que a maioria dos refugiados, cerca de 63% do total, é proveniente da RDC.



Mapa 4: Localização geográfica do Centro de Maratane

O Centro de Maratane possui uma administração que vela pela organização e gestão dos recursos materiais e humanos do campo. Este tem 50 funcionários dos quais, um administrador, um assistente logístico, três funcionários para o setor das águas, três distribuidores de comida, quatro guardas, um motorista, um servente, vinte *sungu-sungs*¹¹ e quinze agentes da polícia.

¹¹ Trata-se da polícia comunitária local, composta majoritariamente por refugiados residentes neste Centro.



Foto 1: Administração do Centro de Maratane.

Fonte: (Muianga, 16/02/2019).

Neste Centro de refugiados, a habitação é caracterizada por uma diversidade e tipologias de construções feitas de material “natural”-local, como cana, galhos de árvores e argila, casas feitas de material convencional, feitas de blocos/tijolos, como ilustram as imagens que se seguem:



Foto 2: Tipologias de construção de casas no Centro de Maratane.

Fonte: (Muianga, 16/02/2019).

Durante o processo de observação neste Campo, foi possível notar que só um pequeno número de casas foi construído com tijolos/blocos, o que confere ao Centro uma arquitetura diferente em comparação com os centros de refugiados em países vizinhos, como Tanzânia, Zimbábue e Malawi, onde a maioria das residências é construída com material local ou tendas (Abreu, 2014).

3.3.1.4 *Better Shelter* – alternativas de abrigo e habitação em Maratane

Better Shelter constitui um tipo de abrigo desenhado para refugiados e foi projetado e desenvolvido pela empresa social sueca *Better Shelter*, em colaboração com a Agência das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), com financiamento do IKEA Foundation. Este projeto visa substituir, de forma gradual, as antigas tendas atualmente utilizadas nos campos de refugiados em todo o mundo (Lynch, 2016).

A *Better Shelter*, juntamente com o ACNUR e a Fundação IKEA, quer elevar a dignidade e segurança aos milhões de refugiados que fogem da violência, conflitos armados, perseguição e desastres naturais. Este tipo de construção já mudou a vida de milhares de refugiados em todo o mundo. Desde a sua criação, mais de 65 milhões de unidades foram distribuídas em todo o mundo – em países como Iraque, Djibouti, Grécia, Nigéria, Uganda, Tanzânia, incluindo Moçambique (Lynch, 2016; Karlsson, 2018).

Devido ao seu *design* modular, estes abrigos também estão a ser usados como centros de saúde, escritórios, etc. No Centro de Maratane foram fixadas cerca de 25 *Better Shelter* e são usadas, geralmente, para abrigar mulheres vulneráveis, isto é, mulheres abandonadas, vítimas de violência doméstica, sexual, e outros tipos de abusos.



Foto 3: Better Shelter.

Fonte: (Muianga, 14/02/2019).

É de salientar que o acampamento está rodeado por algumas aldeias moçambicanas que mantêm uma relação harmoniosa com os refugiados. Há muita interação entre esses grupos, tanto dentro quanto fora do ambiente do acampamento, pois os serviços locais são considerados comunitários como, por exemplo, a educação primária, pontos de água e terras agrícolas (WFP & UNHCR, 2006). No contexto da educação, em Maratane existem dois tipos de subsistemas de ensino. Um é formal e toma como base os moldes do Sistema Nacional de Educação (SNE), e o outro, é informal, e obedece os moldes de ensino usado nos Grandes Lagos, e suas aulas são ministradas em francês (Niove, 2018). Sendo educação primária, a escola local leciona de 1^a às 7^a classes. Assim, até ao período de 3 março de 2018, a EPC de Maratane tinha inscrito cerca de 2496 alunos. Destes alunos, 1396 são refugiados e 1100 são nacionais e são assistidos por 57 professores, dos quais 12 são refugiados.

Quando ao acesso a água potável, a população do Centro de Maratane tem recorrido às fontenárias e furos de água (vulgarmente designadas por “Kipompas” pela comunidade local). As fontes de água foram construídas e disponibilizadas pelo ACNUR/INAR.



Foto 4: "Kipompas" - Fontes de água potável.

Fonte: (Muianga, 14/02/2019).

Quanto as terras agrícolas, a região onde se localiza o Centro de Maratane é caracterizada pela fertilidade dos seus solos associada à disponibilidade de baixas húmidas e um clima de aptidão para a prática da atividade agropecuária, para além das suas excelentes nascentes de água que acabam confluindo em córregos que possibilitam a fertilidade dos solos para a prática agrícola (Niove, 2018). Assim, a terra é propícia para o cultivo do milho, mapira, mexoeira, tomate, arroz, feijão, amendoim, etc. Esta fertilidade dos solos, explica a emergência de um grupo de refugiados, que se dedicam a prática da agricultura de grande escala, tornando-se assim grandes agricultores e empresários neste campo de refugiados.

Finalmente, no Centro de Maratane, existe um sector de ação social, que inclui 6 seções em funcionamento, que garantem o exercício das atividades de atendimento e enquadramento das comunidades constituídas por refugiados em Moçambique. Tais atividades incluem pessoas com necessidades especiais, vítimas de violência baseada no género, proteção das crianças, terapia ocupacional, ensino pré-escolar (no caso do Centro Infantil da Paz) e serviços de segurança, que visam garantir a integridade dos bens materiais do sector e as infra-estruturas.

3.4 População e seleção da amostra

A população principal do estudo foi composta por refugiados residentes no Centro de Maratane, onde se selecionou uma amostra composta por 52 refugiados. Adicionalmente,

escolheu-se intencionalmente 7 informantes chave, subdivididos em 1 administrador, 2 técnicos do ACNUR/INAR e 4 técnicos de saúde. Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, a amostra não obedeceu a uma lógica da representatividade estatística, ou seja, ela não será pensada por quantidade, exatamente porque “o objetivo da amostra não é uma amostra numericamente representativa, mas uma amostra abrangente” (Düvell, 2012:11).

A construção da amostra, porém, precisa envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção (Minayo, 2017). Por consequência, os sujeitos de pesquisa foram selecionados usando o critério de acessibilidade, diversificando as regiões de origem, as diferenciações étnico-linguísticas e a equidade de gênero, como ilustram as tabelas que se seguem:

País de proveniência	Mulheres	Homens	Total
Burundi	5	5	10
República Democrática do Congo	5	5	10
Ruanda	5	5	10
Somália	5	5	10
Total	20	20	40

Tabela 1: Entrevista aos refugiados

País de proveniência	Mulheres	Homens	Total
Burundi	1	1	2
República Democrática de Congo	2	2	4
Ruanda	2	2	4
Somália	1	1	2
Total	6	6	12

Tabela 2: Grupo focal

Técnicos de Saúde	Mulheres	Homens	Total
	1	3	4
Técnicos do ACNUR			

	0	2	2
Administrador local			
	0	1	1
Total	1	6	7

Tabela 3: Técnicos de saúde do ACNUR e Administração local

Neste contexto, a definição da amostra final obedeceu ao critério de “fechamento amostral” por “saturação teórica”, que é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (Fontanella & Rica, 2008). Ou como escreve Bowen (2008:140), “saturation is reached when the researcher gathers data to the point of diminishing returns, when nothing new is being added”. Portanto, no presente trabalho atingiu-se o nível de “saturação” na seleção dos sujeitos de pesquisa, sem que, no entanto, tal saturação corresponda à condição de extrapolação para o geral (Bäckström, 2009).

3.5 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

3.5.1 Critérios de inclusão

Em relação os critérios de inclusão para a seleção do grupo de refugiados, teve-se em consideração os seguintes:

- Mínimo de cinco anos a residir no Campo de Refugiados de Maratane;
- Idade mínima 18 anos;
- Disponibilidade e acessibilidade.
- Países de proveniência, nomeadamente: República Democrática de Congo, Burundi, Ruanda e Somália. A escolha destes justifica-se pelo facto de representarem os países com maior número de refugiados no Centro de Maratane, conforme ilustram os últimos dados avançados pelo INAR, 2019.

Como critérios de inclusão para os profissionais de saúde, considerou-se todos os profissionais afetos ao Posto de Saúde de Maratane, que no dia e local da administração do questionário tinham disponibilidade e que aceitaram voluntariamente responder e participar da pesquisa.

E, por fim, fizeram parte desta pesquisa, os técnicos do ACNUR/INAR com experiência de trabalho com os refugiados e estiveram disponíveis em participar da pesquisa.

3.5.2 Critérios de Exclusão

- Não fizeram parte da pesquisa, os refugiados que não são provenientes dos seguintes países: República Democrática de Congo, Burundi, Ruanda e Somália;
- Refugiados menores de 18 anos de idade;
- Refugiados com menos de cinco anos a residir no Centro de Maratane;
- Informantes que demonstram indisponibilidade em participar da pesquisa.

Relativamente aos profissionais de saúde, o estudo não considerou os que não estejam afetos ao Posto de Saúde de Maratane. E, por fim, não fizeram parte desta pesquisa, os técnicos do ACNUR/INAR que não tenham experiência de trabalho com os refugiados.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolha de dados

A pesquisa qualitativa procura entender as pessoas através de vários métodos. Estes métodos são interativos e humanísticos, havendo necessidade de conversar e ouvir as pessoas, ler documentos e registos e observar o espaço físico, roupas, ferramentas, decorações e como as pessoas executam as suas tarefas diárias (Rossman & Rallis, 2017). Para o efeito, neste estudo recorreu-se as seguintes técnicas e respetivos instrumentos de coleta de dados: pesquisa bibliográfica e documental, entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observação.

3.6.1 Pesquisa bibliográfica e documental

Estas foram circunscritas ao material bibliográfico e documental junto das principais bibliotecas moçambicanas e em algumas organizações que lidam direta ou indiretamente com os refugiados africanos em Moçambique. Num segundo momento, este processo incluiu a recolha sistemática e exaustiva de materiais primários e secundários - relevantes - que ilustram, em termos estatísticos e sociais, o cenário dos refugiados em África e em Moçambique em particular.

3.6.2 Entrevistas semiestruturadas

Optou-se pelas entrevistas semiestruturadas de forma a conferir maior liberdade aos entrevistados, dando espaço para “interações bidirecionais” onde os participantes podiam consultar o pesquisador sobre algum tópico amplo, isto é, além de um mero esclarecimento

(Yin, 2016). Foi possível através das entrevistas acessar a informações sobre eventos passados, que atravessaram a vida dos refugiados, principalmente sobre os fatores ligados à sua deslocação, o seu percurso migratório e outras informações relevantes. Estas entrevistas foram individuais e em grupo.

Assim, de forma profundada, intensa e com maior duração, realizou-se conversas em busca de dados que compõem este estudo e, a partir das mesmas, foram definidos casos e situações relevantes que levaram a um maior aprofundamento por parte do pesquisador através de histórias do percurso migratório desses informantes selecionados. Evidencia-se também que as entrevistas foram dirigidas aos refugiados residentes em Maratane, a alguns técnicos de saúde que prestam as suas atividades neste Centro e aos funcionários do INAR/ACNUR, de forma a perceber a situação geral dos refugiados e prestação de apoio a este grupo social.

Reconhecendo o carácter complexo e aprofundado das entrevistas, nesta pesquisa, elas foram mais restritas, incidindo apenas sobre os percursos de vida, relatos aprofundados dos refugiados no contexto moçambicano quanto à sua saúde, evidenciando as suas relações e experiências de doença e a sua interação com os sistemas de saúde de que fazem uso ou recurso.

3.6.3 Grupos focais

A discussão do grupo focal constitui uma técnica característica das pesquisas com cunho qualitativo que, normalmente, envolve a discussão interativa de um tema específico de forma grupal. Na visão de Hennink (2014), o objetivo desta técnica é identificar uma série de perspetivas sobre um tópico de pesquisa e obter uma compreensão dos problemas a partir da visão dos próprios participantes. Sendo, portanto, que o ambiente do grupo permite que uma ampla variedade de *insights* sobre as questões de pesquisa seja reunida em uma única sessão, durante um período de 60 a 90 minutos.



Foto 5: Grupo focal.

Fonte: (Muianga, 18/02/ 2019).

O grupo focal foi constituído por 12 integrantes entre membros do Gabinete do Comité Representativo dos Refugiados do Campo de Maratane. A escolha deste grupo prende-se por apresentar características em comum, ou seja, todos estavam na condição de refugiados e residentes no Campo de Maratane há mais de 5 anos e vivenciam o dia-a-dia dos refugiados deste Centro, por um lado. Por outro lado, os informantes que constituem o grupo focal revelam a diversidade étnica e cultural dos refugiados, uma vez que cada membro é delegado da sua etnia ou país de proveniência. Pois, eles representam os refugiados originários de Burundi, República Democrática de Congo, Ruanda e Somália.

O contato com os participantes iniciou com um “bate-papo” informal, de forma a criar um *Rapport Building* (Tolley *et al.* 2016), isto é, um envolvimento natural como forma de preparar um cenário para um ambiente descontraído. À medida que os participantes entravam para a entrevista, coletou-se e anotou-se os dados sociodemográficos de cada um, individualmente, e de forma particular, como sugerem (Tolley *et al.* 2016). Paralelamente, foi-se organizando as cadeiras para acomodar os entrevistados. Posteriormente, pediu-se permissão para gravar o

áudio da conversa, sendo que o gravador foi colocado num lugar onde facilmente captaria a discussão, sem distrair os participantes.

A conversa iniciou com uma nota de boas-vindas ao grupo, por parte do pesquisador principal, o anotador (assistente de pesquisa) e o guia de pesquisa. Após a apresentação, explicou-se, de forma resumida, os principais objetivos da pesquisa. Para salvaguardar-se as questões éticas, procurou-se obedecer ao “princípio” de “autodeterminação”, sugerido por Hennink (2014:46), que refere ao “direito dos participantes de determinar se desejam participar do estudo e ao direito de recusar a participação sem consequências negativas.”

Para o efeito, usou-se o “consentimento informado”, no qual os participantes do grupo focal receberam informações suficientes, relevantes e precisas sobre o estudo, em um formato compreensível para puderem tomar uma decisão informada sobre a participação ou não de uma discussão em grupo e garantir uma participação voluntária. Por fim, aquietou-se os participantes que no relatório escrito omitir-se-ia os seus nomes e que as gravações em nenhum momento seriam compartilhadas fora da equipe de pesquisa.

O recurso a esta técnica permitiu a troca de experiências e de vivências dos refugiados, priorizando debates e reflexões em grupo, confrontando perspectivas, emoções, sentimentos e situações concretas vivenciadas no que tange à saúde no Centro de refugiados de Maratane.

Por fim, é de frisar que se está ciente das limitações desta técnica, da sua capacidade de generalização dos resultados para toda a população, principalmente por causa do pequeno número de pessoas que participam e da probabilidade de que os participantes não constituem uma amostra representativa (Oliveira *et al.* 2017). Além disso, como a coleta de dados é feita através de discussão e debate em grupo, existe um grande risco de haver influência nas contribuições de participantes individuais.

Conforme adverte Hennink (2014), as discussões em grupos focais podem não representar completamente a perspectiva de participantes individuais da mesma maneira que em uma entrevista individual. O autor salienta ainda que não é recomendável o recurso a discussão dos grupos focais, quando o objetivo é coletar experiências pessoais dos participantes. Como refere Hennink (2014:26), “It is inappropriate to ask focus group participants to share personal experiences in a group setting, because of the lack of confidentiality.”

Não obstante as limitações da técnica, o grupo focal tem ampla capacidade interativa e problematizadora, sendo uma estratégia de sensibilização dos participantes para que operem criticamente na transformação da realidade de saúde (Manica *et al.* 2012). Ademais, a metodologia do grupo focal tornou-se amplamente utilizada em várias disciplinas, particularmente nas ciências sociais e da saúde, como evidenciado pelo crescente número de artigos científicos e livros sobre o método (Hennink, 2014).

3.6.4 Observação direta

“Observing” can be an invaluable way of collecting data because what you see with your own eyes and perceive with your own senses is not filtered by what others might have reported to you or what the author of some document might have seen. In this way, your observations are a form of primary data, to be highly cherished” (Yin, 2017:150).

A observação é uma técnica que o pesquisador utiliza para ver e ouvir o que está a ocorrer naturalmente no local da pesquisa. É a base da pesquisa qualitativa, uma estratégia essencial de coleta de dados para estudos etnográficos. Ao observar o comportamento natural durante muitas horas ou dias, o pesquisador espera obter uma compreensão rica do fenómeno que está sendo estudado. “Esta técnica facilita uma compreensão profunda do contexto e do comportamento dos participantes, o que permite a coleta de um conjunto mais completo de dados para refletir a importância do efeito do contexto” (McMillan & Schumacher, 2014:376).

Para os efeitos desta pesquisa, recorreu-se à observação direta. Permaneceu-se à margem, observando pessoas, rotinas e eventos da maneira mais discreta possível. Observou-se sem, portanto, participar ou obter dados ativamente dos participantes da pesquisa (Tolley *et al.* 2016). Através deste método foi possível verificar-se o contexto social e o quotidiano do Centro de Maratane, as suas vivências práticas, o fluxo das atividades, as infraestruturas que compõem o Centro, e sobretudo as pistas não-verbais.

De modo mais específico, a observação no terreno incidiu sobre os serviços de saúde alocados e prestados no Centro aos refugiados no dia-a-dia. Tomou-se parte da rotina e da vida do posto de saúde, a sua estrutura, o funcionamento, o atendimento, a interação entre o pessoal de saúde e os utentes/refugiados, as dificuldades, as barreiras e as suas formas de superação e/ou mitigação.

3.7 Questões éticas de pesquisa

“Research invariably influences and affects other people, and therefore, taking account of ethical considerations is imperative, including issues of permission, confidentiality, participation, researcher relationship, and transparency” (Tracy, 2020:87).

A “ética na pesquisa” constitui um dos tópicos basilares no campo da metodologia, porque, de forma geral, trata de explicar qual é a postura do pesquisador perante a realidade a estudar. E no jargão positivista, concordar-se-ia com os que afirmam que as questões éticas na pesquisa são o semáforo no encontro entre “Sujeito-Objeto” (Fleischer & Schuch, 2010; Goldman *apud* Gonçalves, 2004).

No campo da pesquisa em saúde, as normas éticas, cuja observância passou a ser de competência dos comitês de ética, tradicionalmente preveem o respeito à intimidade, a descrição das medidas de proteção da confidencialidade e a garantia do sigilo que assegure a privacidade, no elenco das diretamente relacionadas à pesquisa com seres humanos. Ou seja, a obrigação de manter o sigilo representa mais uma questão de proteção da intimidade, implicando que a informação que já foi repartida com os pesquisadores não seja transmitida a outras pessoas (Dallari, 2008).

Neste contexto, a pesquisa observou e garantiu a confidencialidade e sigilo em relação à identidade dos entrevistados, assim como garantiu que a informação recolhida não será utilizada por terceiras pessoas. Por conseguinte, para gravar os áudios e tirar imagens durante o trabalho de campo, foi solicitado o “consentimento informado”¹² a todos os participantes que aceitaram fazer parte desta pesquisa.

Este procedimento permitiu que os sujeitos de pesquisa, os convidados a participar do estudo, compreendessem os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, visando permitir uma decisão autónoma, manifestando, desta forma, respeito às pessoas envolvidas na pesquisa (Goldim *et al.* 2003).

¹² É de realçar que a informação foi recolhida através de “consentimento livre e esclarecido”, redigido apenas em língua portuguesa.

Assim, toda a informação recolhida foi gerida pelo pesquisador principal, sendo, portanto, que todas as gravações/ áudios/fotos foram guardados num dispositivo (computador pessoal, disco duro externo, com as devidas codificações através de palavras-chave). As gravações estão codificadas e armazenadas em pastas. Paralelamente, os questionários, o consentimento informado e todos os documentos escritos estão guardados em cacifes, com chaves particulares e o acesso foi restrito aos demais. É de destacar que os dados recolhidos foram utilizados apenas pelo pesquisador principal.

Relativamente ao tempo e duração da conservação dos dados, importa referir que a informação foi analisada e utilizada apenas durante o processo de recolha e análise dos dados. Após a utilização da informação, isto é, depois da defesa pública da tese, os áudios serão devidamente “apagados” e os documentos físicos serão destruídos com recurso à uma máquina trituradora.

3.7.1 Riscos para os participantes e Minimização dos riscos

A partir das narrativas históricas, os refugiados relataram episódios que interferiram nas suas emoções, que não poderiam ter recordado, se não tivessem sido feitas algumas perguntas. Neste sentido, durante a realização das entrevistas, alguns refugiados principalmente do sexo feminino se lembraram do seu contexto de origem, de alguns episódios de guerra, as perdas humanas e materiais, torturas, violação sexual, etc., que sofreram, em geral, durante a guerra.

Realça-se também que a pesquisa envolveu riscos relacionados com a “perda de tempo” durante a realização das entrevistas. Esta situação influenciou negativamente nos feitos quotidianos/profissionais dos refugiados, porque perderam algum valor económico, em virtude da sua participação na pesquisa em detrimento das suas atividades diárias.

Em casos das histórias ligadas ao contexto de guerra, como forma de minimizar os potenciais riscos, os respondentes gozaram da liberdade de não narrar, necessariamente, o que se passou durante o período de conflito nas suas zonas de origem. Eles tiveram o direito de não mencionar todos elementos do passado que direta ou indiretamente poderiam trazer algum desconforto. Assim, os informantes apenas podiam relatar o seu percurso de vida, em diferentes momentos, sempre que julgarem conveniente.

Em relação à minimização dos riscos de natureza económica e perda de tempo, os entrevistados tiveram a liberdade de aceitar ou não a concessão da entrevista durante a

realização das suas atividades económicas ou profissionais. No entanto, ao aceitarem a realização da entrevista durante a execução das suas atividades profissionais, estavam livres para interromper a entrevista, sempre que acharem oportuno.

O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) da República de Moçambique, um órgão criado para avaliação de aspetos éticos de propostas de investigação que envolvem seres humanos em projetos. Desta forma, o protocolo ficou aprovado com o número CIBSFM&HCM/021/2019.

3.8 Validade e confiabilidade dos resultados

A validade e confiabilidade são aspetos-chave de qualquer tipo de pesquisa. No caso da pesquisa qualitativa, este processo significa “adequação” das ferramentas, dados, processos ou ainda o grau de congruência entre as explicações dos fenómenos e realidade social. Ou seja, se a escolha da metodologia é apropriada para responder à pergunta de pesquisa, se o *design* é válido para a metodologia, se a amostragem e a análise de dados são apropriadas e, finalmente, se os resultados e conclusões são válidos para a amostra e contexto da pesquisa (Brink, 1993; McMillan & Schumacher, 2014; Leung, 2015).

Como adverte Brink (1993:35), “This is particulaary vital in qualitative work, where the researcher’s subjectivity can so readily cloud the interpretation of the data, and where research findings are often questioned or viewed with scepticism by the scientific community.” Por conseguinte, neste estudo, para evitar os riscos de carga de subjetividade, a validação dos dados observou os seguintes critérios:

3.9 A triangulação

A triangulação consiste na inter-relação entre as informações obtidas dos dados que foram coletados de diferentes fontes para gerar diferentes perceções e aumentando a compreensão do estudo, melhorando, assim, a confiabilidade e credibilidade dos resultados (Jr *et al.* 2019; McMillan & Schumacher, 2014). Deste modo, como forma de reduzir as inconsistências de dados, a presente pesquisa recorreu a uma teia de técnicas entrelaçadas, ou melhor, de diferentes fontes e técnicas de recolha de dados que são: as entrevistas, a observação, os

grupos focais, as fotografias, os mapas, os documentos oficiais, relativos ao fenómeno em análise. Além destes aspetos, a pesquisa selecionou um grupo heterógeno de informantes, considerando critérios como país de proveniência, grupo étnico, idade, tempo de estadia no Centro de Maratane, como forma de conferir maior validade aos resultados do estudo.

3.10 A Construção do *Corpus* de Pesquisa

Na visão de Júnior, Leão & Mello (2011), a construção do *corpus* é critério tanto de confiabilidade quanto de validade. De acordo com estes autores, é o equivalente funcional à amostra representativa e ao tamanho da amostra, mas com o objetivo distinto de maximizar a variedade de representações desconhecidas. Nesta pesquisa, a definição da amostra final foi suportada pela evidência de “saturação teórica”, das respostas das entrevistas que foram direcionadas sobretudo aos refugiados, conforme descrito no subcapítulo sobre a seleção da amostra.

3.11 Idioma do participante

No processo de recolha de dados, as entrevistas são formuladas considerando a linguagem do informante, como sugerem McMillan & Schumacher (2014). Desta forma, os pesquisadores tiveram a sensibilidade de escolher “tradutores culturais” para garantir que os informantes estejam muito claros sobre as perguntas colocadas, garantindo, assim, a confiabilidade dos dados.

3.12 Pesquisadores múltiplos

O processo de recolha de envolveu vários pesquisadores, como um método para conferir maior credibilidade e validade dos resultados (McMillan & Schumacher, 2014, Paiva *et al.* 2011). Para efeito deste estudo, recorreu-se a uma equipe composta por dois assistentes de campo (uma estudante finalista do curso de Licenciatura em Sociologia e um médico generalista), como ilustra a primeira imagem a baixo.



Foto 6: Pesquisador principal e os assistentes de pesquisa.

Fonte: (Muianga, 14/02/2019).

Além destes, contou-se com três tradutores/guias de campo que nos foram facultados pela administração local. Antes do processo de recolha de dados, a equipa teve um treinamento com o objetivo de se familiarizar com os propósitos da pesquisa e com os instrumentos de recolha de dados.

No terreno, cada assistente de pesquisa foi responsável por um local de pesquisa, embora como pesquisador principal tenha percorrido em todas as zonas abrangidas pelo estudo. Houve também vários encontros para discutir o exercício do processo de recolha de dados, sobretudo de partilha das dificuldades/constrangimentos e estratégias emergentes durante a realização das entrevistas.

3.13 Clareza sobre a natureza da pesquisa

Relativamente a este critério, é de evidenciar que todos os informantes tiveram uma nota de esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, os seus objetivos e sobre as razões da nossa presença no campo, construindo, desta forma, o primeiro relacionamento de confiança com os sujeitos da pesquisa, como sugere Brink (1993).

3.14 O Feedback dos Informantes

O feedback dos informantes é mais um critério de validade e corresponde à apresentação prévia dos resultados da pesquisa (as primeiras análises feitas pelo pesquisador) aos seus

informantes para a confrontação e obtenção de sua concordância ou consentimento, sendo chamado de critério de validação comunicativa dos participantes (Paiva *et al.* 2011). No caso deste critério, sempre que foi necessário, confrontar-se estas análises com alguns depoimentos dos nossos entrevistados, entre os quais os refugiados, o pessoal da saúde, os guias/tradutores, o administrador local e outros elementos que participaram da pesquisa.

3.15 Técnica de análise de dados

A análise de conteúdo é uma técnica ou metodologia de interpretação para fazer inferências replicáveis e válidas de textos para os contextos de seu uso (Bardin, 2006; Krippendorff, 2004). Como técnica de pesquisa, a análise de conteúdo fornece novos *insights*, aumenta a compreensão do pesquisador de fenômenos específicos ou informa ações práticas (Krippendorff, 2004:18). A análise de conteúdo aborda não apenas o conteúdo manifesto (explícito), mas também o conteúdo latente (explícito) (Mayring, 2000). Como técnica, a análise de conteúdo envolve procedimentos especializados.

Para o efeito, na presente pesquisa, optamos pelas fases sugeridas por Bardin (2006), nomeadamente: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados. Assim, a pré-análise consistiu na organização e sistematização dos dados colhidos no campo. Na segunda etapa, procedemos a exploração do material com a definição de categorias, codificação e a identificação das unidades de registro e posteriormente a descrição analítica do material coletado. Por fim, seguimos com o tratamento e interpretação dos resultados da pesquisa orientado pela hipótese e quadro teórico.

CAPÍTULO IV
ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1 NO RASTO DOS REFUGIADOS DE ÁFRICA PARA MOÇAMBIQUE – PERCURSOS, PERFIS E MOTIVAÇÕES

O presente subcapítulo apresenta, num primeiro momento, o contexto dos países africanos de proveniência de refugiados para Moçambique, designadamente: Ruanda, Burundi, República Democrática do Congo (RDC) e Somália. Posteriormente, apontam-se as características sociais e demográficas dos refugiados, residentes no Centro de Maratane e, por fim, as motivações subjacentes ao processo migratório em direção a Moçambique.

4.1.1 O contexto dos países africanos de proveniência de refugiados para Moçambique

Atualmente, África abriga pelo menos 20,3 milhões de pessoas deslocadas à força - compostas por 6,3 milhões de refugiados e 14 milhões de pessoas deslocadas internamente (Abebe, 2019). Estes deslocamentos forçados foram impulsionados em grande parte pelas guerras e conflitos étnicos tribais que se vão alastrando no velho continente.

Os anos 90 foram uma década, particularmente, violenta na história da África Central, sobretudo na região dos Grandes Lagos, onde as tensões étnicas e políticas do Ruanda, República Centro-Africana Burundi e da República Democrática do Congo (RDC), através da Bacia do Lago Chade (devido a Boko Haram), Etiópia (rivalidade interétnica), Somália e Quênia (devido a al-Shabaab), Sudão do Sul e Sudão, foram traduzidas em assassinatos em massa, guerras civis e genocídios, que geraram, ao longo das últimas quatro décadas, milhões de refugiados e deslocados (Schiefer & Almeida, 2010; Bundervoet, 2007; Abebe, 2019).

Estas populações em fuga procuram abrigo nos países vizinhos, aglomerando-se em campos ao longo das zonas fronteiriças. Assim, a Tanzânia, o Uganda e a RDC abrigam, historicamente, um grande número de refugiados. Em 2008, estes países acolheram mais de um terço dos refugiados e deslocados do continente, num total de 3,5 milhões (Schiefer & Almeida, 2010). Neste contexto, nos últimos anos Moçambique tem acolhido um número significativo de refugiados. Até 2019, o país recebeu cerca de 32. 594 refugiados provenientes de diferentes países africanos (INAR, 2020). Os dados que se seguem são inerentes aos países de proveniência dos refugiados que foram o objeto desta pesquisa:

4.1.2 Ruanda

Olhando para o caso do Ruanda, as razões que explicam os movimentos migratórios estão ligadas ao conflito que resultou num genocídio neste país, onde houve um dos maiores massacres testemunhados na história mundial, tendo resultado na morte de cerca de 800 000 pessoas em 10 dias apenas. Nesta guerra, a maioria *hutu* decidiu atacar aos *tutsis* como forma de manifestar a sua insatisfação para com as políticas governamentais que passavam ao largo de seus interesses, gerando, desta forma, um clima de insegurança. Com efeito, em 1994, a população ruandesa, cerca de 3.4 milhões, foi obrigada a abandonar o país e albergar-se nos territórios vizinhos. Mais de um milhão de ruandeses cruzaram a fronteira para o Congo. Nesta fuga, havia uma parte de ruandeses que estiveram envolvidos nesse genocídio (World Bank Group, 2015; Whitaker, 2003).

Os refugiados em subterfúgio eram predominantemente *hutus* que fugiam do avanço da Frente Patriótica Ruanda liderada por *tutsis* (RPF), que assumiu o poder em Kigali em 19 de julho de 1994. Este fluxo maciço de refugiados levou a uma crise humanitária, com surtos de cólera e disenteria que temporariamente se tornaram o foco da atenção internacional (Whitaker, 2003). As fotografias que se seguem mostram o deslocamento das populações de Ruanda para Zaire: a primeira foto, à direita, ilustra um grupo de refugiados ruandeses em fila para a distribuição de água em 1994, perto do acampamento de Kibumba, em Goma, no antigo Zaire. E a segunda, elucida a chega de refugiados ruandeses na aldeia de Kisesa, na região de Kisangani, no antigo Zaire, em 1997 (Salgado, Tomasi & Salle, 2019).



Imagem 3: Refugiados Ruandeses, 1994. Fonte: (Salgado, Tomasi & Salle, 2019).

Face a esta situação, no início de 1995, havia cerca de 600.000 refugiados ruandeses, vivendo no oeste da Tanzânia e assentados em campos de refugiados ao longo da fronteira. Mais recentemente, a situação política instável e as tensões eleitorais em 2015 levaram a protestos violentos que afetaram, gravemente, a economia e deixaram as pessoas mais vulneráveis e em uma situação ainda pior do que antes (Oxfam, 2020).

4.1.3 Burundi

O Burundi é um país marcado pela violência cíclica em vários níveis da sociedade. Os surtos de violência comunitária remontam à luta pela independência na década de 1960, especificamente em 1965, três anos após a independência da administração colonial belga, quando um grupo de oficiais *hutus* tentou, sem sucesso, tomar o poder e derrubar a monarquia. Este golpe fracassado levou a um expurgo dos *hutus* do exército e do governo e marcou o início da exclusão política da maioria *hutu* pela minoria tutsi. O poder tornou-se o único monopólio dos tutsis, que efetivamente tomaram o poder em 1966 e proclamaram a Primeira República, chefiada pelo capitão Micombero (UNICEF, 2014; Bundervoet, 2007).

A revolta de 1972 dos rebeldes étnicos *hutus* da vizinha RDC, seguida por uma resposta violenta do governo predominantemente tutsi, foi um evento importante na história do país. O conflito deixou cerca de 300.000 burundeses mortos e criou cerca de 1,2 milhões de deslocados. O conflito, etnicamente, intensificou-se ao longo das décadas, até em 1993, após uma campanha eleitoral contenciosa, o primeiro presidente *hutu* de todos os tempos foi eleito. Três meses depois, o exército realizou um golpe, matando o presidente (Marc, 2013). Este acontecimento iria marcar o início da guerra civil que durou até 2005, considerada a mais severa da história do Burundi, tanto em termos de vidas humanas quanto de destruição socioeconômica (Bundervoet, 2007).

A situação veio a agravar-se com o conflito de 2015, onde o Burundi está em um estado de violência política que levou a cerca de 1.200 mortes. A economia foi fortemente afetada, com uma contração de 4% em 2015 e de 1% em 2016. As projeções no médio prazo são sombrias (Nkurunziza, 2018). O denominador comum desses conflitos era a politização de divisões entre os grupos étnicos *hutus e tutsis* (Gebremichael, *et al.* 2018).

Em relação à tensão política, as instituições-chave como os sistemas militar, judiciário e educacional, eram dominados por grupos étnicos e regionais que empregam a violência e o

patrimonialismo para ganhar poder e controle. Portanto, a política é vista como uma estratégia de acesso aos recursos e para melhorar os meios de subsistência por parte da elite local Marc (2013). Ou seja, o controle do poder político por um pequeno grupo tem uma forte motivação económica: o controlo do *rents to sovereignty* (Nkurunziza, 2017). Na visão deste autor, em um país em que o setor privado é rudimentar, a maioria dos aluguéis concentra-se no setor público, onde são extraídos por práticas corruptas, incluindo a concessão de contratos públicos.

Por conseguinte, a cultura política favoreceu repetidamente a repressão e a violência, para consolidar e legitimar o poder. Uma cultura de violência espalhou-se em vários níveis da sociedade para abranger a violência de género, a violência contra crianças e a violência política e comunitária. A extensão e natureza da violência dirigida pela comunidade para resolver disputas é o que distingue o Burundi de outros contextos recentes de guerra civil e pós-guerra em África (UNICEF, 2014).

Embora os fatores económicos para os deslocamentos forçados sejam vistos frequentemente em oposição a fatores políticos, na pesquisa realizada por Hovil & Bueno (2016) ficou evidente que no contexto do Burundi, a pobreza teria direta/indiretamente motivado a fuga das populações. Ora vejamos, neste país, a maioria da população, cerca de 65%, vive abaixo da linha da pobreza (Gebremichael, *et al.* 2018). As pressões populacionais sobre a terra, a fertilidade do solo em declínio e as oportunidades limitadas de emprego não agrícola contribuem para “baixos horizontes” para a juventude do Burundi.

É neste contexto que a escassez da terra é tida como um dos mais importantes fatores de conflito no Burundi. As consequências da escassez de terras incluem conflito, violência, migração ilegal. Paralelamente, a escassez e o esgotamento de terras também agravam a pobreza, o que impede que crianças de ambos os sexos frequentem a escola (UNICEF, 2014).

Assim, face a esta diversidade de fatores, em 2015, mais de 315.000 burundeses fugiram do país e outros 100.000 deslocados internamente. O deslocamento foi também impulsionado tanto pelas tensões diretas entre o governo e a oposição, mas também por preocupações políticas, sociais, económicas e culturais mais amplas (Hovil & Bueno, 2016).

Estima-se que, até o final de abril de 2017, dois anos após o início do conflito em 2015, mais de 420.600 refugiados burundeses fugiram para a República Democrática do Congo (RDC),

Uganda e Tanzânia (Gebremichael, *et al.* 2018). Somente Tanzânia abrigava mais de meio milhão de refugiados do Burundi no auge da crise. Outros países que hospedaram um grande número de refugiados do Burundi em algum momento do conflito incluem Ruanda - particularmente em relação aos conflitos de 1972 e 2015 - e a República Democrática do Congo (RDC, entre outros países da região (Nkurunziza, 2018).

4.1.4 República Democrática do Congo

A República Democrática do Congo vive uma situação de instabilidade política, econômica e social nas últimas décadas, o que faz com que o Estado seja incapaz de gerir a situação de crise e vulnerabilidade que se vem assistindo neste país. Como escreve Silva (2012), a RDC experimentou uma realidade conflituosa desde a sua independência (30 de junho de 1960). Foram três guerras principais (Crise do Congo, 1960-1965; a Primeira Guerra do Congo, 1996-1997; e Segunda Guerra do Congo, 1998-2003), a conhecida como a “Guerra Mundial Africana”, o conflito com o maior número de mortes desde a Segunda Guerra Mundial (Silva & Diallo, 2013).

“El conflicto armado que sufre la RDC en la actualidad ha causado más de cinco millones de víctimas mortales desde 1998, en lo que se ha llegado a llamar la primera guerra mundial africana por la implicación de varios países de la región, principalmente Angola y Zimbabue por el lado de Kinshasa (aunque también, en menor medida, Namibia, Sudán, Chad y Libia) y Ruanda y Uganda del lado opuesto, junto a la rebelión, además de Burundi, así como en menor medida la República Centro africana y Sud África” (Royo, 2013:4).

Neste conflito, assistiu-se a uma onda de violações de direitos humanos, crimes de guerra e crimes contra a humanidade, entre os quais se destaca o uso sistemático da violência sexual como arma de guerra, que levou o país a ser chamado de capital mundial da violência sexual (Royo, 2013). Estas guerras deixaram a RDC numa situação de deterioração generalizada sem precedentes.

Ultimamente, os conflitos em curso na RDC causaram e continuam a causar deslocamento interno e externo das populações. Em 2017, por exemplo, cerca de 100.000 congolezes fugiram para países vizinhos como refugiados, devido a atividades generalizadas da milícia, inquietação e violência, juntando-se aos 585.000 já no exílio (ACNUR, 2020). Como relata um dos entrevistados:

A guerra do Congo não é uma guerra política, é uma guerra que posso chamar de guerra económica, pessoas que estão a lutar por causa da riqueza natural que existe em Bembe. Os Rebeldes são financiados não sei por quem. Mas eles criam esses grupos para poder ocupar e explorar essas zonas que têm minerais, ouro, etc. Então, para dominar aquela zona e explorar aquela riqueza tem que expulsar os nativos, tem que criar insegurança, e provocar o abandono daqueles locais por parte dos nativos (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

As condições de segurança na RDC, especialmente nas partes leste e central, continuaram a piorar desde o início de 2018. Por esse motivo, a população de refugiados congolese está agora entre as dez maiores do mundo. Quase 55% são crianças, muitas atravessam fronteiras desacompanhadas ou separadas. Os campos e locais existentes em muitos países de asilo estão saturados, e os serviços básicos disponíveis são ampliados até o limite (ACNUR, 2020).

4.1.5 Somália

Em relação à Somália, o contexto de turbulência política, social e económica ao longo das últimas décadas, concorre para a existência de sucessivas crises ao ponto de ter sido considerado um “Estado falhado”. Como defende Rotberg (2002), os Estados falhados são tensos, profundamente conflitantes, perigosos e amargamente contestados por fações em guerra. As autoridades oficiais em um Estado falhado, às vezes, enfrentam duas ou mais insurgências, variedades de distúrbios civis, diferentes graus de descontentamento comunitário e uma infinidade de dissidentes direcionados ao estado e a grupos dentro do estado. As guerras civis que têm origem ou têm raízes em etnias, religiosas, linguísticas ou outras inimizades intercomunitárias, são também características deste tipo estados.

A situação da Somália não foge muito do cenário acima descrito, uma vez que com a deposição do governo de Siad Barre, que governou de 1969 a 1991, o Estado e as suas instituições tradicionais praticamente desapareceram, deixando o seu território fragmentado e governado por clãs, o que faz daquele país uma região insegura (Filho, 2011).

Ademais, o legado colonial, a competição por recursos e poder, a disponibilidade de armas, a repressão militar, o grande número de jovens desempregados, o uso indevido da identidade do clã, imposição de impostos ilegais e campanhas de recrutamento forçado de crianças, algumas características da cultura somaliana que recompensam o uso da violência, inclusive emergência de movimentos fundamentalistas, contribuíram significativamente como “causas

contribuintes” para a formação e escalada do conflito neste país (Elmi & Barise, 2006; Filho, 2011; Humanitarian Country Team & Partners, 2018).

Este cenário propiciou um ambiente de insegurança e incerteza que despoletou migrações forçadas, principalmente a partir dos anos 90. Como escreveu a OIM (2014), os anos sucessivos de crise política, a guerra baseada no clã e o subdesenvolvimento afetaram os padrões regulares e irregulares de migração do país e forçaram o deslocamento de mais de um milhão de pessoas através das fronteiras e outras 1,1 milhão de pessoas internamente.

Este quadro veio a agravar-se com a seca e fome que afetou a Somália em 2011, o que provocou uma vaga de “migrações ambientais” (Achour & Lacan, 2011; OIM, 2014). Mais recentemente, as chuvas acima da média em 2018 resultaram em inundações repentinas e fluviais, principalmente nas regiões sul e central da Somália, afetando 830.000 e deslocando temporariamente 290.000 pessoas. Além disso, em maio de 2018, o ciclone Sagar atingiu a região de Awdal, na Somália, afetando toda a costa norte, atingindo comunidades que já estavam vulneráveis devido à seca prolongada (Humanitarian Country Team & partners, 2018).

Como se pode depreender, é uma complexidade de fatores que impulsiona e continua a impactar os movimentos migratórios na Somália. Isto é, o impacto de quase duas décadas e meia de conflito armado na Somália, agravado pela seca e outros riscos naturais, resultou em mais de 870.000 somalis registrados como refugiados no Corno de África e no Iêmen, enquanto cerca de 2,1 milhões de homens, mulheres e crianças estão deslocados dentro do próprio país (ACNUR, 2018).



Imagem 4: Refugiados Somales. Campo de refugiados de Daynile. Fonte: (Warsameh, 2019).

4.1.6 Características sociais e demográficas dos refugiados

Os dados inerentes às características sociais e demográficas dos entrevistados foram distribuídos, considerando as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, religião, nível de escolaridade, ocupação, número do agregado familiar, zona de residência e idioma.

4.1.6.1 Idade e Sexo

Os dados apresentados na tabela que se segue mostram que o grupo etário mais frequente entre os entrevistados tem idades que variam entre 23 aos 33 anos de idade, seguindo-se da faixa etária, entre os 36 aos 45 anos.

Características	Faixa Etária	Número
Idade	23-35	18
	36-45	13
	46-55	6
	55-65	2
	66-76	1
	Total	40
Sexo	Masculino	20
	Feminino	20
	Total	40

Tabela 4: Perfil dos refugiados de acordo com a idade e sexo

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Assim, os dados sugerem que parte considerável dos refugiados é uma população jovem, ainda na fase ativa. Este facto é elucidativo da realidade demográfica africana em que a maioria da população migrante é jovem. E, realmente, as migrações africanas contemporâneas são compostas, principalmente, por jovens. Estima-se que 60,0% dos migrantes africanos irregulares tenham menos de 35 anos de idade. Além disso, 27,5% de todos os migrantes abrigados em África, a maioria originária do continente, têm entre 15 e 29 anos (Relatório do Fórum de Ibrahim, 2019).

Este cenário é decorrente, dado que África tem uma estrutura etária jovem, com cerca 60,0% da população com menos de 25 anos e quase um quinto (19%) na faixa etária de 15 a 24 anos. Por outras palavras, mais de 40% da população tem menos de 15 anos e 20% tem entre 15 e 24 anos, sendo que a média de idade é de cerca de 19.7 (NU, 2016; William, 2012; Relatório do fórum de Ibrahim, 2019).

Em relação à variável sexo, o estudo observou questões de “equilíbrio de género” na seleção dos sujeitos de pesquisa, considerando, portanto, 20 entrevistados do sexo masculino e 20 do sexo feminino. É de salientar que para cada nacionalidade (das quatro sujeitas a pesquisa), escolheu-se 10, sendo 5 do sexo masculino e 5 do sexo feminino.

4.1.6.2 Estado civil e religião

Características		Número	
Estado civil	Casado (Civil)	10	
	Casado (Tradicional)	12	
	Solteiro	6	
	Viúvo/viúva	2	
	Divorciado	4	
	Total	40	
Religião	Cristã	Católica	15
		Adventista	1
		Pentecostal	4
		Testemunha de Jeová	2
		Anglicana	1
		Apostólica	2
		Outras confissões Evangélicos	12
	Muçulmana	Muçulmana	3
	Total	40	

Tabela 5: Perfil dos refugiados de acordo com o estado civil e religião

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Quanto ao estado civil, os dados acima indicam que os entrevistados são maioritariamente casados (n=22), sendo (n=12) casados tradicionalmente e (n=10) casados oficialmente (civil). (n=06) dos refugiados são solteiros, (n=2) são viúvos e os divorciados são (n=4). Importa referir que a maioria dos refugiados, que se encontra na situação de “casado,” contraiu o matrimónio no seu país de origem, isto é, antes de se refugiar em Moçambique.

Ademais, dos 40 informantes apenas (n=3) professam a religião islâmica (muçulmana) e a maior parte (n=37) são cristãos entre católicos (n=15) e protestantes/evangélicos/pentecostais (n=22).

4.1.6.3 Nível de escolaridade e ocupação

Características		Número
Nível de escolaridade	Licenciatura	2
	Bacharelato	1
	Ensino secundário geral	10
	Ensino secundário base	16
	Primário	9
	Sem educação escolar	2
	Total	40
Ocupação	Intérprete	3
	Desempregado	8
	Motorista	1
	Comerciante	3
	Camponês	8
	Alfaiate	3
	Barbeiro	1
	Doméstico	12
	Aposentado	1
	Educador de infância	1
	Total	40

Table 6: Perfil dos refugiados de acordo com o nível de escolaridade.

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Em relação ao nível de escolaridade, os dados da pesquisa indicam que quase na sua totalidade 38 dos 40 refugiados entrevistados são escolarizados, sendo na sua maioria (n=16) com o nível secundário base concluído, seguindo-se (n=10) refugiados com o ensino secundário geral. Vale notar ainda que dos refugiados entrevistados (n=3) possuem o nível superior. No entanto, apesar das suas qualificações educacionais, dois dos refugiados não têm nenhum enquadramento profissional na comunidade, exceto uma entrevistada congoleza com Bacharelato em linguística, que desempenha a função de intérprete na comunidade de Maratane. Destaca-se também que dos entrevistados com o nível secundário, apenas três possuem um enquadramento profissional/formal, (n=2) trabalhando como interpretes afetos na administração do Centro e (n=) encontra-se afeto como educadora da infância na comunidade de Maratane.

Ainda em relação a ocupação profissional, a tabela sugere que a maioria dos entrevistados é doméstica (n=12), sendo na sua superioridade mulheres (n=8). A seguir, temos uma maior presença de jovens refugiados desempregados (n=8), o que é característico do cenário do desemprego vivenciado no continente africano. Os últimos dados indicam que cerca de 15,7 milhões de jovens de 15 a 24 anos, isto é, cerca de 13,4% da força de trabalho enfrenta a problemática de desemprego em África (Ibrahim Forum Report, 2019).

Simultaneamente, uma parte significativa (n=8) de refugiados tem-se dedicado a atividade agrícola, sobretudo ao cultivo de tomate, milho, mandioca, carvão vegetal, feijão, batata, etc, constituindo, desta forma, a sua maior fonte de rendimento. Uma parte dos produtos das machambas (hortas) ajuda a reforçar a dieta e a outra é vendida na cidade de Nampula, permitindo-lhes acumular algum dinheiro para se iniciarem nos negócios (Gonçalves, 2015). Em suma, os dados da pesquisa revelam que alguns refugiados se têm destacado como grandes empresários na área agrícola, comercial, imobiliária, entre outras. O depoimento a seguir confirma este cenário:

Esse senhor e aquele meu amigo ali, eles têm motobombas para puxar a água. A machamba deles utiliza cerca de 10 motobombas. A machamba deles pode começar daqui até onde inicia o campo, até aqui no Centro, é muito vasta, tem muitos trabalhadores. Além disso, ele tem tanques grandes. As motobombas enchem os tanques e eles tiram a água para a machamba. Na casa dele tem 3 carros que não

utiliza. Ele só estacionou no quintal. Ele é um jovem simples, assim, calmo, se o ver, pode desprezar. Anda sujo e a mota dele é uma sucata. Ao vê-lo na estrada você diria que não é verdade, mas ele faz dinheiro. (...) aquela senhora que fomos perguntar ali um dia, uma senhora forte. O seu marido tem possibilidades, tem dinheiro, tem carros, tem casas na cidade. Então, estas pessoas são comerciantes e têm várias moageiras. (...) neste momento, o marido dessa senhora está a construir mais uma pensão lá na cidade. Como podes ver, há pessoas que têm posses, que fazem negócios (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

De facto, como constatou a pesquisa realizada pela JAM (2006), alguns refugiados e sobretudo ruandeses passaram do cultivo de tomate para o comércio de pequeno porte para as lojas de varejo de alimentos em Nampula e alguns para empreendimentos atacadistas, com os ganhos de sua produção são considerados autossuficientes. Esta atividade informal tem trazido uma mais-valia socioeconómica para a província de Nampula, contribuindo, desta forma, para galvanizar o seu desenvolvimento (Patrício, 2015).

4.1.6.4 Agregado familiar

Características	Intervalo do nº do agregado	Número
Agregado familiar	1-5	16
	6-11	21
	12-17	2
	18-23	1
	Total	40

Tabela 7: Perfil dos refugiados de acordo com o agregado familiar.

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Relativamente ao agregado familiar, os dados apontam que a maioria das famílias é composta por 6 a 11 membros, com uma média de 6 a 8 filhos, incluindo netos, sobrinhos e primos por agregado. As razões apontadas para esta dimensão elevada têm a ver com os altos índices de fecundidade em África Subsaariana, que representam as maiores taxas de fertilidade do mundo. As altas taxas de natalidade fundamentam-se pelo enfraquecimento do compromisso com o planeamento familiar, principalmente o fraco uso de métodos contraceptivos modernos e uma deterioração da educação e do mercado de trabalho (berlin-institut (S/D); Klingholz *et al.* 2011).

Ademais, neste continente ter muitos filhos constitui a solução principal e mais eficaz de proteção social, aliando a maior dificuldade em constituir agregados independentes para os jovens e o apoio dado à família alargada no âmbito das redes migratórias (Francisco, 2010). Por isso, a família revela-se o centro da estrutura social, quer a família unida por laços de sangue, quer a família mais alargada (Bäckström, 2009).

4.1.6.5 Idioma

Características	Língua	Número
	Suaíli/ Kituba -Congo	10
	Kinyarwanda -Ruanda	10
	Somali- Somália	10
	Kirundi- Borundi	10
Total		40
	Português	09

Tabela 8: Perfil dos refugiados de acordo com idioma falado.

Fonte: Dados coletados pelo autor (2019).

Quanto às línguas faladas, os dados da pesquisa mostram que a maioria dos refugiados entrevistados não tem o domínio da língua portuguesa. Do grupo alvo, apenas (n=9) entrevistados puderam comunicar-se em português. Este dado é indicativo de que a maioria dos entrevistados desconhece a língua portuguesa, o que revela uma barreira linguística na comunicação quotidiana dos refugiados.

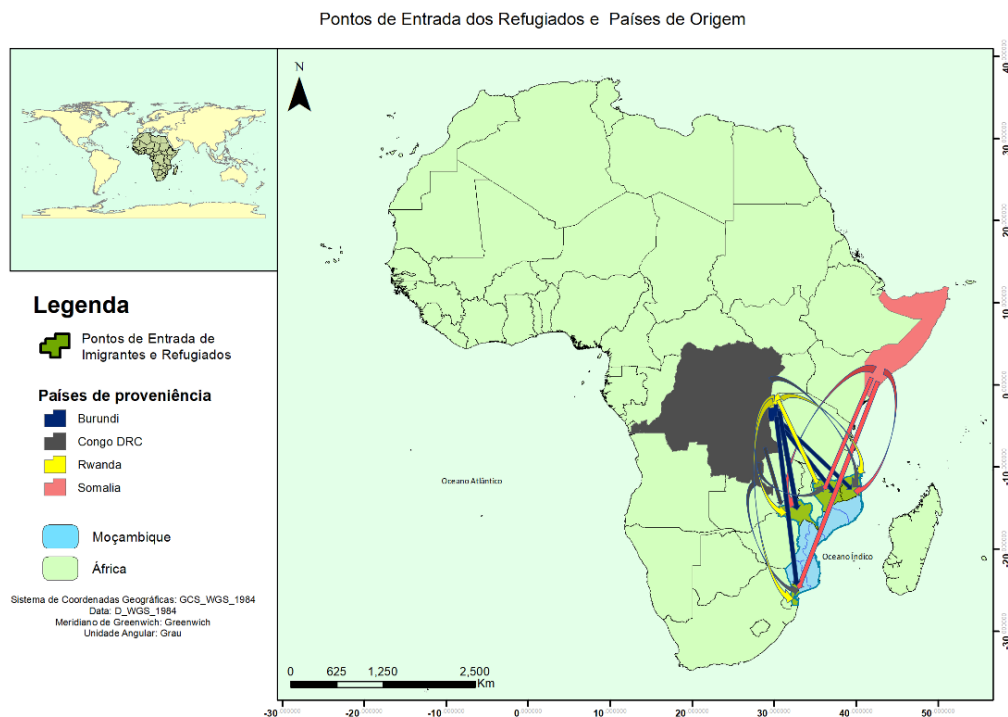
Como sugere Lima *et al.* (2017), conhecer o idioma e estar apto a se comunicar são um importante fator para a inclusão social, pois permite conhecer pessoas, solicitar informações, utilizar serviços públicos de transporte, educação, de saúde, buscar um emprego e, em última instância, a conquista da autossuficiência no país acolhedor.

No entanto, o recurso às suas línguas nativas, sobretudo *swahili*, tem sido um elemento integrador no Centro de Maratane, na medida em que a maioria dos refugiados tem domínio da língua aludida. Desta forma, torna-se perceptível que o domínio da língua constitui um dos fatores fundamentais na integração dos refugiados (Pereira, 2017; Balestro & Pereira, 2019).

Como constatou Patrício (2015), a língua constitui um elemento fundamental em qualquer processo migratório, pois permite a transmissão de pensamentos e ideias, bem como a interação dos imigrantes dentro da sociedade acolhedora. Tais barreiras têm um impacto recorrente em suas vidas, na busca por oportunidades de trabalho, de acesso à educação, à saúde e outros serviços públicos (Balestro & Pereira, 2019).

4.1.7 Motivações subjacentes ao processo migratório em direção a Moçambique

Moçambique hospeda, atualmente, cerca de 32.594 refugiados, provenientes de diversos cantos do mundo. A maioria desses refugiados encontra-se asilada no Centro de Maratane, o maior centro de concentração de refugiados do país, com cerca de 10.647 requerentes de asilo e refugiados. Neste Centro, os refugiados são, na sua maioria, provenientes da região dos Grandes Lagos, nomeadamente Burundi, República de Congo, Ruanda, Somália, etc. Sendo que os principais pontos de entrada de imigrantes e refugiados são as províncias de Cabo Delgado, Niassa, Tete e Maputo, conforme ilustra o mapa a seguir:

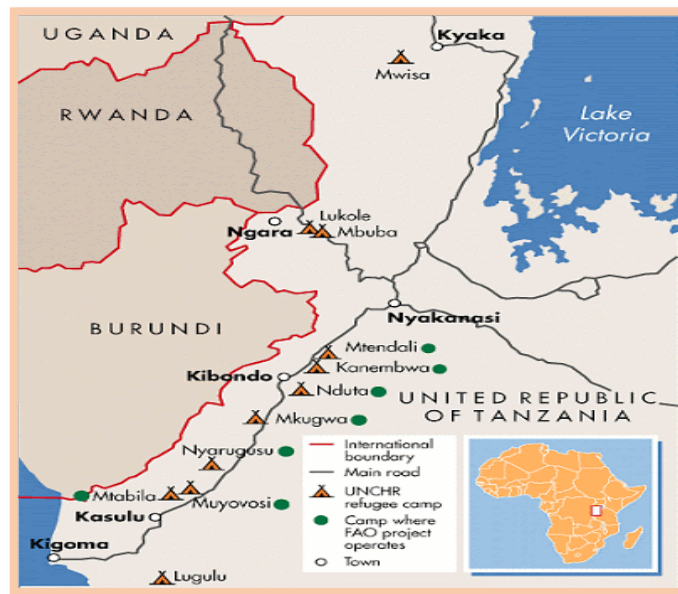


Mapa 5: Pontos de entrada dos refugiados e países de origem

Múltiplos fatores concorrem para a “fuga” dos refugiados para Moçambique: as fragilidades na gestão do controlo de entrada de imigrantes e refugiados, devido à extensão das fronteiras

terrestres, lacustres e marítima (Patrício, 2015; Patrício & Peixoto, 2018). Ademais, a localização do Oceano Índico apresenta-se como uma porta de entrada de imigrantes ilegais, pois não existe um controlo efetivo das águas que banham os países da Costa Oriental de África, mormente Tanzânia, Quênia e Somália (Wetimane, 2012).

Além destes fatores, Patrício (2015:227) revela que “as características sui generis” do Centro de Maratane, que, sendo um centro aberto, constitui um elemento distintivo que não se encontra nos campos de refugiados dos países vizinhos, como Tanzânia, Quênia e Zimbábue. Nestes países, os centros de acolhimento têm se mostrado fechados, e exercem um controlo muito forte sobre os refugiados, e quando há uma infracção, por menor que seja, há possibilidade de serem repatriados para os seus países de origem, diferentemente do campo de Maratane, que é visto como *el dorado* por parte dos refugiados, devido as vantagens que oferece. Os dados da pesquisa sugerem que a maioria dos refugiados provenientes de Burundi, Congo, Ruanda segue quase o mesmo itinerário e trajetória na sua deslocação para o território moçambicano. Num primeiro momento, os refugiados deslocam-se dos seus países e tendem a fixar-se principalmente nos centros de refugiados no noroeste da República Unida da Tanzânia, particularmente nos Campos de refugiados de Nduta, Nyarugusue Mtendeli, como ilustra o mapa a seguir:



Mapa 6: Campos de refugiados na República de Tanzânia.

Fonte: (FAO, 2000).

Estes campos até 2018 receberam cerca de 330.755 refugiados e requerentes de asilo, principalmente do Burundi (245.9641) e da RDC (84.170) de 15 nacionalidades diferentes (621). Uma pequena população de refugiados de nacionalidades mistas (270) está hospedada em centros urbanos, principalmente em Dar es Salaam (ACNUR, 2020).

No entanto, as condições sociais, económicas, políticas e de segurança têm-se deteriorado, o que faz com que milhares de refugiados abandonem os campos de acolhimento. Como observa Whitaker (2003), com os massivos deslocamentos forçados, o interior rural de Tanzânia foi transformado em cidades em expansão e cidades sonolentas tornaram-se sede de operações de ajuda de alta tecnologia. Os negócios e o comércio floresceram, quando a produção agrícola, o emprego e os fluxos de capital aumentaram. Ao mesmo tempo, o crime, a degradação ambiental e a inflação causaram ressentimento entre os anfitriões da Tanzânia.

Além destes aspetos, o contexto político em Tanzânia começou a restringir o acesso ao território e ao asilo desde 2017, ao mesmo tempo. Esta medida revogou o reconhecimento *prima facie* dos requerentes de asilo provenientes de Burundi. Ademais, todos os 19 pontos de entrada e receção na fronteira para requerentes de asilo do Burundi e do Congo foram encerrados entre março de 2017 e julho de 2018 e permanecem fechados (ACNUR, 2019).

De acordo com ACNUR, neste momento o governo da Tanzânia não está a aplicar formalmente o Quadro Global de Resposta a Refugiados, que funciona como um impulso, que leva os refugiados a procurarem campos alternativos em outros países, como Moçambique em particular. O trecho a seguir é esclarecedor:

“Fugi da guerra étnica que havia no meu país. Primeiro, fugi com os meus pais de Burundi para Tanzânia, onde vivemos de 1999 a 2004, tendo voltado a Burundi em 2015. No entanto, fugi de novo quando o meu pai foi assassinado pela outra tribo, no caso os hútus. Fui viver mais uma vez em Tanzânia. Mas como Tanzânia repatriava os refugiados para os seus países e queria ficar mais longe possível do meu país, acabei por fugir para Moçambique” (E24, 37 anos, homem, Burundi).

Os dados da pesquisa sugerem que os motivos por detrás dos movimentos migratórios forçados em direção à Moçambique não se distanciam do contexto social, vivenciado principalmente região dos Grandes Lagos, marcadamente caracterizados pelos conflitos e guerras étnicas nesta região. Estes conflitos têm criado uma onda de insegurança nos países

em alusão, o que tem concorrido para a fuga das populações para os países vizinhos. Os depoimentos de alguns refugiados são bastante elucidativos:

Saí de Congo pela primeira vez como um refugiado fugitivo, inicialmente em 1997, em julho. Nesse tempo ainda tinha 13 anos de idade. Fugi com o meu tio, minha irmã, mas já faleceu, com minha mãe, mas minha mãe também faleceu durante a fuga. Ela teve um acidente no barco, aquele... pequeno, aqueles nossos barcos, durante a travessia do lago Tanganhica, chamado de lago Tanganhica, que faz a fronteira Congo, Cumbe e Tanzânia. Então, estávamos a atravessar o lago Tanganyka para Burundi e é um lago vasto, é um grande lago mesmo. Como era noite e não tínhamos lâmpada, perdemo-nos e até hoje não sei nada sobre a minha mãe, mas o motivo que nos levou a fugir do Congo foi o assassinato do meu pai. Meu pai casou com a minha mãe não sei quando. Minha mãe era burundesa, hútus que vinha de uma província Burundesa de Tega. Ela era refugiada, uma burundesa que se refugiou no Congo em 1972. Houve massacre dos hútus lá em Burundi e meu avô era militar. Não sei o que aconteceu na realidade, então os Tutsis eliminaram os hútus. Começaram a assassinar os hútus, e estes foram forçados a fugir para se salvar. Daí que a minha mãe fugiu com a mala até Congo e lá encontrou o meu pai e casaram. Meu pai já era um homem de negócio. Fazia sempre viagem de Burundi para Congo, de Burundi para Congo e eu até estudei numa escola primária em Burundi. Houve um tempo em que eu estudei antes da guerra do Congo. Ficava em casa dos meus tios e estudei por 3 anos lá. Então, com estes movimentos de negócio do meu pai, os Mai-Mai suspeitavam que ele estava a fazer política com os rebeldes que vinham de Burundi. Por isso, acusaram-no de traidor da comunidade Bembe (...) O meu pai foi considerado espião e foi assassinado. Depois de ele ser assassinado, nós fomos forçados a fugir. Abandonámos o país, atravessando o lago Tanganyka, onde a minha mãe perdeu a vida (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

Saí de Congo em 1996. Foi o ano de início da guerra em Congo. Durante esse período, houve um tipo de comportamento em que as pessoas eram levadas à noite e o que estava a acontecer eram assassinatos no mato. Levavam as pessoas para serem assassinadas no mato. Foi isso que me levou a decidir fugir do país. Por medo, rumo

à Tanzânia. Primeiro eu fugi até o campo de refugiados em Tanzânia. Inicialmente, fugi sozinho e depois a família veio atrás. Tempos depois, tivemos que vir para Moçambique, porque não estávamos à vontade em Tanzânia (E14, 52 anos, sexo masculino, Congo).

Dei à luz, uma criança portadora de albinismo. Uma certa noite, apareceram bandidos na minha casa e mataram aquela minha criança. Cortaram-lhe os braços, as pernas e sexo para usar na feitiçaria e na magia. Lá na minha terra as pessoas matam albinos para terem poderes. (...) depois de matarem a minha criança, a seguir mataram também o meu marido. (...) depois disso, tive que fugir com os meus dois filhos para cá em Moçambique. Levei comigo a minha filha doente. Ela tem atraso no seu crescimento. Tem seis anos, mas parece uma criança de quatro anos... (E9, 28 anos, sexo feminino, Burundi).

Na minha terra, há esse problema que nós todos acompanhámos, o problema político. Essa guerra civil que surgiu lá na nossa terra. Então, há um grupo diferente que está lá na nossa terra. Há grupos rebeldes, há grupos governamentais e há grupos que nós chamamos de Banhamulengue. Então, se você pertence a um grupo X, ao se encontrar com um grupo ao qual você não pertence, já tem problemas. Decidi sair da minha terra por causa de conflitos étnicos, em 1999. (...) eu fui capturado, porque quando surgiu aquela guerra, o governo que nós tínhamos dos Mai-Mai estava a recrutar jovens para ir à tropa. Então, quando eu recusei, fui torturado. Até tenho deficiência visual por conta desse problema. Então, decidi fugir. (...) Primeiro entrei em Tanzânia e depois vim para Moçambique, porque da nossa terra, se você não for via Zâmbia, Malawi, tem que ir pela via Zâmbia, Burundi ou Tanzânia até aqui. (...) de lá para cá segui a seguinte trajetória: eu saí do Congo, entrei em Burundi. Depois de Burundi, viajei via barco e quando cheguei na província de Kigoma/Homa, fiquei dentro de algumas comunidades. Depois vi que nada. Ainda não estava seguro, porque em Tanzânia havia muita ligação com aqueles regimentos ali. E depois fugi, em 2002. No início de 2002, foi aí que fugi de Tanzânia para cá. Cheguei a Moçambique, usando transporte terrestre. Vim de comboio até Morogoro. De lá, apanhei um carro até Songueia, de lá, outro carro até Ndinga. De Ndinga, fui até o

lago Niassa. Então, andei 5 dias a pé até Xiwindi, na fronteira da Tanzânia em Moçambique. (...) a polícia ajudou-me na viagem de Metangule até chegar a Lichinga (E15, 47 anos, sexo masculino, Congo).

A partir dos dados da pesquisa, pode aferir-se que as motivações arroladas pelos entrevistados se fundamentam particularmente em fatores como: políticos, guerra civil e étnica, assassinatos, perseguições políticas, o clima de insegurança e violação dos direitos humanos, que são tidos na literatura, como fatores determinantes e produtores de migrações forçadas em diferentes contextos. Parafraseando Everett Lee (1966), estes seriam os fatores *push*, uma vez que se dão no local de origem do migrante e são geralmente mais fortes, exigindo que determinados grupos deixem um país para outro, ou pelo menos dando a esses grupos razões fortes para quererem mudar-se (Lee, 1966, Nolasco, 2016; Rosenberg, 2020).

Os fatores *pull*, isto é, os fatores de atração, são frequentemente os aspetos positivos de um país diferente que incentivam as pessoas a imigrar para buscar uma vida melhor (Rosenberg, 2020). Neste contexto, os dados da pesquisa demonstram que o ambiente de segurança e estabilidade política em Moçambique é apontado pelos refugiados como sendo a principal razão da escolha do contexto moçambicano como um local preferencial para acolhimento e proteção. Os trechos a seguir são ilustrativos:

Saí de Congo por motivos de insegurança. Lá havia ataques de pessoas que saíam do mato e iam atacar o povo nas suas casas. Então, senti medo e decidi abandonar o país. Escolhi Moçambique, porque está muito distante do Congo. Vi que os campos de refugiados em Tanzânia estão perto da fronteira do Congo e vi também que os rebeldes sempre fazem movimento. Vão para o campo e voltam para o Congo. Então, decidi dirigir-me para longe do país. Preferi vir a Moçambique, porque aqui é distante de lá da minha terra. Em Moçambique, a gente sente-se mais seguro. Aqui não há perseguições. É tranquilo. Foi fácil chegar aqui, porque quando estudei geografia lá no Congo, aprendia a geografia do mundo inteiro. Então, quando estudava, conhecia as fronteiras dos países. Portanto, quando saí de Congo, sabia por onde passar até chegar a Moçambique (E18, 43 anos, sexo masculino, Congo).

(...) por causa da Guerra, fugi do meu país para a Tanzânia. Lá, fiquei quase 3 anos, mas o que aconteceu lá no campo é que quando aqueles rebeldes eram feridos em

confrontos no Congo, também vinham para Tanzânia, no mesmo campo para receber tratamentos e depois voltavam novamente para o Congo para lutar. (...) eu notei que os campos de refugiados de Tanzânia eram perto da fronteira do Congo. Então, decidi ir para longe do Congo para não presenciar o que estava a acontecer. Isso levou que eu sentisse medo ali no campo de refugiados em Tanzânia. Assim, decidi fugir para o Campo de Maratane. Aqui, há segurança e o governo de Moçambique nunca fez nada de mal para mim. Desde que estou aqui não tive problemas com o governo. Aqui em Moçambique não há perseguições. É muito mais seguro que lá em Tanzânia (E14, 52 anos, sexo masculino, Congo).

Saímos de Ruanda em janeiro de 2011, devido aos conflitos religiosos. Esses conflitos levaram a condenação do meu marido a uma pena de 25 anos de prisão. Aí decidimos fugir do país antes da sua prisão. Quando fugimos, não tínhamos planos de ir a Moçambique. Não sabíamos que íamos a Moçambique, somente procurávamos por um país que houvesse paz e que recebesse refugiados (E28, 36 anos, sexo feminino, Burundi).

Estes dados revelam que os fatores económicos e as *redes sociais/capital social*, (Massey,1988), têm “importância marginal” na decisão que as populações tomam no momento da sua deslocação, no caso das migrações forçadas (Schmeidl, 1997; Ozaltin, Shakir & Loizides, 2019). Ou seja, por um lado, fatores como “subdesenvolvimento económico”, o Produto Interno Bruto (PIB), a pobreza por si só não foi apontada pelos nossos entrevistados como fator determinante para a sua fuga, à semelhança da pesquisa realizada por Lucy Hovil & Olívia Bueno em Burundi. Na visão destes autores, a não menção da pobreza como um dos fatores para a fuga das populações demonstra que os refugiados estão cientes da perceção de que aqueles que fogem de dificuldades económicas não são elegíveis para a atribuição do *status* de refugiados (Hovil & Bueno, 2016).

No entanto, a literatura, no que diz respeito aos movimentos migratórios, aponta as condições de ordem económica/ pobreza como fatores *push*, porque atraem as pessoas de um contexto para o outro na busca de melhores condições de vida (Ravenstein, 1889; Lee, 1966; Kivisto & Faist, 2010; Karakoulaki, Southgate & Steiner, 2018; Gonçalves, 2015). Assim, os problemas económicos são simplesmente vistos como um acelerador da fuga de refugiados

que, em conjunto com o conflito político, leva ao êxodo forçado. O sistema das Nações Unidas argumenta, porém, que os fatores económicos são responsáveis pelas causas políticas subjacentes de fuga, enquanto parte da literatura sobre os refugiados refere que há uma interação entre fatores políticos e económicos na imigração de refugiados (Ozaltin, Shakir & Loizides, 2019).

Alguns refugiados têm usado Moçambique como um trampolim/corredor para outros países, como por exemplo, para a África do Sul, Estados Unidos da América, entre outros países europeus. (Raimundo, 2009; Wetimane, 2012; Gonçalves, 2015). Desta feita, conforme constatou Raimundo (2009), a localização geográfica de Moçambique tem facilitado a travessia da fronteira assim como o tráfico de pessoas, desde que a África do Sul se tornou alvo para migrantes e como o lugar para negociantes transfronteiriços devido às suas ligações com o resto do mundo.

Além do fator geográfico do país, na visão de Wetimane (2012), o fato do Centro de Acolhimento de Maratane não estar sujeito ao controlo por vedação e polícia, propicia que muitos refugiados, depois de algum tempo, o abandonam e procuram alcançar as províncias do sul de Moçambique com destino à África do Sul, entre outros países, na busca de melhores condições de vida:

A maioria dos refugiados, quase 90%, tem a ideia de ir para outro país melhor que Moçambique. Muitas pessoas não têm esperança de voltar à sua terra, principalmente os Bembe. Na zona deles, hoje em dia já cortaram estradas, já dividiram terrenos, dividiram machambas. A zona de Fizi antigamente não era cidade, mas agora já é cidade. Tem presidente do município e, como já é cidade, o governo tem que fazer estradas. Então, você pode voltar e encontrar que o lugar onde havia o terreno do seu pai já não existe ou já está ocupado e isso pode criar conflitos. Assim, a pessoa não tem esperança de voltar, e aqui não tem esperança de ficar. Não quer, não tem vontade de ficar aqui, para falar a verdade. (...) também tenho esperança de viajar para EUA. Aqui eu posso dizer uma coisa que está a doer muito. Trabalho aqui e recebo 4500 meticais [4.83 euros]. Eu tenho esposa, tenho criança, tenho família da minha sogra que não trabalha. Não tem nada. Eles não vão passar de fome e eu não ajudar. Chega o fim do mês com aqueles 4500 meticais [4.83 euros], mas não tenho nem 200 meticais

[2.15 euros], na minha economia. Chega o final do mês para receber e já tenho dívidas por pagar na barraca. No final, o ano termina e eu não tenho nada nas minhas economias. O ano acaba e o contrato acaba e não tenho nada para me sustentar. Volto à vida que tinha antes de trabalhar, mas a situação continua a mesma. Não há esperança de um dia haver melhoria. Isso é o que faz com que as pessoas pensem em viajar. Sabe, alguém que vai para a América, em um ano, consegue enviar mini-bus para a família que ficou. Consegue construir uma casa aí na cidade. Em pouco tempo, a pessoa faz uma casa de alvenaria e compra carro. Você quando vê fotos que ele manda no Facebook de lá da América, percebe que está a viver. Tem dinheiro. Tira fotos no serviço dele e diz-te sobre o salário que está a receber. Você também começa a pensar: tenho que ir para lá, é isso que está a acontecer aqui (E1, 36 anos, sexo masculino, Burundi).

Há necessidade de também considerar que os refugiados respondem às interconexões das suas redes de amigos e parentesco e as mesmas atraem-lhes em busca de melhores condições de vida (Blumenstock, Chi & Tan, 2019). Embora em menor número (2), alguns informantes referenciaram o papel das redes sociais/capital social no seu percurso migratório para Moçambique:

Saí de Congo para Burundi por causa da guerra. Depois de chegar a Burundi, vi que não podíamos ficar ali, porque uma filha minha, que tinha fugido do Congo, já estava aqui em Moçambique. Ela fugiu antes de nós. Depois de receber ajuda da igreja, decidi vir para onde estava a minha filha, aqui em Moçambique. Mas primeiro fomos a Tanzânia. Lá, não nos apresentámos no campo de refugiados. Eu fazia chamadas para a minha filha, quando estava em Tanzânia. Ela estava casada e tinha fugido com o marido. Estavam em Moçambique no Centro de Maratane. Então, em 2011, decidi viajar para Moçambique ao encontro da minha filha. (E17, 58 anos, sexo feminino, Congo).

Eu saí de Somália, quando era bebé com cerca de 3 anos. Os meus pais foram mortos durante os conflitos lá na minha terra. Então, os meus vizinhos levaram-me para Quénia. Neste país, nós vivemos muito tempo no campo de refugiados em Adabi. (...) Em Quénia, eu não sabia que aqueles [vizinhos] não eram os meus pais biológicos,

mas depois de crescer, descobri isso. (...) Depois de um tempo, comecei a trabalhar e a ter um pouco de dinheiro, até que um dia encontrei umas moças que tinham programa de viajar para a África do Sul. Eu decidi ir junto com elas. Saí com as moças até a África do Sul. Quando cheguei, consegui um emprego numa loja. (...) era loja de um indiano. Recebia mais ou menos 2500 rands [139.22 euros] por mês. No entanto, na zona onde eu vivia havia muita insegurança. Havia atos criminosos. Havia muitos bandidos. Até a amiga que vivia comigo uma vez foi atacada e violada por bandidos. Isso fez com que eu me sentisse insegura também lá na África do Sul. Depois cruzei-me com um contrabandista meu que saía de Moçambique para a África do Sul para fazer levantamento de mercadorias. Conversei com ele e trocámos números de telefone. Quando ele estava cá em Moçambique, sempre ligava para mim e conversávamos. Este homem acabou sendo meu marido com quem estou ainda hoje (E19, 31 anos, sexo feminino, Somália).

Todavia, os dados da pesquisa revelam que, de um modo geral, as *redes sociais* não foram citadas como sendo fatores determinantes e explicativos dos motivos da migração para Moçambique. Ou seja, a maioria dos nossos informantes não tinha nenhum conhecido ou contato antes de se estabelecerem no território moçambicano, como revelam os depoimentos a seguir:

Quando saímos de Ruanda, não tínhamos contacto nenhum com amigos, vizinhos ou primos. E quando chegámos a Maratane, em 2001, não encontramos nenhum membro da família. Até o momento não temos nenhum membro da família aqui (E16, 26 anos, sexo masculino, Ruanda).

Cheguei a Moçambique sem nenhum contacto com parentes nem amigos. A única pessoa que me ajudou foi um moçambicano que conheci na fronteira de Moçambique e Tanzânia. Pedi-lhe dinheiro de transporte e ofereceu-me. Dali apanhei um carro até a Nampula (E21, 39 anos, sexo feminino, Burundi).

Não, não. Não conhecia ninguém em Moçambique. Fugi por causa da guerra étnica no meu país. Num primeiro momento, fugi com os meus pais de Burundi para Tanzânia. Lá vivemos no campo de refugiados desde 1999 até 2004. Em 2004, voltamos de novo para Burundi, mas em 2015, o meu pai foi morto por uma outra

tribo, daí decidi fugir de novo, mas desta vez para Moçambique (E33, 37 anos, sexo masculino, Burundi).

É importante, porém, frisar que o recuso às redes sociais/capital social, como estratégia migratória, tem sido visível em algumas pesquisas sobre a imigração ilegal em Moçambique. Como observaram Wetimane (2012) e (Patrício, 2015), os imigrantes estabelecem contatos entre as suas origens e as regiões que pretendem escalar. Estas comunicações passam pelos territórios por onde eles transitam, isto é, até aos locais onde pretendem fixar-se. Neste diapasão, as redes sociais contribuem para a partilha dos riscos e a troca de favores neste processo (Blumenstock *et al.* 2019).

Na visão de Patrício (2015), esses “nichos étnicos” proporcionam oportunidade de emprego, educação e formação profissional, o que se vai refletir nas oportunidades profissionais e económicas dos seus membros. Além desta função social, o capital social facilita as formas de desenvolvimento da interação social dentro da comunidade, contribuindo, desta forma, para o processo de integração social dos refugiados, sobretudo nos países de acolhimento (Patrício, 2015; Ozaltin *et al.* 2019).

Assim, são as redes familiares, de parentesco, de conterrâneos, de amigos que servem de *umbrela* a todo um processo de imigração ilegal que Moçambique enfrenta nos últimos tempos. No entanto, como já havíamos feito referência, de acordo com os dados desta pesquisa, de uma forma geral, estes fatores não têm um peso explicativo relevante em relação às motivações subjacentes à fuga dos refugiados para o território moçambicano.

4.2 UM OLHAR INSTROSPECTIVO SOBRE O CENTRO E EXPOSIÇÃO AO RISCO DE SAÚDE DOS REFUGIADOS

Esta seção inicia com uma descrição breve do Centro de Saúde de Maratane, considerando o seu perfil epidemiológico. A seguir, analisa-se os contextos de exposição do risco de saúde entre os refugiados, tendo em conta as fases pré-migratória, durante o processo migratório e pós-migratória.

4.2.1 Breve Descrição do Centro de Saúde de Maratane

Na estrutura dos Serviços Nacionais de Saúde (SNS), os centros de saúde (CS) constituem o nível primário e prestam os serviços básicos de saúde, que incluem a maior parte dos programas prioritários e geralmente localizam-se nas principais vilas e aldeias, como é o caso do Centro de Saúde de Maratane (MISAU, 2013). Este Centro, de acordo com organização dos Serviços Nacionais de Saúde, situa-se ao redor duma Unidade Sanitária de referência distrital, que, na região em estudo, é o Hospital Central de Nampula.



Foto 7: Centro de Saúde de Maratane.

Fonte: (Muianga, 18/02/2019).

O Centro de Saúde de Maratane possui 11 funcionários. Esta unidade sanitária oferece vários serviços, com maior destaque para a Saúde Materno Infantil (SMI), Consultas de Pré-Natal (CPN), maternidade, Consultas Pós-Parto (CPP), Consultas de Planeamento Familiar (CPF), consultas de vigilância Nutricional, consultas externas. Dispõe também de serviços de internamento, com incidência para os casos da malária, serviços laboratoriais, (estes, enfrentam problemas de falta de técnicos), serviços de Estomatologia e Serviços de TARV.

É de salientar que este Centro de Saúde conta ainda com o apoio de um grupo de ativistas que faz campanha de sensibilização sobre diferentes temáticas ligadas à saúde, incluindo a distribuição de preservativos na comunidade. Esta unidade hospitalar conta com uma ambulância que presta serviços de socorro e principalmente a transferência de doentes para o Hospital Central da Cidade de Nampula.



Foto 8: Ambulância do Centro de Saúde de Maratane

Fonte: (Muianga,18/02/ 2019).

4.2.2 Perfil Epidemiológico

O quadro epidémico do Centro é dominado pela malária, uma vez que é a doença que mais afeta os refugiados deste local. De acordo com relatório semestral do Centro de Saúde de Maratane, os crescentes casos de malária, entre a população do Centro de Refugiados de Maratane, é explicado pelos múltiplos hábitos culturais, relacionados à falta de uso de redes mosquiteiras. Os participantes recorrem à queimadura de algumas folhas de plantas, como é o caso das folhas de mafureira para combater os mosquitos. A tabela que se segue ilustra o perfil epidemiológico do Centro de Maratane.

Período/Data	Cólera	Diarreia	Disenteria	Malária	Meningite	Mordedura de Animal	Sarampo	Síndrome Febril
janeiro à junho-2018	0	179	8	7914	0	6	2	634
janeiro à junho-2017	0	225	36	5314	3	1	0	830
Evol. %	0	-20	-78	49	-100	500	100	-24

Tabela 9: Perfil epidemiológico

Fonte: Adaptado do Relatório do Centro de Saúde de Maratane (2018).

4.2.2.1 Serviços de Terapia Antirretroviral (TARV)

A partir da tabela abaixo é possível observar que a unidade sanitária registou o aumento de casos de abandono do tratamento do TARV, segundo as justificações dos agentes de saúde, devido às transferências dos pacientes para outros centros de refugiados, fora de Moçambique.

Período/Data	PreTARV Novos escritos	HIV-TARV Abandonos	TARV Novos inícios
janeiro à junho-2018	68	429	71
janeiro à junho-2017	63	137	59
Evol. %	-8	+100	+20

Tabela 10: Serviços de TARV

Adaptado do Relatório do Centro de Saúde de Maratane (2018).

4.2.2.2 Doenças de Transmissão Sexual (ITS)

As doenças de transmissão sexual mais comuns entre os refugiados são o corrimento Uretral, Leucorreia, úlcera genital e sífilis. No entanto, verifica-se uma maior prevalência da sífilis entre os pacientes, cerca de 727 casos, um aumento de 22% em relação aos dados de 2017. Estes números são indicativos da conjuntura epidemiológica da região subsaariana de África, que é uma das regiões do mundo, com maior prevalência das doenças sexualmente transmissíveis (Stauffer *et al.* 2012; Francis *et al.* 2018).

Período/Data	ITS- diagnóstico Corrimento Uretral	ITS- Diagnóstico Leucorreia	ITS- diagnóstico Úlcera Genital	ITS- diagnóstico Sífilis
janeiro à junho-2018	14	30	20	727
janeiro à junho-2017	30	47	33	597
Evol. %	-53	-36	-39	+22

Tabela 11: Doenças de transmissão sexual (ITS)

Fonte: Adaptado do Relatório do Centro de Saúde de Maratane (2018).

Desta forma, a vulnerabilidade às infeções sexualmente transmissíveis, inclusive o VIH e por consequência as altas taxas de prevalência das ITS entre os refugiados, podem ser explicadas pelos múltiplos fatores associados a deslocamentos civis, incluindo o *status* socioeconómico baixo, resultando, por conseguinte, em vulnerabilidade à exploração sexual, prática de sexo inseguro e com múltiplos parceiros, violência e abuso sexual e principalmente o não uso de meios de prevenção (Stauffer *et al.* 2012; Yasuo *et al.* 2008).

De acordo com Stauffer *et al.* (2012), em países com poucos recursos, as infeções de transmissão sexual e complicações subsequentes estão entre as 10 principais razões para visitas a centros de saúde. Além disso, um dos fatores mais importantes, considerando doenças infecciosas entre os refugiados, é o país de origem e a epidemiologia local (Schilling *et al.* 2017). Na perspetiva de Stauffer *et al.* (2012), muitas zonas de procedência de refugiados apresentam altas taxas de prevalência de ITS, especialmente o VIH. Este cenário é retratado

no gráfico a seguir, considerando os países de procedência de refugiados, abarcados nesta pesquisa.

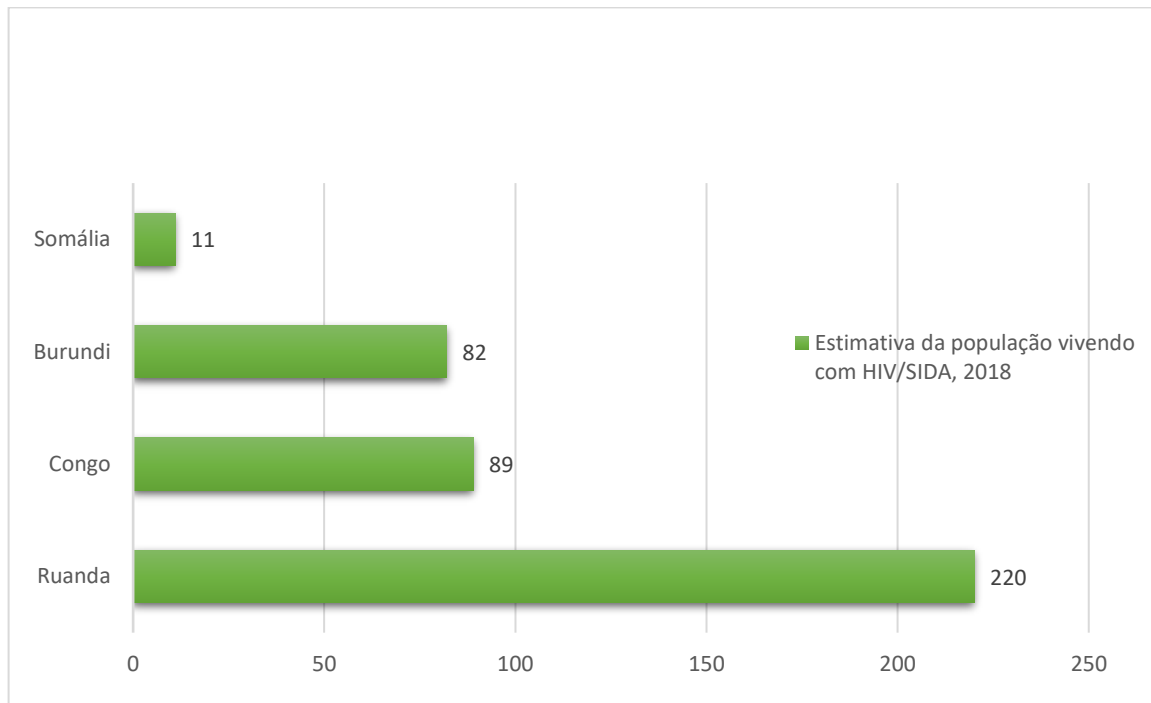


Gráfico 2: Estimativa da população vivendo com VIH/SIDA nos países de procedência de refugiados

Fonte: adaptado (WHO, 2020).

As altas taxas de prevalência das doenças de transmissão sexual, principalmente o VIH entre refugiados, podem ser agravadas devido à situação epidemiológica do país hospedeiro, como é o caso de Moçambique. O país apresenta uma das taxas mais elevadas de VIH na região Austral de África, com cerca de 2.200.000¹³ da população infetada.

4.2.3 Exposição aos Riscos de Saúde: Período pré- migratório, durante e pós-migratório

Os fluxos migratórios são cada vez mais recorrentes e reconhecidos como determinantes sociais da saúde, pois interagem com vários fatores que afetam a saúde dos imigrantes/refugiados, nomeadamente a pobreza, as condições precárias de habitação, a falta de emprego, educação, exposição à violência, qualidade de assistência médica. Portanto, é uma série de determinantes estruturais que, de certa forma, influi no acesso aos serviços e

¹³<https://cfs.hivci.org/country-factsheet.html>

cuidados de saúde dos refugiados. Isto para referir que existe uma relação dinâmica e complexa entre migração e saúde. A migração leva a uma maior exposição aos riscos à saúde e acesso limitado a cuidados de saúde acessíveis (OIM, 2020).

A maioria dos refugiados é oriunda de países afetados pela pobreza e conflito, sistemas de saúde precários e altos encargos com doenças. Desta forma, as condições que envolvem o processo migratório podem exacerbar as desigualdades e expô-las a maiores riscos à saúde, incluindo condições vivenciadas durante o trânsito e no país de destino; o estatuto legal do indivíduo; as políticas que concedem ou negam acesso a serviços sociais e de saúde, favoráveis aos migrantes; e as condições de trabalho e de vida a que estão sujeitos (WHO, 2018).

A saúde dos imigrantes/refugiados é moldada pelas experiências e situações no local de origem, durante o trânsito, no local de destino e, em alguns casos, durante o retorno ao local de origem. Esta complexidade de fatores de risco à saúde e as experiências traumáticas podem manifestar-se no período pré-migratório, durante o processo migratório e no período pós-migratório (OIM, 2020; Pfarrwaller & Suri, 2012; Bempong *et al.* 2019). O esquema proposto pela OIM (2020) resume muito bem as diferentes fases de exposição de risco à saúde por parte dos imigrantes/refugiados:

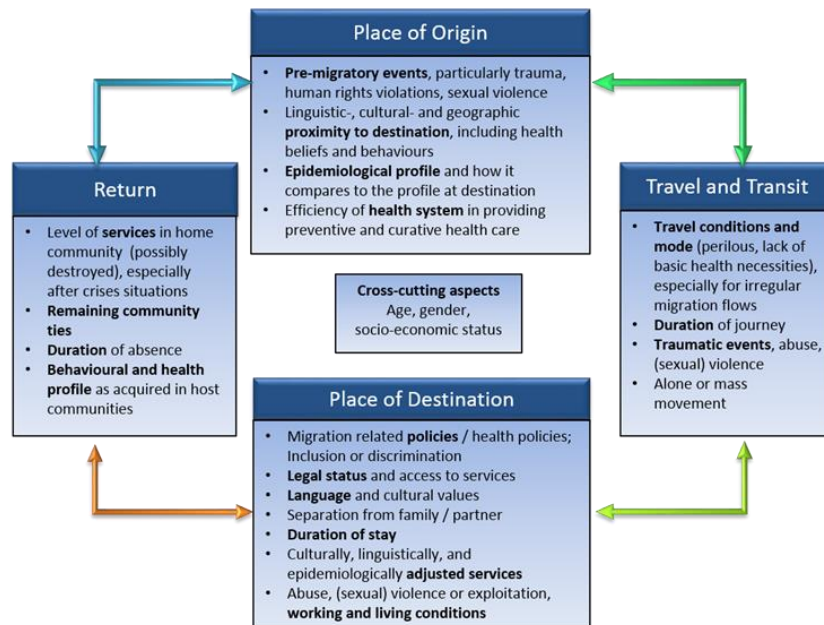


Imagem 5: Exposição do risco à saúde dos refugiados

Fonte: (OIM, 2020).

4.2.4. Fase pré-migratória e durante o processo migratório

No período pré-migratório e durante o processo migratório, os fatores de exposição aos riscos de saúde podem ser explicados pelo testemunho de cenários de guerra, violência, tortura, migração forçada, exílio, prisão, presenciar a morte de outros imigrantes, familiares e amigos, assassinatos, atrocidades, encarceramento, ruptura das relações sociais e familiares, privação de recursos económicos, violência física, violação sexual, agressão sexual, ou mesmo experienciar um risco de morte eminente, etc. (Dias *et al.* 2009; Pfarrwaller & Suris, 2012; Buhmann, 2014; Haydu, 2017; Antunes, 2017; Bempong *et al.* 2019). Como evidenciam Grove & Zwi (2006):

“Many refugees have horrific experiences of being subjected to, or witnessing, torture, trauma or human rights abuses. They may have seen family and friends killed, been subjected to gender-based violence including rape, or participated in, or been themselves forced to carry out abuses. Such circumstances clearly represent risk factors for a range of serious and debilitating mental health stresses” (Grove e Zwi, 2006:1939).

Como se pode testemunhar nos depoimentos a seguir, alguns refugiados foram vítimas de agressões físicas, e violação sexual em grupo. Esta situação foi e é visível na República Democrática do Congo, onde o cenário de guerra e conflitos é marcado por atrocidades que incluem a escravidão sexual, mutilação genital, participação forçada de famílias em atos de violação sexual, entre outras barbaridades (Apalata *et al.* 2007).

Saí do Congo, quando tive problemas. Fui atacada em casa à noite, e nesse período o meu marido trabalhava na migração. Ele foi acusado de facilitar a entrada e saída de rebeldes de outros países no Congo, porque trabalhava na fronteira de Camanhola, que é a fronteira entre o Congo e Ruanda. Por isso, o grupo dos Mai-Mai acreditou que ele facilitava a entrada dos ruandeses no Congo. (...) no dia em que fomos atacados em casa, o meu marido não estava presente. Alguns dos meus filhos conseguiram fugir, mas eu e as meninas fomos capturadas e fomos levadas. Eu fui amarrada. Bateram-me na coluna. Depois, eu e as minhas filhas sofremos atos de violação sexual por dois dias. Uma das minhas filhas saiu de lá do cativeiro grávida daqueles homens. (...) esses atos de violação aconteceram no caminho e no cativeiro. (...) Depois de nos violarem, eles notaram que ficámos sem forças e inconscientes.

Abandonaram-nos no mato e continuaram com a sua viagem. Durante este período, eu estava também com a minha mãe, uma senhora já idosa. Estávamos juntas lá no mato, mas ela não foi violada (E6, 43anos, sexo feminino, Congo).

(...) o meu filho que vive comigo, também tem esses problemas de cabeça [esquizofrenia] desde lá em Congo. Aquele barulho de balas, quando estavam a disparar tiros durante a guerra, causou-lhe problemas na cabeça. O pai dele, meu marido, foi morto durante esses disparos e a criança assistiu a tudo. Talvez foi isso que o deixou desse jeito... Não sei. (E17, 58 anos, sexo feminino, Congo).

Estes cenários acima expostos podem contribuir de forma negativa para a ocorrência de problemas relacionados com a saúde, representando, desta forma, uma variedade de doenças, incluindo lesões acidentais, complicações ginecológicas e obstétricas, doenças dermatológicas, eventos cardiovasculares, problemas gastrointestinais e respiratórios e doenças mentais devido à exposição a situações de *stress*, como presenciar a morte de familiares, ou mesmo experienciar um risco de morte eminente (Schilling *et al.* 2017, Haydu, 2017).

Já, durante o processo migratório/ ao longo da rota migratória, os refugiados enfrentam vários riscos, mormente as viagens longas, superlotação na parte traseira de caminhões. Estas situações representam sérios riscos à saúde dos migrantes, com casos relatados de mortes por asfíxia. Ademais, vários países recebem refugiados e migrantes que recorrem a fronteiras não oficiais, percorrendo florestas e desertos para chegar aos seus destinos, de forma rotineira. Estes canais usados pelos refugiados não são regulamentados, e são extremamente perigosos, devido à natureza da viagem, falta de acesso de serviços de saúde, água, alimentos abrigo ao longo do caminho (OMS, 2018).

Fora destes aspetos, no contexto de deslocamento, são recorrentes os casos de violação sexual, que são vistos como um problema prevalente, que atinge refugiados de ambos os sexos de todas as idades. No entanto, as mulheres afiguram-se como o grupo social mais vulnerável à violência de género, dado que são propensas a violência física, abuso sexual e exploração, um fenómeno bem conhecido no contexto de guerra e deslocamento. Face a estas atrocidades, as consequências podem ser extremamente graves, como é o caso de distúrbios mentais,

complicações obstétricas, disfunções sexuais, gestações indesejadas, abortos inseguros e infecções sexualmente transmissíveis (Apalata *et al.* 2007; Schilling *et al.* 2017).

O trecho a seguir espelha uma situação traumática vivenciada por uma mulher idosa que sofreu sucessivas violações sexuais, durante o processo de fuga para Moçambique. Os referidos atos provocaram sequelas físicas, emocionais e psicológicas:

Em 2011, a minha filha que vivia em Congo, informou-me que o seu pai foi assassinado. O meu marido foi assassinado na frente da minha filha [silêncio]. Daí que pedi à minha filha que fizesse todos os possíveis para eu poder ir a Moçambique. (...) durante a viagem, encontrei dois moços que vinham para Moçambique. Foram esses dois moços que me ajudaram a chegar a Moçambique. Para me ajudarem, fui obrigada a ser esposa deles (...) usaram-me como mulher deles durante toda viagem, porque não tinha dinheiro para pagar-lhes. Fui abusada sexualmente (...) então, foi assim, para me ajudarem, obrigaram-me a dormir com eles (E17, 58 anos, sexo feminino, Congo).

O segundo trecho é relativo a uma situação vivenciada por uma mulher somaliana que, durante a fase de adolescência, foi obrigada a casar, tendo vivido posteriormente cenários de violência doméstica, mesmo durante a fase da gravidez e após parto.

Fui obrigada a casar com 14 anos de idade. Foi um casamento muito difícil, pois o meu marido tinha o hábito de me bater muito. Um dia, partiu-me um osso aqui no peito, aliás, na costela e na cara também sofri nessa parte óssea, o que me levou a fugir do casamento. Depois de fugir do casamento, fiquei a cuidar da gravidez na casa da tal senhora que eu considerava ser minha mãe. Daí, a senhora chegou a contar-me a verdade sobre a minha história, dizendo que ela não era minha mãe. Contou como é que eu fui encontrada durante a guerra. Foi uma revelação que me deixou sem saber quem sou eu. Foi uma grande frustração na minha vida (...) para agravar a situação, um dia desses ela falou que eu já tinha crescido. Ela já me tinha criado e que não podia cuidar mais de mim e da minha gravidez. (...) cheguei a pensar em suicidar-me nessa época, (...), mas depois pensei na minha futura filha. (...) após o parto, meses depois, a senhora que vivia comigo arrancou-me o bebê e foi dar ao pai da criança, o meu ex-marido. Foi o pior momento da minha vida. Até hoje, nunca mais

vi a minha criança e nem sei se está viva. E daí, eu preferi sair e procurar emprego para sobreviver (E19, 31 anos, sexo feminino, Somália).

Os acontecimentos *stressantes* do antes, durante e depois a gravidez, e a perda da proteção física e psicológica e vivenciadas por esta adolescente, são fatores de risco associados à Depressão Pós-Parto (DPP)¹⁴, *baby blues*, ou "doenças relacionadas à saúde mental materna," termo usado para descrever distúrbios mentais associados à gravidez e ao período pós-natal precoce que se revelam frequentes entre refugiadas, migrantes e requerentes de asilo (Ramos, 2010; Brown-Bowers *et al.* 2014; Latif, 2014).

Para as mães migrantes/ novas mães, esta situação constitui um drama e uma é fonte adicional de sofrimento, sobretudo para as que vêm de meios tradicionais, num contexto em que ela e a criança são fonte de cuidados de toda a família e da comunidade envolvente. A perda dos laços comunitários e familiares, no caso o corte das relações com a “mãe social,” ao baixo suporte social são também associados a um risco acrescido de desenvolver uma DPP, que é vista como a complicação mais comum experimentada no período pós-parto e afeta cerca de 10 a 15% de todas as novas mães (Ramos, 2010:5; Løvlie, 2013).

Na visão deste último autor, no caso somaliano, as tradições culturais locais em relação ao parto, pós-parto e educação de crianças, são vistos como um assunto coletivo, dentro de uma rede social dirigida por mulheres. Neste sentido, a transição para uma “cultura individualista” de educação dos filhos é experimentada como uma tarefa difícil de lidar, pois ela ocorre à margem da cultura e, por consequência, distante de um sistema de relações sociais.

Este conjunto de ventos traumáticos, ligados aos fluxos migratórios forçados, aos associados a guerra, violação sexual, assassinatos, pilhagem, morte de familiares, aumenta a vulnerabilidade psicológica da população migrante, principalmente das mulheres. Na perspectiva de Pannetier *et al.* (2017), esta é uma situação recorrente entre os migrantes/refugiados da África Subsaariana, onde os problemas de saúde mental estão geralmente relacionados ao percurso migratório.

¹⁴ A depressão pós-parto é definida como um transtorno depressivo sem psicose, que surge durante o período pós-parto e, algumas vezes, durante a gravidez. Os transtornos mentais vivenciados no pós-parto pelas mulheres variam em gravidade, desde *baby blues* até psicose materna, ao longo dos quais a DPP existe. Vale também reforçar que a DPP é tida como a complicação mais comum experimentada no período pós-parto e afeta cerca de 10 a 15% de todas as novas mães (Løvlie, 2013).

4.2.5. Período pós-migratório

A exposição ao risco de saúde e as experiências traumáticas que se manifestam no período pós-migratório verificam-se, no geral, no país de acolhimento ou nos centros de acolhimento de refugiados. Mesmo quando acolhida em campos de refugiados, esta população, já fragilizada, ainda enfrenta insegurança, péssimas condições de vida do campo de refugiados, políticas migratórias, políticas de saúde, xenofobia, discriminação, exclusão social, problemas linguísticos e culturais, abuso sexual, exposição a diferentes cenários de violência, entre outras situações que podem ter um impacto significativo na saúde dos imigrantes/refugiados e suas necessidades de assistência médica (Apalata *et al.* 2007; Schultz, 2014; Efirid & Bith-Melander, 2018; IOM, 2020).

Depois de chegar aqui ao Campo de Maratane, como ainda tinha alguma força física, envolvi-me na atividade agrícola, onde comecei a cultivar tomate (...) no ano passado [2018], houve um certo dia, à tarde, quando ia ver a minha machamba, fui capturada por dois jovens e sofri uma violação sexual de novo. [A mesma mulher já tinha sido vítima de violação sexual na sua terra natal] (...) depois desta situação, fui ao hospital e graças a Deus não me transmitiram nenhuma doença sexual. Mas, às vezes, sofro de uma doença, ... não sei como posso dizer o nome [trata-se de incontinência urinária], às vezes, a urina sai sozinha. Fui ao hospital e os médicos receitaram-me uns medicamentos para tomar e outros para introduzir na genitália, para ajudar nessa doença. Esses são os problemas de saúde que aconteceram comigo. Agora fiquei fraca, como viste. Fico lá dentro de casa, porque tenho fraqueza e vergonha por causa desses atos de violação (E17, 58 anos, sexo feminino, Congo).

As pessoas recém-chegadas apresentam distúrbios de ansiedade, depressão, alcoolismo e abuso de drogas como consequência de experiências traumáticas relacionadas à guerra, deslocamento e abuso físico e sexual (Schilling *et al.* 2017). A maioria dos refugiados enfrenta uma combinação de barreiras legais, sociais, culturais, económicas, comportamentais, linguísticas e de comunicação que colocam em risco o seu bem-estar físico, mental e social (IOM, 2020).

4.3 BARREIRAS ESTRUTURAIS E ACESSO AOS SERVIÇOS E CUIDADOS DE SAÚDE DOS REFUGIADOS

Este subcapítulo analisa as barreiras estruturais no acesso aos serviços e cuidados de saúde dos refugiados, considerando duas seções principais. Na seção um, apontam-se as “barreiras internas”, que os refugiados enfrentam no Centro de Saúde de Maratane. A seção dois é reservada a discussão dos dados sobre as “barreiras externas”, no acesso aos serviços e cuidados de saúde, nomeadamente: a distribuição geográfica e a acessibilidade aos serviços de saúde, as questões socioeconómicas e de integração social, a centralidade dos problemas e das barreiras socioculturais, a interação médico e paciente e a barreira sociocultural, os fatores linguísticos e as dificuldades de comunicação da presença do “intérprete,” à ambiguidade e desconforto na interação médico e paciente e, finalmente, o “luto cultural” e as implicações na saúde emocional e psicológica dos refugiados.

4.3.1 Barreiras no acesso aos serviços e cuidados de saúde

Nesta subsecção, apresenta-se as barreiras que os refugiados enfrentam no processo da busca dos serviços e cuidados de saúde no Centro de Maratane. Num primeiro momento, expõe-se as barreiras internas e, seguidamente, as barreiras externas ao Centro de Saúde local.

4.3.1.1 “Barreiras internas”: as fragilidades do Centro de Saúde de Maratane

As barreiras “internas” são inerentes ao próprio sistema de saúde, pois estão relacionadas com os processos de prestação do sistema de saúde, como a infraestrutura do sistema, a atribuição interna de recursos e a efetividade de cobertura (Padilla, 2013). No entanto, dentro do sistema, também se podem evidenciar barreiras étnicas/ culturais como a falta de sensibilidade cultural por parte dos profissionais de saúde.

Durante a pesquisa de campo, constatou-se que o Centro de Saúde de Maratane enfrenta alguns constrangimentos estruturais na prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente a insuficiência de recursos e serviços e material médico-cirúrgico (luvas, seringas, autoclaves, etc.), a falta de aparelho de hemograma completo e, principalmente, a falta de Banco de Sangue para segurar a saúde da comunidade. O depoimento a seguir elucida esta situação:

Temos um grande desafio aqui do nosso Centro. O Centro de Saúde de Maratane não tem onde guardar sangue. Não tem banco de sangue. As pessoas vêm de longe com problema de sangue e têm que ser transferidas para a cidade. As pessoas morrem pelo caminho por conta da distância e dos atrasos no tempo para receção do sangue. Este Centro é muito grande, mas tinha que ter um banco de sangue, porque muitas pessoas sofrem. Quando têm anemia, perdem vidas pelo caminho por não ter sangue por perto. Temos também problemas de transporte para ajudar as pessoas que são transferidas para a cidade. O carro é pequeno e o número de pacientes é elevado e somos muito apertados no seu interior e isso não é bom para a saúde (E14, 52 anos, sexo masculino, Congo).

Além destas dificuldades, a disponibilidade e acessibilidade de medicamentos, aliado a morosidade na transferência de doentes, foram indicados por quase todos os entrevistados, como sendo o maior problema ligado ao Centro de Saúde de Maratane.

A principal dificuldade que temos enfrentado é falta de medicamentos. Frequentemente, o nosso posto de saúde diz que não há medicamentos. Associado a isso, temos dificuldades monetárias e por esta razão, não podemos comprar os medicamentos nas farmácias privadas (E20, 28 anos, sexo feminino, Burundi).

Neste Centro de Saúde há sempre falta de medicamentos. Nunca há medicamentos. Um outro problema tem a ver com a deficiência do hospital em relação aos meios e capacidade de diagnóstico e tratamento de doenças complicadas, principalmente as doenças crónicas. Além disso, o Centro de saúde demora na transferência dos pacientes. Alguns acabam ficando mais graves, correndo o risco de perder a vida (E34, 39 anos, sexo feminino, Congo).

No nosso Centro há falta de medicamentos, falta de serviços especializados e falta meios de diagnóstico (análises), falta de cortesia dos funcionários do Centro no atendimento. Outro fator é a demora da transferência de pacientes. Não sei se os funcionários de saúde não conhecem a doença do paciente ou não têm boa solução do caso (E44, 60 anos, sexo masculino, Ruanda).

O problema é que, por exemplo, se uma tropa na batalha receber armas sem munição, o que vai fazer? Vai ser capturado pelo inimigo. Assim, as munições do hospital são

os medicamentos. Assim que não os temos, estamos a sofrer com malária aqui. Nunca encontramos medicamentos no Centro de Saúde. Só voltamos com receita médica e eles dizem-te para vir no dia seguinte. Então? Essa doença vai esperar? (E15, 47 anos, sexo masculino, Congo).

Tenho este meu filho aqui. A garganta dele é pequena e não deixa passar comida. Assim, ele já sofreu muito. Já andou por aquele Centro de saúde a pedir guia de transferência para o Hospital Central de Nampula para fazer análises sobre o problema que tem na garganta, mas nunca a recebeu. Lá no Centro de Saúde dizem que tem que pagar dinheiro. Ele não tem dinheiro para pagar a guia de transferência. (...) tem que pagar suborno. É corrupção o que eu estou a dizer. Fazem isso, porque a minha transferência não é uma emergência. Eles lá disseram que esta doença não é uma emergência, por isso não posso receber guia de transferência (E14, 52 anos, sexo masculino, Congo).

Um outro fator que constitui um grande constrangimento para os refugiados é o encerramento dos serviços de atendimento geral do Centro de Saúde e respetiva farmácia. Os serviços gerais funcionam das 7:30 às 15:30, incluindo os serviços farmacêuticos, que se encontram também encerrados aos sábados, domingos e feriados, exceto os serviços de banco de socorros. Na visão dos nossos informantes, a abertura dos serviços de banco de socorro, neste período, não traz benefícios.

(...) pouco ou nada adianta, pois, o local onde se devia levantar a medicação [a farmácia] está sempre fechado (Homem, Somália, 45 anos, Grupo focal).

Esta situação constitui uma grande preocupação no seio dos refugiados, porque, na sua perceção permanecem dias sem o tratamento recomendado e acrescentam que é preferível ficar em casa durante os dias em que a farmácia não fica aberta. A falta destes serviços básicos ou condições pode aumentar a vulnerabilidade não apenas a doenças infecciosas, mas também a doenças crónicas e não transmissíveis, exacerbando-as seriamente ou causando complicações a saúde e a vida dos refugiados, devido às interrupções cíclicas ou prolongadas nos cuidados de saúde (OMS, 2018).

Além destes constrangimentos, a unidade sanitária não dispõe de serviços de Saúde Mental para os refugiados. Estes serviços revelam-se cruciais para a reabilitação psicológica dos

refugiados, uma vez que a maioria deles vivenciou situações traumáticas, ligadas à exposição a cenários de guerra, assassinatos, violação sexual, etc. Como advoga Antunes (2017), os refugiados têm necessidades específicas de saúde, pois eles apresentam um elevado risco de saúde mental após o seu acolhimento em consequência das experiências traumáticas passadas. Por isso, o atendimento das necessidades de saúde dos refugiados nos países de acolhimento deve ser também associado à experiência de fuga e à situação pré-migratória (Ager, 2014).

Fora dos episódios traumáticos pré-migratórios, os refugiados que residem no Centro de Maratane, principalmente as mulheres, continuam expostos aos riscos de saúde. Ou seja, as questões de saúde e gênero veem à tona, dado que se verifica uma maior vulnerabilidade do grupo feminino em situações de violência doméstica, violação, tráfico, exploração sexual, entre outros (Padilla, 2013). A literatura tem insistentemente verificado uma estreita relação entre a violação sexual e a saúde mental das mulheres em vários contextos sociais (Padilla, 2013; Bempong *et al.* 2019; Araújo *et al.* 2019; Kiselev *et al.* 2020).

A violência sexual é considerada uma ameaça presente durante o deslocamento forçado e a busca de asilo. Em tempos de guerra, as mulheres e os adolescentes/ as crianças são mais vulneráveis a estupros e apresentam maior risco de sofrer outras formas de violação sexual, como casamento precoce ou forçado, abuso por parceiro íntimo, abuso sexual infantil, exploração e tráfico sexual. Este risco persiste durante o processo de fuga e após o acolhimento em destinos aparentemente seguros (Araújo *et al.* 2019). O Centro de Maratane também não é isento de eventos traumáticos relacionados com a violação sexual. Os trechos que se seguem são exemplos de situações de violação sexual que ocorreram no local. O primeiro caso envolveu uma mulher idosa de 58 anos e o segundo caso, uma criança de 12 anos de idade.

Infelizmente na nossa comunidade, temos acompanhado situações de violação sexual de menores em algumas zonas. Na minha zona, por exemplo, o meu vizinho, uma pessoa da minha idade, foi encontrado a violar uma criança de 12 anos de idade (...), mas, infelizmente, o caso não chegou a polícia, porque a família decidiu entrar em negociação com esse tal senhor. Parece que o senhor foi obrigado a pagar um valor àquela família lesada. Não sei qual foi o valor. Assim, o caso terminou ali mesmo. Nós apenas lamentamos pela criança, porque nem chegaram a levá-la ao hospital.

Pelo menos deviam ter levado a criança para o centro de saúde, porque não sabemos se aquele vizinho tinha SIDA ou uma outra doença qualquer. (...), mas infelizmente isso acontece com frequência aqui em Maratane e as pessoas não vão queixar a polícia, nem ao chefe de quarteirão. Preferem fazer negócio com esse problema (E38, 59 anos, sexo feminino, Somália).

Como se pode depreender, devido à natureza indutora da violação sexual, as consequências podem ser extremamente graves. Elas podem levar a distúrbios mentais, complicações obstétricas, disfunções sexuais, gestações indesejadas, abortos inseguros, infeções sexualmente transmissíveis, dificuldades como habilidades sociais fracas, a perda do conceito de si e de uma maior exposição a vulnerabilidades psicológicas, sociais e biológicas (Apalata *et al.* 2007; Bempong *et al.* 2019; Araújo *et al.* 2019). Na infância, como é o caso do segundo trecho, o abuso sexual pode surtir em problemas emocionais e psicológicos, ligados à vergonha, distorções cognitivas, distúrbios mentais, problemas de relacionamento e absentéismo escolar ou mesmo distúrbios alimentares (Araújo *et al.* 2019).

Tal como referem Kiselev *et al.* (2020), é comum entre a comunidade de refugiados a existência de mulheres vítimas de tortura [violência de género], circuncisão feminina, estupro, que precisam ser tratadas por instituições e pessoal-técnico especializado e que ofereça conhecimento intercultural. E, portanto, a carência de serviços especializados de saúde mental no Centro de Saúde de Maratane revela-se um fator de risco acrescido que pode agravar a condição emocional, afetiva, animíca e o equilíbrio e estabilidade psico-mental dos refugiados residentes no Campo de Maratane, em Nampula.

4.3.1.2 “Barreiras externas” e acesso aos serviços e cuidados de saúde dos refugiados

As “barreiras externas” ao sistema de saúde são inerentes a fatores externos, ao Sistema Nacional de Saúde e são: barreiras económicas (nível de pobreza, falta de cobertura ou de seguro, incluindo problemas relativos ao emprego), localização geográfica, fatores culturais e/ou étnicos ou falta de infraestrutura pública na prestação dos serviços (Padilla, 2013). As “barreiras externas”, analisadas nesta subsecção, incluem: *i*) as barreiras a localização geográfica do Centro de Maratane; *ii*) as questões socioeconómicas, e *iii*) e a centralidade das

barreiras socioculturais (sobretudo as práticas e percepções sobre a saúde dos refugiados; os problemas linguísticos e de comunicação que se atravessam entre os refugiados e o pessoal médico, os intérpretes e o pessoal de atendimento naquela Unidade Sanitária).

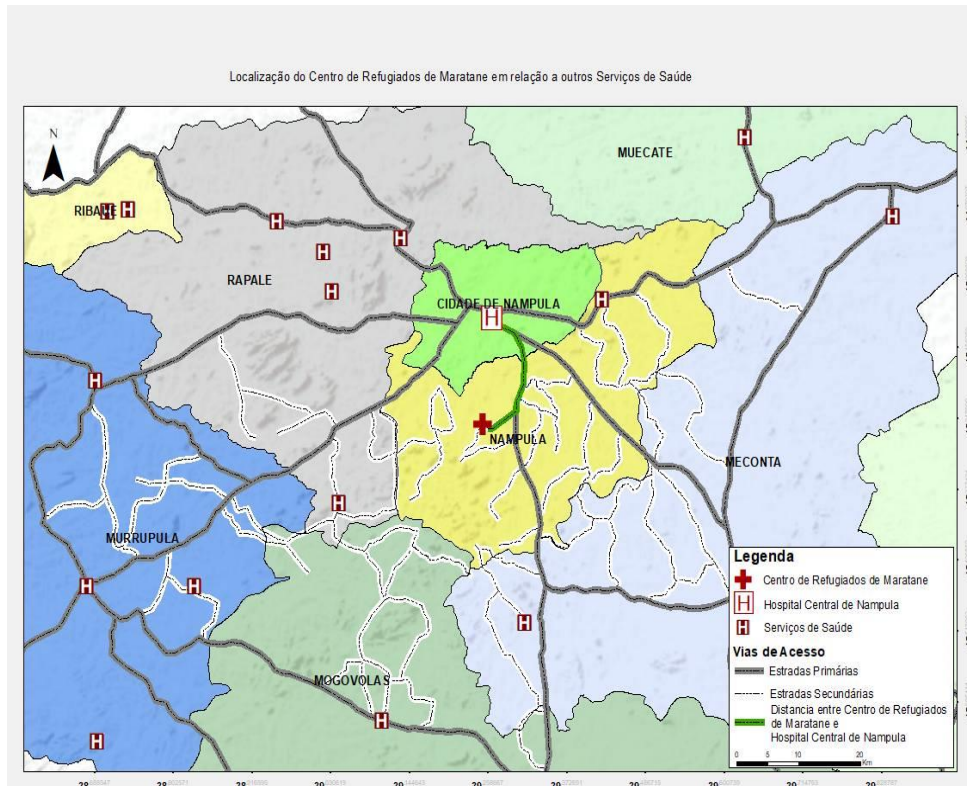
4.3.1.2.1 Distribuição geográfica e acessibilidade aos serviços de saúde

A acessibilidade tem dois padrões, a física (distribuição geográfica) e a acessibilidade individual. A acessibilidade geográfica é inerente à distância física ou ao tempo de viagem do ponto de oferta de serviços de saúde ao usuário e devido à maneira como as pessoas e as instalações são organizadas espacialmente (Santana, 2014; Peters *et al.* 2008; Delamater *et al.* 2012). Embora as desigualdades na acessibilidade sejam inevitáveis devido a essa configuração, a extensão em que elas se manifestam é um produto do arranjo espacial exclusivo do sistema de prestação de cuidados de saúde, da localização e distribuição da população em uma região, que resultam em grandes distâncias entre pessoas e unidades de saúde (Delamater *et al.* 2012). Estas são os determinantes do lado da oferta e, que são os aspetos intrínsecos ao sistema de saúde que dificultam a aceitação do serviço por indivíduos, famílias ou pela comunidade (Jacob *et al.* 2011).

Os refugiados experimentam maior dificuldade em obter acesso devido ao aumento do tempo de viagem, geralmente associado a uma infraestrutura de transporte deficiente e à falta de opções de transporte público (Delamater *et al.* 2012), o que Santana (2014) designa de “acessibilidade individual”, que seria atributo do indivíduo, tal como as condições económicas, sociais, culturais, mobilidade e meio de transporte, bem como dos ambientes envolventes (Santana, 2014). Seriam, portanto, os determinantes do lado da procura, que são os fatores que influenciam a capacidade de usar os serviços de saúde ao nível individual, familiar ou comunitário (Jacob *et al.* 2011).

Há evidências empíricas que assinalam que em vários países, a distribuição geográfica significativa tem um potencial para limitar o acesso aos cuidados de saúde, principalmente para pessoas em risco de exclusão social, como é o caso dos refugiados (Huber *et al.* 2011; Jacob *et al.* 2011; Junges & Barbiani, 2013).

No caso moçambicano, e particularmente o Centro de Refugiados de Maratane, a sua localização geográfica revela-se um obstáculo para o acesso aos serviços/cuidados de saúde por parte desta comunidade, pois os serviços hospitalares alternativos, no caso o Hospital Central de Nampula, que é o “mais próximo” do centro, distam a cerca de 20 km do Centro de Saúde local, como ilustra o mapa a seguir:



Mapa 7: Localização do Centro de Refugiados de Maratane e outros Serviços de Saúde

Esta disposição geográfica do Centro de Refugiados de Maratane, em relação às outras unidades sanitárias, foi compreendida pelos sujeitos de pesquisa como sendo uma barreira no acesso a outros serviços de saúde, principalmente aqueles que o Centro de Saúde não os consegue providenciar para a comunidade local, devido a fragilidade e lacunas dos serviços que este Centro oferece, conforme foi descrito na seção três deste capítulo.

A disponibilidade limitada de centros de saúde especializados, especialmente, nas áreas rurais, e a sua acessibilidade financeira e geográfica insuficiente é vista por Kohlenberger (2019),

como sendo umas das barreiras no acesso aos serviços de saúde para a comunidade migrante. No caso concreto do nosso espaço de pesquisa, nenhum serviço de saúde está disponível nas suas proximidades, o que inibe as alternativas de saúde desta população. Portanto, nesta vertente, a mobilidade espacial revela-se como um determinante social que condiciona a saúde e o bem-estar dos refugiados afetos ao Centro de Maratane.

Na perspetiva dos refugiados, o problema da localização geográfica do Centro de Maratane associa-se também a constrangimentos de ordem financeira e a disponibilidade de meios de deslocação ou mesmo de transferência para outras unidades sanitárias existentes nos diferentes distritos da província de Nampula. Os relatos a seguir ilustram a respeito:

O problema, a meu ver, é a demora na transferência de pacientes para outras unidades sanitárias que ficam lá na cidade por exemplo. Por causa disso, eu acabo indo ao centro de saúde muitas vezes pelo mesmo problema de saúde. Não sei por que o centro de saúde não me transfere para outros hospitais. Há muitos hospitais aqui em Nampula, mas aqui onde nós estamos é muito longe da cidade e não temos dinheiro para apanhar transporte. Dependemos sempre das transferências do hospital (E37, 60 anos, sexo Masculino, Ruanda).

Acho que, no centro de saúde, os médicos atendem de uma forma normal. Mas para mim que tenho problemas crónicos é difícil ser tratada aqui no Centro de Saúde por causa da falta de medicamentos... há poucos dias, eu tinha caído por causa de tensão. Fui ao hospital e disseram que a máquina de medir tensão não estava a funcionar. (...) o número da população que vive aqui campo e nos arredores é maior e o centro de saúde é muito pequeno para atender todos os problemas de saúde do povo que aqui vive. O problema também é que aqui é muito longe da cidade (...) as vezes, alguns medicamentos podem acabar e não tens como comprar noutra sítio, porque aqui é muito distante da cidade. Mesmo tendo algum dinheiro, não temos como ir aos outros hospitais por causa do custo dos transportes que são 60 meticais [0.64 euros], ida e volta. (E19, 31 anos, sexo feminino, Somália).

Os dados mostram que o problema da acessibilidade geográfica se associa a questão da mobilidade espacial e, neste contexto, é condicionada e agravada pelos custos de transporte para o acesso aos serviços alternativos de saúde, fora do Centro de Saúde de Maratane. Como

advogam junges & Barbiani (2013), o território socialmente configurado determina a situação sanitária da população que o habita, sendo a saúde dialeticamente ligada e determinada por esse espaço social. Por consequência, uma compreensão integral da saúde incluirá as condições espaciais para a promoção da qualidade de vida e da saúde da população. Importa referir que os dois padrões de acessibilidade, ou seja, a “distribuição geográfica e a acessibilidade individual” (Santana, 2014), ou ainda as barreiras do lado da demanda e do lado da oferta (Jacob *et al.* 2011), não podem ser consideradas mutuamente exclusivas do processo, na medida em que podem interagir e influenciar umas às outras, como foi evidente nas narrações anteriormente apresentadas.

4.3.1.2.2 Barreiras socioeconómicas e de integração social

Em relação às condições socioeconómicas, a literatura sugere que os refugiados são economicamente uma comunidade sem recursos e sem poder. Por esta razão, a posição socioeconómica inferior, os baixos rendimentos e a falta de emprego contribuem frequentemente para o acesso inadequado aos cuidados de saúde e, por conseguinte, a baixa qualidade de vida e inequivocamente nefastos à saúde (Padilla, 2013; PESS, 2013; Zihindula *et al.* 2015).

Esta situação é agravada pelas condições dos centros de acolhimento, pois a maioria dos refugiados vive numa situação de extrema vulnerabilidade e pobreza, podendo permanecer nestas condições por muitos anos, o que poderá surtir em problemas de saúde. De acordo com os entrevistados, as condições socioeconómicas e, sobretudo, financeiras têm um impacto enorme no acesso aos serviços de saúde. Esta situação não permite, pois, o acesso a outras alternativas sanitárias e, principalmente, aos serviços privados de cuidados de saúde.

(...) para mim, o grande problema está na falta de condições. Não tenho dinheiro, se não deixava de frequentar este Centro de Saúde. (...) nas clínicas privadas não há este tipo de problemas de falta de serviços e principalmente a falta de médicos especializados. Mas, como não temos outras opções, temos que aguentar (E21, 39 anos, sexo feminino, Burundi).

Para mim, a grande dificuldade é a falta de dinheiro. Se tivesse e a trabalhar, não iria passar esta situação. Sabes, com dinheiro podia ir a outros hospitais lá na cidade.

Usaria o meu dinheiro para procurar melhores soluções para a saúde da minha família. Uma pessoa corre risco de morrer por falta de condições. Sem dinheiro não há saúde. Não é possível sobreviver. É só confiar em Deus e mais nada... (E36, 35 anos, sexo feminino, Congo).

A renda é um determinante preponderante no acesso aos serviços de saúde e afeta a saúde mental dos refugiados. Igualmente os refugiados deixam para trás a maior parte do tempo, os seus bens materiais, incluindo empresas e propriedades. Por isso, a perda destes meios de sobrevivência e subsistência nos países de proveniência influi sobre a saúde mental dos refugiados (Hynie, 2018). Os problemas de saúde são também agravados por uma ineficaz inserção comunitária, fraca interação e integração social e por níveis de *status* social baixo, o que afeta o ajuste da saúde mental dos refugiados, principalmente em adultos (WHO, 2018; Bempong *et al*, 2019). Além disso, eles vivem em situações de vulnerabilidade, mormente nas condições precárias de moradia, de saneamento, pobreza e deslocamento cultural, na falta de estabilidade o que pode causar ou agravar problemas de saúde mental a longo prazo ou, ainda, facilitar a propagação de infeções respiratórias, cutâneas e de doenças transmitidas por vetores (Pfarrwaller & Suris, 2012; MISAU, 2013; WHO African Region, 2018). A imagem abaixo ilustra um exemplo de casas de construção precária (pau e matope), que expõem a população de refugiados a um risco permanente de doenças.



Foto 9: Casa de construção precária dos refugiados

Fonte: (Muianga, 15/02/2019).

As “feridas invisíveis” que os refugiados sofrem, como resultado da insegurança e da falta de uma moradia digna, criam efeitos a longo prazo e frequentemente debilitantes. Por exemplo, os distúrbios psiquiátricos, o Transtorno de Stress Pós-Traumático, exaustão mental e síndrome da fadiga crônica afetam também a qualidade de vida e a saúde dos refugiados (Persky & Zukhurova, 2000; Pfarrwaller & Suris, 2012). Esta situação é agravada pela inexistência de uma política de inserção social a longo prazo, dirigida aos refugiados por parte das autoridades moçambicanas. Como resultado, os refugiados passam por momentos de privação material prolongada, incerteza e exclusão social.

A maioria dos refugiados nesta comunidade não tem enquadramento. As pessoas pensam em construir uma casa ou uma loja, mas têm medo de perder tudo. As pessoas lembram aquilo que aconteceu nos outros campos de refugiados. Por exemplo, em Tanzânia havia um campo chamado Lugulo, que hoje se encontra fechado. As pessoas tinham construído suas casas e não sei o quê, quando o campo fechou, o governo tirou toda gente. Aqueles que não queriam voltar para o Congo foram levados para um outro campo chamado Nyarugusu. Você tinha que levar os seus pertences, mas as casas e barracas tinham que ser demolidas. Então, as pessoas começam a pensar nisso: se eu construir aqui no campo, que não é meu terreno, não tem documento, não tem legalidade de que já me pertence, se um dia o governo decidir fechar isso, dizer voltem ou vão para lugar X, o que será do meu investimento? (...) é por isso que a maioria dos refugiados constrói casas precárias, aquelas de pau e matope. Algumas pessoas têm dinheiro, mas não podem construir uma casa de blocos/alvenaria. É frustrante. Vivemos aqui vários anos e não podemos melhorar as nossas condições de vida, porque não sabemos o que vai ser no nosso futuro. (...) E outra coisa, as pessoas agora têm medo. Eu até vou deixar claro: muita gente não gosta disso; isso já aconteceu com muitas pessoas que eu conheço; até eu já tentei tratar documentos da minha casa lá em Namiala, mas não consegui. Quando você compra terreno fora daqui, na cidade ou aonde, constrói a sua casa. Tem aquele documento que não sei como se chama em português, que o governo lhe dá para você ser dono daquele terreno. (...), mas para nós refugiados, o governo não aceita a legalização dos nossos documentos. Muitos refugiados têm casa por aí e já andaram muito, mas ninguém teve o documento. (...) aqui em Moçambique é fácil construir uma casa, mas é difícil

legalizar os documentos. Por isso, estamos a viver uma vida sem futuro. Não é possível uma pessoa fazer planos de vida, nem para os nossos filhos (E42, 51 anos, sexo masculino, Ruanda).

A ajuda que queremos aqui em Maratane é de emprego. Há muitos jovens aqui no Centro que não fazem nada. Não têm emprego, não tem nada. Nós temos profissão, mas não temos vaga para trabalhar (...) a administração de Maratane, mesmo a ACNUR, podia ajudar-nos a encontrar algo para fazer (...) podíamos trabalhar lá na cidade...mas nada. Só acordámos e ficamos. Por isso, muitos de nós acaba se metendo nas drogas e bebida (...) e a bebida está a matar os jovens daqui na zona, mas que fazer. É o divertimento dos jovens daqui... perdemos esperança na nossa vida. Não é possível viver sem emprego. Nem casar podes. Como vais ter mulher se não tens dinheiro? Então, é só ficar. Não sabemos o que vai acontecer amanhã. É só ficar. Não há nada a fazer (E12, 28 anos, sexo masculino, Somália).

Como se pode notar, muitos jovens refugiados, devido à situação de vulnerabilidade e por dispor de muito tempo sem nada útil a fazer, começam a recorrer ao álcool e a outras drogas para evitar enfrentar os seus verdadeiros problemas. Estas substâncias podem prejudicar seriamente a saúde. Deste modo, quando os refugiados vivem em condições miseráveis, os riscos para a saúde aumentam ainda mais, o que poderá afetar, além da família, toda a sua comunidade (Sowey, 2005; Kane & Greene, 2018; Horyniak *et al.* 2016).

De facto, os eventos stressantes são agravados, sobretudo, pela falta de habitação na sociedade anfitriã, emprego, consumo de drogas e álcool e a estadia prolongada nos centros de acolhimento, aliado a falta de perspectiva de uma vida futura a curto prazo. Como adverte Bala: “The uncertainty makes it difficult for asylum seekers to re-establish a feeling of security, predictability, role identity and commitment to the present: it aggravates existing psychological problems and triggers new ones” (Bala, 2005:176).

Deste modo, muitos refugiados e requerentes de asilo estão em risco de problemas de saúde mental, por causa dos determinantes sociais da saúde acima arrolados, que poderão estar associados ao desenvolvimento da “Perturbação Pós-Stress Traumático” (PTSD), que é muito comum na população de refugiados (Bala, 2005; Pfarrwaller & Suris, 2012; Buhmann, 2014; Slobodin & de Jong, 2014; Hynie, 2018; Haydu, 2017; Antunes, 2017).

4.3.1.2.3 A centralidade dos problemas e das barreiras socioculturais

Have you ever felt when you went to the doctor that your problem wasn't understood or that your treatment was not relevant to your health problem? Cultural differences between physicians and their diverse clients make cross-cultural misunderstandings inevitable (Winkelman, 2009:2).

Dos três aspetos identificados em Maratane que constituem as barreiras “externas” no acesso dos serviços e cuidados de saúde dos refugiados, as questões socioculturais tomam uma maior centralidade. Pois, é neste fator onde se estabelecem as interações médico/paciente e, no seu meio, vem à superfície as barreiras linguísticas e comunicacionais os dois agentes. Esta situação pressupõe a intervenção de um elemento “estranho” que é o intérprete, numa situação em que, muitas vezes, (ou quase sempre) se exige uma comunicação/relação a dois, através da qual se forma o elo de confiança, de abertura e de sigilo que deve marcar a relação médico e paciente.

No que diz respeito às barreiras socioculturais, os estudos anteriores constataram consistentemente o estigma, a incompatibilidade entre o sistema biomédico de diagnóstico e tratamento, por um lado, e os problemas e necessidades dos refugiados e requerentes de asilo, por outro lado. Estas barreiras concorrem para que os refugiados se sintam rejeitados pelos agentes da saúde e, por consequência, podem receber alta sem diagnósticos claros ou receber analgésicos, independentemente do tipo de queixa apresentada (Apalata *et al.* 2007; Kiselev *et al.* 2020).

É neste contexto que a comunicação médico-paciente se torna um obstáculo, exatamente porque nesta interação os atores não compartilham a mesma cultura, linguagem, a maneira habitual de se relacionar, nem o mesmo universo simbólico de significados. Neste contexto, há ausência de uma “sensibilidade cultural”, no sentido de que a abordagem da assistência à saúde deverá considerar que o atendimento médico dirigido aos refugiados tem especificidades culturais a considerar. Por isso mesmo, MacLachlan (2006) sugere que haja uma “sensibilidade cultural,” uma abordagem dos problemas humanos que aceita modelos causais alternativos do que modificar uma teoria ou um *ethos* convencional para levar em conta as peculiaridades culturais, sob o risco de suscitar *nuances* de conflitos, desconfianças e rejeição social.

Realmente, os dados da pesquisa evidenciam relatos que consubstanciam algumas *nuances* de estigmatização/ rotulação em relação aos refugiados, o que, por conseguinte, principia um sentimento de rejeição e “mal-entendidos transculturais” durante a interação com os agentes de saúde.

A maior dificuldade, falando a verdade, é que hoje em dia os médicos moçambicanos já colocaram na cabeça que os refugiados são pessoas confusas e complicadas. Então, quando um refugiado chega ao hospital e explica o que está a sentir, as vezes o médico diz que isso não é possível, que não é aquela doença. Aí, começa a confusão. O refugiado sente que está a ser maltratado, porque compara as formas de tratamento que recebia na tenda lá em Tanzânia e a forma de tratamento que recebe aqui em Moçambique. Esquecemo-nos que os países são diferentes e que as culturas são diferentes e o modo também de nos tratarmos terá que ser diferente. (...) Aqui em Moçambique, os moçambicanos não reclamam muito. Naturalmente, moçambicano não reclama muito. Percebem facilmente as coisas, mas para os refugiados é difícil perceber as coisas. Eles querem reclamar. Mas quando querem reclamar, o médico moçambicano diz que o refugiado é confuso e perde a paciência. Acaba não fazendo o atendimento ou diz que não há medicamentos, porque já está magoado (Homem, 46 anos, Congo, grupo focal).

Estes preconceitos podem influenciar os outros refugiados, porque as suas opiniões e narrações negativas sobre os agentes de saúde podem afetar o ambiente e adesão aos centros de saúde. Assim, a ida ao médico pode, *à posterior*, ser considerada inútil (Kiselev *et al*, 2020). Os refugiados relataram também problemas ligados a falta de empatia dos médicos em relação aos pacientes, o que Betancourt (2016) designa de “falta compreensão transcultural” por parte dos agentes de saúde, devido a procedimentos do diagnóstico dos sintomas/doenças enviesadas de conhecimento de elementos transculturais.

Os médicos de Moçambique são diferentes. Você diz-lhe quais são os sintomas, mas ele nunca vai dizer que é doença X. Só te vai receitar medicamentos. Então, quando você chega ali e diz eu sofro de asma, ele diz traga lá documento o médico que diz que eu você sofre de asma. (...) se você sabe que sofre de asma, porquê não foi comprar medicamentos? Já quando há troca desse tipo de conversa, há problemas na

parte do refugiado e na parte o médico. Então, uma coisa que eu posso dizer é que os médicos têm que ser mais pacientes. Os médicos têm que aprender a conhecer a cultura dos refugiados, o seu comportamento, o seu modo de ser. Os médicos têm necessidade de aprender isso, porque é muito importante para a comunicação entre os refugiados e eles. Pois, quem deve conhecer melhor o outro é o médico; conhecer, perceber, e evitar que haja desentendimento. Deve aprender qual é a cultura dessas pessoas e saber como é que vivem lá na sua terra. Então, isso é importante na minha forma de ver. Acho que é importante que o médico aprenda isso (E16, 26 anos, sexo feminino, Ruanda).

Problemas existem sim, porque nós somos refugiados e temos a nossa forma de ser. E os médicos não percebem, às vezes, o que a gente fala. Algumas doenças só sabemos explicar bem na nossa língua materna. Como eles não conhecem a nossa tradição, fica difícil para eles entenderem o que a gente sente, para depois nos receitarem os medicamentos. Por isso, há muita confusão nas receitas dos médicos e só percebemos ao chegarmos à farmácia, quando vimos que o remédio é diferente da doença que temos. Quando voltamos para reclamar aos médicos, eles não gostam. Dizem que não podem atender a mesma pessoa duas vezes no mesmo dia (E30, 36 anos, sexo feminino, Ruanda).

O conflito cultural na interação médico-paciente torna-se evidente nos trechos referenciados. Pois, na percepção dos pacientes (refugiados) o “falso diagnóstico” e, conseqüentemente, o tratamento inadequado resultam do não domínio da tradição/cultura do refugiado por parte dos agentes da saúde. É neste sentido que Betancourt (2016) advoga que alguns profissionais de saúde não estão tão prontamente preparados para lidar com as diferenças culturais dos pacientes. Eles não dão, completamente, o devido apreço às necessidades dos pacientes e consideram as experiências como peculiares quando, de facto, um “provedor transcultural” compreenderia e acomodaria tais variações nos cuidados solicitados pelos refugiados.

Esta compreensão é possível, quando a anamnese¹⁵ é centrada no paciente, onde o médico emprega a sua habilidade de comunicação, para descortinar os aspetos da vida do indivíduo, relacionado às doenças e que guardam os segredos das suas causas e das curas (Covas & Moreira, 2013). Portanto, a forma como o médico responde a estes aspetos emocionais determina não somente a qualidade do relacionamento médico-paciente, como também a adesão ao tratamento, à adaptação à nova situação vivenciada e ao próprio curso e desfecho da doença. Isso exige um modelo “comunicacional”, que requer mudança de atitude por parte do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento (Caprara, Lins & Franco, 1999:651; Covas & Moreira, 2013).

Nesta perspetiva, fica patente que a consulta médica é um espaço social de partilha de significados, gestos e códigos culturalmente localizados, isto é, um espaço de interação simbólica, uma vez que o comportamento humano envolve não somente uma resposta direta às atividades, mas também dirigida à intenção do “outro generalizado” (Ferreira, 2011).

4.3.1.2.4 Fatores linguísticos e dificuldades de comunicação

As dificuldades linguísticas e comunicacionais revelaram-se como uma das principais barreiras que os refugiados enfrentam no acesso a serviços de saúde no Centro de Maratane. Devido à falta de conhecimento da língua, o refugiado é impedido de expor as suas necessidades de saúde, o que pode contribuir para a falta de adesão ao tratamento, atrasos ou erros de diagnóstico, exames desnecessários e tratamentos incorretos (Pereira, 2017; Bempong *et al.* 2019). Os refugiados têm, pois, dificuldades de expressar a sintomatologia e entender as instruções de tratamento médico devido às barreiras linguísticas.

A comunicação com os agentes de saúde revela-se crítica para trajetórias de diagnóstico e tratamento médico. E, de facto, os nossos informantes relataram vários episódios que demonstram barreiras comunicacionais, na interação com os agentes da saúde, devido à falta

¹⁵É recordação, querendo dizer que a partir da memória, da lembrança das sensações do paciente e de como se deu sua verbalização é que o médico busca os dados referentes à saúde do mesmo. Essa narrativa, ou história, deve compreender desde os dados de identificação até o motivo da consulta, passando por todos os antecedentes relativos à saúde do paciente em geral (Ferreira, 2011:218).

domínio da língua portuguesa, o que acaba revelando-se como “ruído” no diagnóstico médico e, por conseguinte, na administração inadequada dos medicamentos aos pacientes:

O grande desafio para algumas pessoas é o problema de comunicação, principalmente quando chega ao médico e não sabe falar português. Como quer a cura da doença, tem que procurar maneiras de se entender com ele. E as vezes o médico vai perceber mal o que você está a querer contar sobre o seu estado de saúde; por isso, ele acaba receitando-lhe um medicamento que não vai de acordo com a sua doença. (...) para o meu lado nunca aconteceu, pessoalmente, mas dentro da família já aconteceu com um membro. Quando ele se dirigiu ao hospital, não conseguiu se comunicar bem com o médico por falta de conhecimento da Língua portuguesa e isso aconteceu duas vezes. Tanto que se viram forçados a procurar alguém que tivesse domínio da língua portuguesa para tentar ajudar na comunicação com o médico. (...) eu, por exemplo, tento falar assim mesmo o português que percebo e aquilo que não percebo em português tento misturar com a minha língua materna. (...) Ele também percebe à maneira dele o que explico (Homem, 34 anos, Burundi, grupo focal).

Quando vou ao médico, eu falo swahili misturado com um pouco de português. Mesmo assim, quando falo em swahili, o médico diz “está bom, está bom”, mostrando que está a entender, mas no fim receita-me medicamentos diferentes da doença que lhe falei. Então, não sei se o médico percebe o que estou a falar ou se há problema de linguagem, e de entendimento, ou se há falta de conhecimento do trabalho dele. (...). Então, se ele não percebeu, por que não me falou que não percebeu o que eu disse? Então, no fim só me dá paracetamol e diz para ir comprar na farmácia. Eu disse que tinha problema de Bandama e só me receitam paracetamol. Eu sofro de Bandama. Essa doença provoca dores de cabeça e febre. Quando chego lá e conto o que estou a sentir, falo que tenho problema de Bandama. É o que está a causar tudo isso, mas o médico apenas receita paracetamol e diz que vai ajudar, que vou melhorar (E14, 52 anos, sexo masculino, Congo).

...depende nem, mas é complicado porque para perceber o que eu estou a sentir, tem que saber primeiro a língua. Sem saber a língua, você pode falar uma coisa e ele perceber outra coisa (E23, 50 anos, sexo feminino, Congo).

Há muitos problemas da língua. O refugiado, quando vai ao centro de saúde, não consegue dizer ao médico o que sente, porque o médico só domina português. O que acontece é que o refugiado já não diz o que sente e aí o médico acaba receitando um medicamento diferente. Isso acontece principalmente com os congolezes. Foi por isso que eu falei que os Bembe são um pouco confusos. Eles acham que sabem. Pode ser uma pessoa que não estudou, mas dirá a uma outra pessoa que fez faculdade que ela; não sabe nada e ele/ ela sabe mais do que ela. Então quando chegam lá, eles querem que o médico faça uma receita daquilo que eles querem. Ele pode dizer que quando costumo sentir algo o remédio que me ajuda é este. Assim, quer que o médico receite aquele medicamento que ele usa habitualmente (E16, 26 anos, sexo feminino, Ruanda).

A partir destes depoimentos pode concluir-se que estas barreiras linguísticas e de comunicação resultam em desconforto por parte dos refugiados e dos agentes de saúde e, sobretudo, criam espaços para a existência de dúvidas e desconfiança na competência técnica e no saber profissional do médico. Este clima de desconfiança conduz a que alguns refugiados duvidem do diagnóstico e ignorem a prescrição que lhes foi passada, fazendo recurso à automedicação (Zacarias, 2014). As barreiras linguísticas também afetam, significativamente, a saúde mental dos refugiados, pois, em certos casos, são vistas como determinantes de saúde, que causam problemas físicos e psicológicos, depressão e *stress*, condicionando, assim, o acesso e a qualidade na prestação de serviços de saúde bem como na adaptação e a integração à nova sociedade (Padilla, 2013; Hynie, 2018).

4.3.1.2.5 Da presença do “tradutor/intérprete” à ambiguidade e desconforto na interação médico/paciente

A prestação de serviços de tradução e interpretação, aliado a presença de uma terceira personagem (o intérprete), na relação entre o médico e o paciente, mostra-se como um dos obstáculos que influencia a saúde dos refugiados, dado às falhas na tradução e principalmente o desconforto que os pacientes/refugiados sentem pela presença do tradutor. Tanto os

profissionais de saúde quanto os pacientes expressam preocupação em relação ao papel dos intérpretes ou mediadores culturais. Por exemplo, os profissionais da saúde defendem uma comunicação direta com o paciente e, muitas vezes, sentem-se desconfortáveis com qualquer função que não seja a transmissão exata de mensagens.

Este desconforto é justificado pelo risco de haver distorções na comunicação, censuras e influências de intérpretes na transmissão dos conteúdos aos profissionais da saúde e vice-versa. Além disso, os profissionais de saúde esperam do intérprete, antes de tudo, imparcialidade e invisibilidade. Ademais, os médicos nunca sabem até que ponto um intérprete traduzirá o conteúdo de uma consulta, ou seja, se as informações são adicionadas ou omitidas (Marcos, 1979; Downing, 1992; Bowen, 2001).

O cruzamento de línguas, introduzido pela presença do intérprete, leva a um cruzamento de relações entre os três protagonistas: paciente-médico-intérprete. Em outros termos, nem sempre o tradutor linguístico possui todas as informações sobre o doente, quando solicitado pelo médico, e mesmo que conheça a biografia do paciente, é da responsabilidade do intérprete decidir quais informações são ou não pertinentes para serem trazidas à consulta (Ferreira, 2011).

No caso desta pesquisa, as evidências empíricas mostram exatamente o contrário. Não são os médicos, mas sim os pacientes/refugiados que expressaram desconforto e preocupação relativamente à presença dos intérpretes durante a interação com os agentes de saúde. A narração que se segue ilustra bem esta situação:

Os refugiados aqui no Centro de Maratane têm tido, entre eles, muitos conflitos. Não se confiam. Ninguém confia no outro. Então, quando um refugiado chega aqui [no Centro de Saúde] e encontra outro refugiado da outra etnia a trabalhar como intérprete, acaba criando problemas. Por exemplo, um paciente congolês encontra que quem está a trabalhar é um burundês ou um ruandês, já não se sente à vontade para falar. Acha que aquele não vai interpretar tudo o que ele quer. (...) outras pessoas preferem então trazer um familiar que sabe falar um pouco de português para ajudar. E pode estar acompanhado para ajudar a interpretar, porque não confia naquele que está ali e isso é um problema (Homem, 30 anos, Congo, grupo focal).

Este trecho coloca em evidência os conflitos sociais/choques culturais latentes entre diferentes etnias, uma vez que a confiança no intérprete encontra a sua base de sustentação na pertença a mesma etnia. Razão pela qual alguns, refugiados recorrem aos membros da sua família para servirem como intérpretes. Porém, algumas investigações mostraram que o uso de membros da família também pode ser percebido como limitada e problemático, porque eles podem sentir vergonha de para abordar alguns assuntos e, portanto, não estarem dispostos a transmitir certas informações ao médico, sendo também difícil garantir o código de confidencialidade (Hadziabdic & Hjelm, 2013).

No entanto, outros refugiados têm preferência em intérpretes “desconhecidos”, aqueles que não partilham da mesma rede de relações sociais. Pois, para este grupo de refugiados, com o recurso a estes intérpretes não há risco de fuga de informação no seio da comunidade, uma vez que as questões de saúde/doença são percebidas como “segredos da família”, principalmente enfermidades associadas ao câncer, tuberculose, VIH, etc.

Não é fácil conversar com o médico, enquanto está presente o intérprete. Não é fácil a pessoa se sentir à vontade. Temos nossos segredos de doença da família, que é difícil falar ao médico, enquanto o intérprete está presente. Pior ainda quando o intérprete é uma pessoa conhecida e vive na mesma zona. Se for uma pessoa de má-fé, toda a zona vai passar a saber dos meus problemas de saúde e da minha família e não teremos paz com os vizinhos (E27, 51 anos, sexo masculino, Burundi).

Desta feita, pode afirmar-se que os significados que a cultura, os seus códigos e as suas regras atribuem à doença podem afetar os comportamentos da família, passando a discriminá-lo e a excluí-lo do grupo. Por isso, o receio de desvelar o diagnóstico reside no temor quanto ao julgamento social, ou seja, há o medo da humilhação, o medo da vergonha e o medo da culpa (Sousa *et al.* 2004).

É neste sentido que manter o segredo da família em relação a doença seria uma forma de preservação e proteção dos seus membros, em consequência do processo de estigmatização associada a algumas doenças (Sousa *et al.* 2004; Imber-Black, 1994; Champman, 2010). No entanto, Smith & Niedermeyer (2009) advertem que os segredos, embora protejam alguns tipos de atenção indesejada para a família, podem ter outras consequências, como a forma que a pessoa vive com VIH e /ou os seus familiares usam os serviços de saúde.

Importa salientar que fora dos aspetos acima arrolados, a falta de domínio da língua oficial/local, no caso a língua portuguesa por parte dos refugiados, a presença ou ausência de um intérprete, afeta o encontro com o médico sob várias maneiras. Por um lado, a presença de um intérprete reduz a comunicação verbal direta e a reciprocidade não-verbal entre médico e paciente, tornando o encontro menos pessoal, diminuindo o senso de conexão dos pacientes com seu provedor (Angelelli, 2004). Por outro lado, a ausência do intérprete condiciona a interação com o médico, já que o refugiado não tem o domínio do arcabouço linguístico, simbólico e cultural do lugar ou país do acolhimento. Esta situação pode significar que muitas informações importantes, provavelmente, não são facultadas devido às limitações linguísticas, o que condiciona o acesso aos serviços de saúde no centro em causa. Este é, pois, o dilema do refugiado.

A pesquisa constatou ainda a falta de formação dos intérpretes em matérias de tradução e interpretação, o que Laher *et al.* (2018) designam de “intérpretes ad-hoc”, ou melhor, indivíduos que se envolvem ou realizem serviços de interpretação sem que tenham sido formalmente treinados. Eles realizam serviços de interpretação, apenas porque supostamente têm algumas habilidades linguísticas:

Para trabalharmos como tradutores, não temos nenhuma formação. O mais importante como requisito para admissão é o domínio da língua portuguesa, em primeiro lugar, e, em segundo lugar, temos que saber falar as nossas línguas nativas, mas principalmente o swahili, porque a maioria dos refugiados fala swahili. (...) as questões culturais não são importantes. Não é requisito para admissão. O mais importante é mostrar o domínio das línguas durante a entrevista¹⁶ (E50, 27 anos, sexo masculino, Congo).

Eu sou interprete aqui, mas nunca estudei em Moçambique. Nunca fiz nenhum curso da língua portuguesa. Só fui esperto e tentei aprender pessoalmente no bairro onde eu vivia com os amigos. Interessava-me por livros, mesmo sem que não conseguisse ler devidamente; mas não domino a língua portuguesa. E para ser intérprete, também

¹⁶ De acordo com os nossos informantes, o processo de entrevista para a seleção dos intérpretes é, geralmente, conduzido por uma equipe composta pela direção do Centro de Saúde de Maratane, um oficial da ACNUR e um representante do INAR.

precisa conhecer a cultura das pessoas que falam aquela língua, a cultura local das pessoas que você está a interpretar. Mas também precisa conhecer a cultura de ambas as línguas. Se sou intérprete de swahili e português, tenho que dominar a cultura do português e a cultura do swahili, porque isso vai facilitar-me saber quais palavras posso usar na hora de interpretar. Então, nós como intérpretes aqui não recebemos nenhum seminário ou formação que possa nos ajudar a dominar a cultura moçambicana. Isso pode facilitar a comunicação para que não haja desentendimento. Então esse é que é o desafio (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

Como se pode depreender, as qualidades de um intérprete são determinadas pelas habilidades linguísticas da pessoa. No entanto, o bilinguismo é insuficiente para garantir capacidades adequadas de interpretação. Ademais, a falta de treinamento em interpretação faz com que estes tenham um conhecimento limitado em relação à terminologia médica e, em alguns casos, as habilidades linguísticas podem ser inadequadas (Hadziabdic & Hjelm, 2013). Esta lacuna nos serviços de tradução poderá significar um ruído de “significância clínica” (Laher *et al.* 2018), na interpretação da informação clínica ao médico, nesta interação médico-paciente e, conseqüentemente, no diagnóstico, tratamento e na administração dos medicamentos.

Além da lacuna, quanto à formação em linguagem clínica, ficou evidente na narração que a “competência cultural” não é considerada na admissão dos intérpretes no Centro de Saúde de Maratane. Como refere Rocha (2018), a cultura é um fator muito importante no que toca à tradução, o que leva a que um bom tradutor não possa ser apenas aquele que é proficiente em duas línguas, mas também alguém que, para além dos recursos tecnológicos essenciais, tenha um bom conhecimento tanto da cultura de partida, como da de chegada.

Este conhecimento multi e pluricultural permite reduzir e até sanar barreiras, incompreensões, imprecisões e ruídos no ato da tradução, o que implica o uso e acionamento de um vasto conhecimento não só linguístico como também das culturas envolvidas. Isto é de importância basilar e até vital em questões de saúde, como procuramos analisar neste trabalho, daí a questão da “competência cultural” se revelar primordial.

4.3.1.2.6 “Luto cultural” e implicações na saúde emocional e psicológica dos refugiados

O que até então se tem apresentado em resultado do trabalho de Campo em Maratane ilustra, de forma pertinente, as barreiras que os refugiados têm estado a enfrentar, face ao acesso e uso dos serviços de saúde num contexto que lhes é adverso no referido Centro. Como a saúde é um dos aspetos mais sensíveis e basilares da vida humana, é, pois, necessário que haja não só um largo espectro de acesso, bem como a sua qualidade desse acesso e a sua humanização. Em contextos de carência e de pobreza, bem como de se viver na qualidade de imigrante/refugiado, as fragilidades extremas e a exposição às diversas inseguranças e formas de indignidade humanas colocam-se em maior grau para as populações refugiadas.

As situações, as ocorrências ou as vivências violentas, caracterizadas pela dor e sofrimento, marcam para sempre as memórias dos indivíduos e moldam por consequência as suas identidades. Os refugiados vivem numa situação extrema, de violência, de medo, em contextos novos, estranhos e totalmente adversos.

Estas populações, de forma recorrente, vivem entre “dois mundos”: entre o “seu mundo” deixado para trás e um “novo mundo” sobre o qual devem e vão reconstruindo e reconfigurando as suas vidas, os seus universos simbólicos e a sua história individual e coletiva. É corriqueiro dizer-se que um povo sem memória é um povo sem história. É, em suma, um povo sem identidade, um povo perdido. A mesma posição é inteiramente válida para o indivíduo tomado de forma isolada, isto é, por si mesmo, pois a memória enquadra e agrupa aspetos pessoais, íntimos, familiares, coletivos, históricos de diversa ordem e conferem um sentido diacrónico de continuidade, gerando explicações, bases sobre as quais assentam os significados e os sentidos da vida pessoal e coletiva (Lihache, 2010).

A vida dos refugiados representa uma vivência de rutura extrema, onde eles procuram, a todo o esforço, proceder com a reconstrução da normalidade possível. Tendo em conta esta situação, pode aqui afirmar-se de uma espécie de vivência de um “luto cultural”, que seria uma experiência de luto de uma pessoa desenraizada, resultante da perda de estruturas sociais, valores culturais e identidade próprias (Henry *et al*, 2019:10). Portanto, esta situação deriva da rutura do que anteriormente era o seu universo, a sua vida e a sua normalidade, a sua cultura, os seus valores, etc, e a transição para uma nova fase, em busca de criar novas bases, nova vida, novas reconfigurações. E para que isto suceda há que existir um período de

transição que corresponde a um “luto” para depois se avançar para novas realidades. Esta situação sucede, portanto, no que diz respeito à saúde dos imigrantes e refugiados.

No terreno constatou-se uma situação visível e outra não. Ou seja, o trabalho não explorou com profundidade tudo o que havia, mas detetou que na saúde dos refugiados existia a questão da vivência de situações de saúde ligadas ao sofrimento, a dor, as preocupações, a angústia, ao *stress*, vividos e suportados no silêncio. Remotamente traduzíveis, como se pode verificar neste trecho:

(...) acabei habituando-me a ir à igreja, porque neste campo onde estamos, como é longe de casa, não temos a nossa tradição. Não temos como falar com os nossos irmãos, tios e nos antepassados. (...) os cemitérios da família ficaram lá na terra e as nossas palhotas foram destruídas pela guerra. Com pode perceber, não temos como chorar os nossos antepassados. A nossa cultura ficou atrás e isso prejudica a nossa vida espiritual, porque não temos contacto com os antepassados. (...) a única solução que tenho é recorrer à igreja, eu e os meus filhos. Mas não é mesma coisa, porque nós somos africanos e não podemos viver sem a nossa tradição. (...) sempre foi assim em África. A tradição é muito importante. Sem tradição não há vida (E4, 58 anos, sexo feminino, Ruanda).

O relato ilustra, claramente, que o novo espaço de reassentamento dos refugiados coloca em suspensão o universo das práticas culturais e principalmente os elementos simbólicos que serviam de suportes terapêuticos mormente os “cemitérios familiares”, “palhotas”, que na tradição africana são tidos como lugares sagrados e de encontro/ligação espiritual com os antepassados.

Na nossa cultura, tínhamos a prática de Kutambikiya, que é uma cerimónia de evocação dos espíritos e de antepassados que servia para expulsar as doenças estranhas [ligados à feitiçaria], expulsar a maldição. E mesmo quando havia fome na comunidade, usava-se essa prática para solucionar os problemas e aliviava-se muito o sofrimento. Esta cerimónia tradicional é mais usada no Sud-Kivu, nas etnias Bembe, Zomba, Uvira, Fizi. (...) é uma das cerimónias que temos falta aqui em Maratane. (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

A quebra destes sistemas de cultura e dos seus elementos terapêuticos de suporte poderão estar na origem de problemas de saúde mental para a comunidade de refugiados neste Centro, pois são a causa de potenciais stresses, angustias e traumas. A migração forçada origina ruturas com os valores culturais, estruturas sociais, referenciais identificatórios, redes de apoio e todo um processo de partilha e de construção de sentido, como a perda de acompanhamento pelo grupo, falta de suporte familiar, social e cultural e impossibilidade em dar um sentido culturalmente aceitável a problemas, tais como a tristeza, sofrimento e angustia (Ramos, 2010; Henry *et al.* 2019).

Com a guerra, perdemos tudo. Perdemos também a nossa tradição, os nossos locais de culto, as igrejas. Todos os locais sagrados foram destruídos pela guerra. (...) é uma parte de nós que ficou lá na terra. Aqui, onde estamos, temos que desenrascar, mas não é mesma coisa (E30, 36 anos, sexo feminino, Ruanda).

(...) o meu marido foi morto em casa, acusado de facilitar os rebeldes a entrarem em Congo, porque trabalhava na fronteira de Kamanyola, que é a fronteira entre o Congo e Ruanda. O grupo dos Mai-Mai acusou-o, acreditando que ele facilitava a entrada dos ruandeses no Congo. (...) foi morto à nossa frente e não tivemos tempo para o enterrar, porque fugimos de seguida, para não sermos mortos (E17, 58 anos, sexo feminino, Congo).

Ademais, os refugiados continuam a viver o passado e têm, por vezes, sentimentos de dor e de culpa pelo abandono da cultura e da terra natal e das obrigações espirituais de cuidar dos mortos. Desta feita, eles poderão desenvolver pensamentos mórbidos e raiva que prejudicam a capacidade de continuar com a vida cotidiana (Henry *et al.* 2019).

O período em que o sujeito permanece para se reencontrar tem efeitos na sua posição subjetiva e no laço social. Neste sentido, o deslocamento cultural e o desemparo social podem constituir as principais causas de sua tristeza e depressão. A exposição traumática gera prejuízos significativos e se perdurar por um período especificado, poderá ser necessária uma intervenção psiquiátrica (Henry *et al.* 2019:10), criando, em última instância, outros e novos problemas de saúde.

4.4 ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE E DOENÇA ENTRE OS REFUGIADOS

Esta subseção apresenta os resultados sobre as estratégias de autogestão de saúde e doença acionadas pelos refugiados residentes no Centro de Refugiados de Maratane, na província de Nampula. O mesmo está estruturado em dois pilares principais, nomeadamente: *i*) os mecanismos e processos decisórios na gestão de saúde e doença no quotidiano; *ii*) os cuidados de saúde - práticas terapêuticas pluralistas, subdividido em oito (8) seções designadamente: o acesso formal aos cuidados de saúde (sistema biomédico); as práticas biomédicas paralelas (informais); as crenças, religiosidade e espiritualidade como recursos terapêuticos; a reabilitação nutricional de crianças, bem-estar e crescimento saudável – o caso da Igreja “São Francisco Saverio”; o desbloqueio das “minas plantadas” e as doenças do feitiço; o sistema popular – cosmologias locais e a primazia da medicina tradicional; o recurso à auto-medicação como terapia alternativa e, por último, o capital social redes sociais de solidariedade e saúde entre os refugiados.

4.4.1 Mecanismos e processos decisórios na gestão de saúde e doença no quotidiano

A tomada de decisão é um processo desencadeado sempre que existe um problema a ser resolvido e consiste na escolha de alternativas de uma ação dentre várias possíveis, visando a solução, mitigação ou prevenção de problemas (Moraes & Soares, 2016). Este processo é influenciado por uma complexa pluralidade de fatores de ordem social, cultural e económica.

Na área da saúde, as decisões podem ser particularmente difíceis, quando envolvem uma complexa rede de incertezas relativamente a diagnósticos e terapias, preferências e valores do paciente e também os custos económicos e sociais envolvidos. Diferentemente da maioria das deliberações diárias, as decisões de assistência médica têm consequências substanciais sobre a saúde e envolvem inúmeras incertezas. Essas incertezas dizem respeito ao diagnóstico, a precisão dos testes de diagnósticos disponíveis, a história da doença, os efeitos do tratamento (Hunink *et al.* 2001).

As escolhas e decisões não são feitas num vácuo. Elas são orientadas por uma diversidade de valores socioculturais e experiências subjetivas contidas nos processos decisórios, o que

permite que os refugiados acionem diversas estratégias de gestão de risco de saúde e doença. Nesse sentido, e a partir dos dados obtidos no trabalho de investigação, foi possível identificar os alicerces de construção dessas estratégias e as dinâmicas sociais na busca da saúde e bem-estar por parte dos refugiados.

As narrativas dos refugiados sugerem que a deliberação sobre a adoção de itinerários terapêuticos é feita em função das condições socioeconômicas e culturais, o que determina, por consequência, a escolha dos diferentes cuidados de saúde. Deste modo, os refugiados tomam decisões com limitações, em termos de abrangência e qualidade dos serviços de saúde prestados nos centros ou hospitais públicos, ao serem comparados com os serviços prestados na arena privada. E quando os depoentes afirmam que o tratamento de doenças (sem nenhuma distinção) devia ser gratuito, por um lado, e, por outro, vão aos centros de saúde em “situações extremas”, de forma latente, clama-se pela melhoria dos serviços públicos de saúde.

Sem dinheiro não é possível ter saúde. A pessoa pode estar doente, mas se não tem dinheiro não tem acesso ao tratamento nos hospitais. Como vai comprar medicamentos? Mas não devia ser assim. A saúde tinha que ser gratuita, porque ninguém escolhe ficar doente assim do nada (E9, 28 anos, sexo feminino, Burundi).

Os dados empíricos evidenciaram a cultura/tradição como base usada pelos refugiados para tomada de decisão na adoção de roteiros terapêuticos face aos constrangimentos no acesso aos serviços de saúde. Neste contexto, eles tomam as suas decisões orientadas pela crença na figura dos curandeiros, médicos tradicionais, feiticeiros e na espiritualidade religiosa para a gestão da saúde e doença.

Quando temos problemas de doenças, recorremos às nossas raízes. As raízes curam tudo. A natureza tem todos os tipos de medicamentos e foi sempre assim. Os nossos antepassados curavam as doenças com as raízes. Isso faz parte da nossa tradição como africanos. Por isso mesmo só vamos para o centro de saúde, quando são aquelas doenças mais complicadas (E34, 39 anos, sexo feminino, Congo).

Eu sou crente e todas as minhas decisões são baseadas na minha religião. Deus é que nos guia. E é graças a religião que consigo ligar vários problemas do dia-a-dia. (...) a oração e a crença em Deus são muito importantes para ter uma boa saúde. Toda a gente reza para ter uma boa saúde. Mesmo os médicos rezam e confiam em Deus.

Estou a mentir? (...) as minhas rezas ajudam-me muito e graças ao Senhor eu e a minha família estamos muito bem de saúde (E24, 37 anos, sexo masculino, Burundi).

Assim, as crenças, conjugadas com a proveniência do refugiado, afiguram-se variáveis de controlo para averiguar como, em determinadas situações, os indivíduos criam, percebem (acreditam) e acionam estratégias para fazer face às questões ligadas à saúde e doença e às respetivas lógicas terapêuticas.

O sistema popular revelou-se também determinante na tomada de decisão em relação ao seguimento dos itinerários terapêuticos. Neste contexto, as decisões são feitas por intermédio da rede de referência leiga, dentre outros aspetos, sobretudo quando procurar um profissional, qual deve visitar, como procurar alternativas terapêuticas, quanto tempo permanecer no tratamento, se deve ou não cumprir as recomendações terapêuticas e como avaliar o resultado (Kleinman, 1980). Este procedimento compreende, principalmente, a assistência e gestão de doença/saúde no contexto familiar, mas também inclui as redes sociais, baseadas em grupos de amigos, vizinhos, conterrâneos, etc. É neste sistema de saúde que a maioria das decisões são tomadas, incluindo a procura de ajuda e o acesso as informações sobre eficácia do tratamento.

Finalmente, o processo de tomada de decisão é para alguns refugiados guiado pela “racionalidade científica”, pois eles acreditam na prática médica para a solução dos seus problemas de saúde, daí o recurso aos serviços oficiais de assistência médica, sob domínio dos profissionais de saúde. Neste contexto, as decisões sobre a forma de tratamento são tomadas com referência a várias alternativas distintas, como clínicas e hospitais públicos e privados, farmácias e profissionais de saúde (Stoner, 1986).

Quando fico doente, tenho ido primeiro ao hospital. Temos que evitar a automedicação. Só depois de fazer análise é que poderei saber da doença e dos medicamentos a tomar. É por isso que existem os hospitais. Tenho feito isso sempre e transmito isso à minha família (E25, 42 anos, sexo masculino, Ruanda).

Em suma, é dentro destes diferentes domínios que os refugiados orientam as suas decisões e as escolhas terapêuticas na busca dos cuidados de saúde. É de salientar que estes sistemas não são apenas característica particular dos refugiados. Todos os países em desenvolvimento possuem múltiplos sistemas terapêuticos. Como se pode observar no subcapítulo a seguir, as

estratégias de autogestão da saúde/doença refletem na diversidade de recursos terapêuticos selecionados, a fim de fornecerem uma resposta aos problemas de saúde que afetam a comunidade de refugiados no Centro em referência.

4.4.2. Em busca de cuidados de saúde - práticas terapêuticas pluralistas

Da análise das práticas e estratégias adotadas pelos refugiados no Centro de Maratane, identificou-se um conjunto diversificado de itinerários terapêuticos que são acionados com vista a gerir a saúde no quotidiano. Entende-se por itinerário terapêutico um conjunto de estratégias ou práticas individuais/socioculturais de saúde acionados para a busca dos serviços de saúde ou com vista a preservação ou recuperação dos seus problemas de saúde (Gerhardt, 2006; Cabral *et al.* 2011; Luz *et al.* 2019).

Paralelamente a este processo, há a presença da “terapia pluralística” que consiste numa forma específica de prática, baseada em métodos de orientações variada e que é caracterizada pelo diálogo e negociação sobre os objetivos, tarefas e métodos de terapia (Lopes, 2010:27). Trata-se, portanto, de atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento e a existência de diferentes concepções médicas sobre o adoecer e o tratamento adequado, resultado de estratégias construídas para a resolução dos problemas de saúde (Alves, 2015).

Os dados da pesquisa indicam a existência de vários itinerários terapêuticos que a comunidade de refugiados de Maratane recorre como estratégias para a gestão da saúde e doença no seu quotidiano. O esquema que se segue foi desenhado a partir dos resultados da pesquisa e evidencia as diferentes estratégias acionadas, designadamente: o recurso aos cuidados de saúde formal (sistema biomédico); as práticas biomédicas paralelas (informais); as crenças, religiosidade e espiritualidade como recursos terapêuticos; a reabilitação nutricional de crianças; o desbloqueio das “minas plantadas”; o sistema popular; o recurso à auto-medicação e, por último, o recurso ao capital social e as redes sociais de solidariedade.



Figure 1: Sistema de itinerários terapêuticos

4.4.2.1 Acesso formal aos cuidados de saúde – o Sistema Biomédico

A biomedicina baseia-se nos princípios da ciência moderna, tecnologia, conhecimento e análises clínicas, nos quais os conceitos de saúde e doença são vistos em termos da constituição orgânica e biológica do corpo humano. As práticas médicas apresentam, por norma, um caráter marcadamente biomédico (Stoner, 1986; Freitas & Mendes, 2013). Assim, alguns refugiados recorrem aos serviços de saúde oferecidos pelos hospitais públicos ou privados, sob gestão e orientação dos profissionais de saúde, como constatado no “Capítulo IV”.

No âmbito deste modelo, os refugiados procuram os serviços hospitalares para cuidar de saúde. Entretanto, eles articulam-no com outro tipo de atenção. Pois, face às fragilidades e constrangimentos que encontram na unidade sanitária local, uma parte não representativa de refugiados, especificamente os grandes agricultores camionistas e comerciantes locais, tem recorrido às clínicas privadas ou ao Hospital Central de Nampula. É uma estratégia usada por aqueles que têm poder económico para superar as fragilidades estruturais, e uma via alternativa fora da unidade sanitária local.

Eu como motorista de camiões tenho conseguido safar-me em termos da minha saúde e da minha família. Com o pouco dinheiro que arranjo, consigo comprar medicamentos e levar as minhas crianças para algumas clínicas com mais condições. As minhas filhas são asmáticas, tenho, pois, que arranjar melhores hospitais para elas. Neste momento a mais velha está na África do Sul a fazer tratamento. Está lá com o meu irmão desde o ano passado. (...) ainda ontem, falei com ela. Está a melhorar graças a Deus (E8, 39 anos, sexo masculino, Somália).

Tenho recorrido aos hospitais privados ou Hospital Central de Nampula, porque o Centro de Saúde de Maratane não está capacitado para o seguimento da doença da minha filha (anemia crónica). O outro problema é que o Centro de Saúde daqui demora muito na transferência dos doentes para outros hospitais, por isso não temos outra solução. Temos que procurar a solução nos privados (E25, 42 anos, sexo masculino, Ruanda).

Os relatos apresentados circunscrevem-se na lógica das desigualdades sociais, enquanto barreiras que se manifestam no seio dos refugiados de Maratane que, por sua vez, estão vincadas na estrutura social e nas políticas de saúde vigentes no contexto moçambicano. Conforme se pode notar, são os indivíduos com maior capital social e económico, isto é, o grupo de elite local, que mais frequentemente utilizam os serviços privados de saúde. Esta tendência revela as *nuances* de desigualdades socioeconómicas no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Você sabe que o nosso sistema de África, não só de Moçambique, quase toda a África, com dinheiro você é bem tratado. Em toda a África, não é só aqui, mesmo em Congo, em Burundi, até aqui é normal do que em outros países. Então, os que têm dinheiro não vão a este Centro de Saúde de Maratane. Procuram clínicas privadas. Nas clínicas o atendimento tem muita qualidade e nunca há falta de medicamentos. Mas nós que não temos dinheiro não temos alternativa. Ou vamos a este Centro ou recorremos às raízes para cuidar da nossa saúde (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

Assim, o capital económico revela-se como um determinante social, que condiciona o acesso a qualidade dos serviços de saúde, porque os refugiados com menor ou sem poder económico

ficam desprovidos dos tais serviços. Este capital confere, a um grupo específico de refugiados, ganhos e vantagens no acesso aos cuidados e serviços de qualidade, principalmente aqueles oferecidos pelas clínicas privadas.

Na seção seguinte analisam-se as práticas paralelas (informais), que constituem estratégias de gestão da saúde/doença, que os refugiados acionam devido às barreiras linguísticas e constrangimentos culturais na interação com os profissionais de saúde.

4.4.2.2 Práticas biomédicas paralelas (informais) em Maratane

A incapacidade do Estado de oferecer cuidados de saúde de qualidade tem levado grande parte da população à procura de formas alternativas. E, de facto, os problemas estruturais e a relação de desconfiança entre o médico e o paciente influenciam, de forma significativa, na tomada de decisão para recorrer aos serviços dos “médicos informais”.

No caso de Maratane, os dados da pesquisa indicam a existência de refugiados que exerceram, em algum momento de suas vidas, a profissão médica nas suas zonas de origem e também em outros campos, antes de se fixarem no território moçambicano. São indivíduos que praticam a medicina informalmente, isto é, sem reconhecimento das suas competências médicas pelas estruturas de saúde local. Assim, alguns refugiados, através dos serviços de saúde oferecidos por estes médicos informais, buscam alternativas terapêuticas para fazer face aos seus problemas de saúde.

Como sempre, há falta de medicamentos no hospital. Recorremos, pois, a pessoas ou médicos no bairro para fazer tratamento e comprar de medicamentos. Estes nossos conterrâneos ajudam-nos bastante. (...) Mesmo sem dinheiro, podemos fazer vale dos medicamentos, porque eles entendem que nem sempre o temos. A doença pode chegar numa hora em que não há dinheiro. A doença não avisa. Você também sabe que a doença chega a qualquer momento (E8, 39 anos, sexo masculino, Somália).

Quando não encontro medicamentos no Centro de Saúde ou não tenho boa solução, recorro às pessoas conhecidas que eram funcionários de saúde na minha terra. Estes fazem também consultas e vendem medicamentos. Eles atendem bem e explicam, com atenção, o problema dos doentes. Sei que não é legal, mas não temos alternativa. As

clínicas lá na cidade são muito caras. Não temos dinheiro nem para comer. Dependemos do ACNUR (...) (E21, 36 anos, sexo feminino, Burundi).

Igualmente, o recurso a medicina informal é condicionado pela desconfiança em relação ao tratamento médico formal; pelas barreiras linguísticas e pelos constrangimentos culturais já discutidos no capítulo V. E, realmente, há vários aspetos destacados pelos entrevistados que os fazem recorrer aos “médicos informais” dentre eles, o desengano médico, a relação de confiança deficitária entre o médico e o paciente, os défices de literacia em saúde, o não fornecimento de uma explicação satisfatória, o resultado pouco eficaz do tratamento da doença, etc. De certa forma, uma gama de insatisfação e de lacunas do sistema público de saúde nacional faz com que seja fortalecido o regime paralelo de saúde (Cerqueira-Santos et al, 2004; Bäckström, 2009; Freitas & Mendes, 2013; Datta, 2013).

Por consequência, os refugiados são “empurrados” para a medicina paralela, motivados pela proximidade étnica e facilidade de comunicação, pelo acesso mais simplificado longe das burocracias formais e ainda em função dos custos/benefícios, a confiança e eficácia das terapias tradicionais.

Fora deste hospital, acabamos recorrendo a alguns médicos da zona. Há muitos médicos fora do hospital, embora não estejam a trabalhar no hospital, mas fazem atendimento médico. São pessoas que já foram enfermeiros ou mesmo médicos lá na terra. Fazem um bom atendimento e muitos refugiados confiam e tratam-nos muito bem. Isso é normal, porque mesmo fora do centro, existem muito dessas pessoas aqui em Moçambique (E12, 28 anos, sexo masculino, Somália).

Como no Centro de Saúde falta quase tudo, temos que procurar os médicos da zona. Eles são muito bons e não sei por que o hospital não os contrata. Seria bom para nós os refugiados, porque eles também são refugiados. (...) eles falam swahili e entendem bem quando explicamos as nossas doenças. É fácil explicar o que você sente. É diferente dos médicos moçambicanos, porque eles não percebem a nossa língua. Eles dependem dos tradutores do hospital e as vezes os tradutores também não percebem quando nós falamos. É complicado. Agora com esses nossos irmãos as coisas ficam mais fáceis. Eles são mais sensíveis aos nossos problemas de saúde (E38, 59 anos, sexo masculino, Somália).

Além do hospital, tenho usado raízes e plantas para tratar algumas doenças, mas também tenho consultado um médico que é meu vizinho. Nos dias em que o hospital anda cheio prefiro ir ao meu vizinho. Lá não tem muita gente, e eles atendem bem as pessoas. A outra coisa é que lá não há problemas de medicamentos. Sempre tem medicamentos e isso ajuda-nos, porque há dias em que a farmácia do hospital não abre ou fecha cedo (E42, 51 anos, sexo masculino, Ruanda).

Como os dados indicam, os serviços oferecidos pelos médicos informais são procurados em situações em que o Hospital começa a mostrar-se inviável por um determinado motivo. Então, optam por recorrer aos médicos informais para ter acesso aos serviços de saúde por eles prestados. A demanda pelos agentes informais da saúde por parte da população refugiada ocorre, por um lado, pelo conhecimento sobre a carreira profissional que estes médicos informais tiveram em tempos passados, e, por outro lado, pela existência de uma relação de confiança, baseada na condição de refugiados e de proveniência do mesmo país, tanto dos utentes assim como destes profissionais de saúde. Assim, devido à proximidade étnica e ausência das barreiras linguísticas e culturais, os refugiados sentem-se mais confortáveis com os praticantes da medicina convencional. Há, pois, a identificação cultural na prestação dos serviços de saúde.

A falta de medicamentos no Centro de Saúde e a comunicação por via das línguas de origem dos refugiados durante as consultas são motivos equacionados que levam à procura da medicina paralela. Os agentes informais da saúde são mais sensíveis em relação aos problemas de saúde dos refugiados do que os médicos do Centro de Saúde. Na opinião de alguns refugiados, integrar os médicos refugiados, com domínio das línguas locais dos refugiados, no Centro de Saúde de Maratane, seria uma ação estratégica para resolver os erros de tradução e falta de entendimento que eventualmente se faz sentir quando os pacientes/refugiados se comunicam com um intérprete moçambicano.

Um outro elemento que influencia na adesão à medicina paralela é a constante existência de um *stock* de medicamentos no informal, em detrimento da farmácia do Centro de Saúde. Ademais, há menos enchentes nos locais onde médicos informais atendem os seus pacientes. Portanto, a dificuldade de acesso à farmácia do hospital por conta dos horários de abertura e

de encerramento e a falta de medicamentos tornam o médico informal um recurso muito útil para a comunidade de refugiados.

Como se pode notar, o recurso a esses profissionais revelou-se ser uma das estratégias de gestão de saúde para superar as deficiências do sistema médico nacional. Realça-se também que a estratégia latente, derivada da fragilidade da medicina convencional, é de contribuir na reprodução e visibilidade do “mercado paralelo” e ampliar as redes sociais entre refugiados estrangeiros e diversos agentes que atuam na saúde de forma ilegal.

4.4.2.3 Crenças, religiosidade e espiritualidade como recursos terapêuticos

Crenças, religiosidade e espiritualidade são representações que pairam no quotidiano dos refugiados de Maratane para distinguir as circunstâncias entre estar doente e/ou saudável. Assim, interessa nesta seção compreender como estas representações se tornam reais no quotidiano dos refugiados e de que forma interferem nas estratégias das lógicas terapêuticas implementadas neste contexto. É de referir que o contexto dos refugiados de Maratane é caracterizado por uma diversidade religiosa dada a sociogénese dos refugiados.

Antes de se entrar na discussão dos dados empíricos, considera-se oportuna a clarificação da distinção entre a religiosidade e espiritualidade, na medida em que na discussão sobre a religião¹⁷ esta diferença se revela bastante complexa e tênue. A espiritualidade está intimamente ligada à vida religiosa, mas não exclusivamente contida nela. Nestes termos, a religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, com características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas, representando, desta forma, uma dimensão social e cultural da experiência humana. Deste modo, a religiosidade é definida em termos da importância das crenças e das práticas religiosas institucionalizadas e centradas na vida do indivíduo (Murakami & Campos, 2012; Dillon, 2003).

¹⁷De uma forma geral, a “religião” refere-se a escrituras, rituais, mitos, crenças, práticas, códigos morais, isto é, os elementos externos e objetivados de uma tradição. O adjetivo “religioso” implica nalgum grau de fundamentação espiritual por parte de um indivíduo ou comunidade dentro de um universo simbólico (Roof, 2003).

Por sua vez, a espiritualidade é definida tendo em conta a importância da religião não institucionalizada ou de crenças e práticas baseadas na não-tradição. Neste sentido, a espiritualidade é centrada em práticas como oração, meditação, destinadas a entender e nutrir um senso de inter-relação com um *Outro Sagrado*. Ou seja, a espiritualidade refere-se à crença na existência do espírito e da alma humana, na busca pelo significado de totalidade experiencial (Dillon, 2003). Portanto, a componente espiritual refere-se e incorpora formas religiosas, de forma livre e não dogmática, numa busca, por parte do indivíduo, de alcançar, através de algum regime de autotransformação, o seu maior potencial (Roof, 2003).

Na área da saúde, a religião e a espiritualidade revelam-se como um dos fatores que influenciam nos cuidados dos indivíduos por constituir um recurso terapêutico que os ajuda a resolver as suas necessidades de saúde. A cultura africana, por exemplo, está entrelaçada na religião que influencia o significado de saúde e de integridade pessoal. A crença na existência de um ser supremo, em forças sobrenaturais, origem, significado e o objetivo e destino final da vida influencia no entendimento do binómio saúde e doença (White, 2015; Ajima & Ubana, 2018).

Esta pesquisa identificou uma pluralidade de crenças religiosas que os refugiados recorrem como estratégia para a superação das adversidades e barreiras com as quais se deparam. Embora a religião tradicional africana não seja contra a prática médica institucional ou o processo de cura, os seus seguidores acreditam que existem algumas doenças que só ela pode tratar, neste sentido, precisam de atenção espiritual que é encontrada e praticada em algumas religiões africanas e não só (White, 2015).

Neste contexto, os dados da pesquisa indicam que os entrevistados acreditam que a religião tem um poder de cura, que ultrapassa o saber médico, pois lida principalmente com questões espirituais e demoníacas. Desta forma, a religião constitui, para os participantes da pesquisa, uma estratégia terapêutica que estes acionam devido à dificuldade que o Centro de Saúde local de tratar algumas doenças.

Como alternativa, tenho recorrido à igreja. Os problemas que levo à igreja são os de origem espiritual, como feitiçaria, porque o hospital não cura este tipo de doenças. A igreja sim, ela tem e atua para expulsar os maus espíritos. Através de fé é possível solucionar este tipo de problemas (E24, 37 anos, sexo masculino, Burundi).

Existe uma igreja aqui perto de casa chamada BA-NENO (igreja da palavra). Essa igreja é africana e é uma igreja de origem congoleza. Não vem da Europa. Foi criada em Congo. Na referida igreja curam doentes através das orações. Existe lá uma senhora que costuma fazer orações e cura muita gente. As pessoas costumam levar os doentes e ela costuma orar para eles. As pessoas acreditam que ela cura. A igreja faz milagres e faz evocação dos espíritos (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

E os entrevistados ainda destacaram o papel terapêutico da religião no caso de doenças de origem espiritual ou sobrenatural, que não encontram cura nas unidades sanitárias:

Tenho recorrido à oração (em casa ou na igreja) em qualquer tipo de doença ou problema de saúde. Tenho que orar, porque somente a igreja é que pode dar melhor solução (...) para mim, Deus é a solução, porque nos protege dos maus espíritos e dos demónios. Existem doenças que não são curadas por causa dos demónios. As doenças de uma pessoa possuída por demónios não são curadas no hospital. Mesmo os médicos vão a igreja a procura de saúde ou, não é? (E21, 39 anos, sexo feminino, Burundi).

Para mim, Deus dá o poder de curar todas as doenças. O importante é ter fé. Sem fé não é possível Deus ajudar-te, porque existem doenças que só ele pode pôr a sua mão. Estou a falar de doenças ligadas a demónios. O hospital não tem esse poder. Por isso, em algumas situações em que são doenças estranhas, a igreja tem ajudado muito. Principalmente para aquelas pessoas que sofrem de demónios (E21, 39 anos, sexo feminino, Burundi).

Assim, a religião surge como resposta à necessidade de explicar e justificar factos naturais e não-controláveis como a morte e a doença. É feito um apelo a explicações religiosas, o que mostra que, mesmo orientado por um “saber científico”, este conhecimento não é suficiente quando transcende o humano (Cerqueira-Santos *et al.* 2004). Desta forma, o discurso da igreja dá sentido, orienta e ajuda os crentes a resolverem e contornarem as suas aflições cotidianas.

Quando o indivíduo adocece, ele vivencia vários sentimentos como stress pela mudança na vida, e procura razões evidentes, soluções para a cura. Quando o sistema médico não o faz, ele procura, na espiritualidade e na religião, a cura e o conforto como um novo método de gestão de enfermidades (Jawaid, 2014; Cerqueira-Santos *et al.* 2004). Os pacientes recorrem

a outras alternativas terapêuticas, quando o tratamento medicamentoso não faz efeito, ou seja, quando os sintomas não desaparecem. O doente fica inseguro, o que é corroborado pela dificuldade de incorporar o significado dos atos médicos.

Adicionalmente, para os refugiados, o recurso aos rituais religiosos pode ser compreendido como uma forma de amenizar as tensões resultantes do processo de migração forçada e estabelecimento num local desconhecido. Já que o contexto de refúgio foi marcado por incertezas, desespero e sofrimento ligados às situações traumáticas, vivenciadas no cenário de guerra, como assassinatos, violência física e sexual, a religião configura-se como uma alternativa terapêutica e tem desempenhado um papel importante na gestão de problemas de saúde mental.

Geralmente, tenho ido ao Centro de Saúde, mas depende do tipo de doença. Existem doenças que não levamos ao hospital. Levamos ao grupo de oração. Estou a falar de doenças de dores de cabeça, por causa da situação de guerra que vivemos. Este tipo de doença não passa com medicamentos do Hospital, por isso vamos buscar a cura com Deus, para esquecermos a tristeza e a dor que sentimos (E14, 52 anos, sexo masculino, Congo).

Como alternativa, vou à igreja e faço orações. Os problemas de saúde que mais me levam a igreja são a dor de cabeça e vertigem, principalmente à noite. Estou com esse problema desde Tanzânia. Já fui a muitos médicos, mas não tive solução. Já me recomendaram psicólogos, mas não tenho dinheiro para um psicólogo. Então vou à igreja, porque lá se resolve este tipo de problemas. Com as orações tenho melhorado muito nos últimos dias. É só ter fé em Deus. Com oração todo o problema de saúde pode passar (E34, 39 anos, sexo feminino, Congo).

Quando a doença está a teimar e vejo que não estou a ficar melhor, costumo ir aos pastores em busca de orações. Mas aos curandeiros nunca me dirigi. Sem a igreja, não sei o que seria de mim. Desde que comecei a ir à igreja, tenho melhorado muito, devido ao que passamos durante a guerra lá na terra ... [momento de silêncio]; é muita coisa que passamos que não pode imaginar (E16, 26 anos, sexo feminino, Ruanda).

Os depoimentos evidenciam o papel da igreja, em particular das orações e do apoio moral prestado pelos grupos religiosos como alternativa viável para resolver os problemas de saúde mental dos refugiados. Deste modo, no ápice destaca-se a fé em Deus como o meio de cura das suas enfermidades. Conjuntamente, os refugiados têm recorrido a igrejas com poderes espirituais para o caso de doenças associadas aos demónios, que na perspetiva destes são a causa de doenças mentais.

Existe uma igreja chamada Maelo que tem origem na região de Shaba em Congo. (...) esta igreja tem um Deus próprio chamado Wvaifé, mas morreu no ano passado. Esta igreja tem um poder espiritual e lida com demónios e também dominam o uso das folhas de cura. A forma de rezar daquelas pessoas é diferente dos outros. Por vezes, vão à noite no cemitério e fazem orações lá. A forma deles de enterrar os mortos também é diferente. Se as outras põem a parte de cabeça deste lado, eles viram para esse lado. Eles costumam enterrar as pessoas com lâmpadas. Faz parte da cultura deles. Então nesta igreja, as pessoas acreditam que há poder de cura e o poder de proteção. Então, as vezes quando as pessoas estão doentes são levadas para lá. (...) Há uma senhora aqui, minha vizinha, que a criança dela já era meio maluca: falava sozinha, as vezes cantava, gritava a noite. Levaram até a cidade lá na Faina, numa clínica [clínica psiquiátrica] e nada. Andou muito no hospital e nada! Então, levou a criança para esta igreja que estou a referir. Ficou lá por 3 semanas e foi curada (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

É de salientar que os problemas de saúde mental dos refugiados não estão apenas associados aos demónios e a situações traumáticas vivenciadas no cenário de guerra, mas também são inerentes ao desespero causado pelas condições sociais/económicas no país de acolhimento, principalmente ligados à quebra de laços afetivos e de convivência com os seus parentes que ficaram para trás.

Eu passei 20 anos fora da minha terra. Aqui onde estou a viver não tenho nenhuma atividade que me permita conseguir uns 20 meticais [0.21euros] por dia como rendimento. Isso deixa a pessoa a pensar muito. E sabemos que pensar muito provoca mais doenças, como tensão, estômago, sei lá o quê. Então isso de a pessoa se decepcionar com o que aconteceu com a sua vida, faz com que ela fique nervosa. Isso já acontece comigo. Eu

sofro de nervos, não vou esconder. Meu casamento estragou-se por causa dos meus nervos. (...) isso tem a ver com a história, porque eu começo a pensar. Eu não era assim, mas não tenho controlo sobre os meus nervos. Eu já falhei a morte duas vezes. Quis-me enfocar duas vezes aqui no campo. Primeiro em 2005, quando eu acabava de chegar. Quem me salvou foi uma moça, essa que fazia machamba comigo. E em 2010, aconteceu de novo, quando a minha primeira esposa me deixou. (...) eu casei em 2009 e era antes de fazer o casamento oficial. A minha esposa estava nesses programas de reinstalação e foi com os meus filhos para Portugal. Já estávamos a viver juntos, mas juntos não podíamos ir a Portugal. Assim, tenho um filho que está na Suíça. Saíram de Portugal e foram à Suíça. Assim, ele deve estar com 8 anos. Naquele período, eu fiquei muito desesperado e quase me enforquei, mas a minha salvação foi a igreja. O meu vizinho mostrou-me o caminho de Deus. Se não, eu já estaria morto. Com a igreja, os meus problemas de saúde melhoraram muito. Já não sou uma pessoa stressada e nem nervosa. Eu já não sou nervoso [Risos] (E44, 60 anos, sexo masculino, Congo).

As crenças religiosas, o sentimento de conexão ou relacionamento com Deus ou um poder superior promovem emoções positivas, apoio social e comportamentos saudáveis. Ou por outra, as práticas religiosas públicas e privadas podem ajudar a manter a saúde mental e prevenir doenças. Ajudam a lidar com a ansiedade, medos, stress, frustração, raiva, anomia, sentimentos de inferioridade, desânimo e isolamento (Cohen & Koenig, 2004; Almeida, Neto & Koenig, 2006; Loewenthal, 2006), o que por sua vez previne/trata transtornos, entre outras enfermidades ligada a questões mentais, principalmente em momentos de aflição.

Ademais, os grupos religiosos têm uma estrutura social coesa, incluindo regras que podem reduzir a probabilidade de stress que aumenta o risco de depressão. O apoio social é um dos fatores mais importantes conhecidos para prevenir e aliviar doenças depressivas entre os que estão sob isolamento social (Loewenthal, 2006; Kawachi & Berkman, 2001). Além do suporte social que a religião oferece, a crença, no poder divino, contribui positivamente para a melhoria substancial da saúde mental dos refugiados. A busca de clemência, por exemplo, foi relatada como sendo de extrema importância para o bem-estar espiritual e mental:

Como alternativa ao hospital, temos ido à igreja. A igreja é importante para nós. É o lugar onde pedimos o apoio de Allah pelo que estamos a passar, mas só podemos ter

o apoio de Allah, se pedirmos perdão pelos nossos pecados. Somos humanos e por isso pecamos. Só depois de confessar os pecados é que podemos ter paz espiritual nas nossas vidas. O perdão de Allah é o primeiro passo para a salvação (E29, 33 anos, sexo masculino, Somália).

Além do Hospital, tenho recorrido à igreja e às orações. Busco perdão de Deus. Eu fui milícia em Ruanda. Quando você é militar, ou mata ou você é morto pelo inimigo. Procuo esquecer tudo o que aconteceu. Aquilo não é vida, não é nada. (...) As orações ajudam-me a esquecer tudo o que fiz durante a guerra. A minha alma precisa de paz. Por isso, peço perdão a Cristo todos os dias nas minhas orações (E22, 53 anos, sexo masculino, Ruanda).

Como se pode apreender dos relatos, a busca de perdão divino traz o conforto espiritual. Portanto, é na religião que eles estabelecem uma ligação com Deus, buscando o auxílio numa força espiritual maior e numa nova direção de vida na medida em que a antiga não é mais viável (Almeida, Neto, Koenig, 2006). E, como referem Schieman, Bierman & Ellison (2013), o divino traz o perdão que fortalece e permite o perdão de si, reduzindo a angústia causada pelas próprias ações. As consequências positivas desse perdão, em especial, para os casos de angústia encorajam a se dar uma maior atenção às experiências e crenças religiosas, que por sua vez, acabam por se revelar uma fonte alternativa de apoio emocional e psicológico importante.

4.4.2.4 Reabilitação nutricional de crianças, bem-estar e crescimento saudável – o caso da Igreja “São Francisco Saverio”

Ainda sobre a religião, destaca-se o “papel terapêutico” do Centro Scalabrini,¹⁸ ligado à Igreja Católica, no qual os missionários scalabrinianos fazem a gestão pastoral e dão apoio nutricional as crianças do Centro de Maratane.



Foto 10: Igreja “São Francisco Saverio” em Maratane

Fonte: (Muianga, 16/02/2019).

A reabilitação nutricional é dirigida a crianças de 0 a 5 anos e conta com o auxílio do ACNUR e do Centro de Saúde de Maratane. A Unidade Sanitária local colabora, juntamente com o Centro, em um programa que permita o alcance do peso mínimo em relação à idade da criança. Paralelamente, o apoio é direcionado às crianças que sofrem de anemia, malária, cardiopatia e igualmente faz o reforço do aleitamento materno-infantil. Neste programa são atendidas 60 crianças por semana, sendo na sua maioria filhos de refugiados.

¹⁸O Bem-Aventurado Dom João Batista Scalabrini (Fino Mornasco, 1839 - Piacenza, 1 de junho de 1905) foi um bispo da Igreja Católica na cidade de Piacenza (Itália) e fundador da Congregação dos Missionários de São Carlos, ou Scalabrinianos. Em 1887, fundou a Congregação dos Missionários de São Carlos, ou Scalabrinianos, para cuidar dos migrantes italianos. https://pt.wikipedia.org/wiki/Jo%C3%A3o_Batista_Scalabrini

(...) Sim, o Centro é um centro de ajuda, um centro nutricional de crianças dos 0-5 anos, que são enviadas pelo Centro de Saúde. Nós temos uma colaboração com o Centro de Saúde, aqui, em Maratane, e a doutora Angelina envia para nós o controlo mensal do peso. Principalmente, quando a criança está abaixo do peso ou problemas de nutrição, então ela manda-a para o Centro. Aqui ficam de 6 a 8 meses, um ano, depende, alguns meses, as vezes depende (...) Este Centro funciona a partir de segunda até quinta-feira, e em cada dia tratamos de crianças de idade diferente. Hoje que é segunda, por exemplo, são de 6 a 12 meses, amanhã de 13 a 24, quarta de 0 a 6 e quinta de 2 até 3 anos. Elas chegam aqui, fazem peso, medida de altura, recebem o mata-bicho. O costume para as crianças é fruta e leite, ou é chá para as mamãs (...)
(Gestora do Centro Scalabrini, Italiana).

Este Centro tem recebido e tratado crianças que sofrem de cardiopatia, um problema de saúde relacionado com a má formação da estrutura do coração. “Os defeitos cardíacos congênitos são definidos como uma anormalidade na estrutura e na função cardiocirculatória presente desde o nascimento” (Belo, Oselame & Neves, 2016:217).

As malformações congênitas resultam, na maioria dos casos, da alteração do desenvolvimento embrionário ou no seu não desenvolvimento pleno, obtendo um crescimento insuficiente e incompleto. Por esta razão, os distúrbios nutricionais são frequentes em crianças cardiopatas, o que contribui para a desnutrição crónica (Benzecry & Leite, 2019). A imagem que se segue ilustra uma criança que, no momento da entrevista, recebia assistência devido à desnutrição crónica.



Foto 11: Ilustração de uma criança com problemas de cardiopatia

Fonte: (Muianga, 18/02/2019).

De acordo com a gestora do Centro, esta criança tem 8-9 meses e pesa apenas 5,5 quilos, devido à desnutrição crónica. Ela não consegue andar, o que retarda o seu desenvolvimento global. Além desses serviços, há um programa de palestras de saúde materno-infantil que é direcionada às mães das crianças que sofrem de várias enfermidades.

Além disso, demos palestra para as mães das crianças: pode ser sobre alimentação, por exemplo, quais são os alimentos saudáveis para dar as crianças, o que são carboidratos, o que é que tem na fruta, o que é moringa, (...) ou sobre higiene, ou sobre as doenças, ou sobre a importância de ir ao hospital, de acabar os medicamentos, várias coisas. Nós temos algumas palestras que são fixas ou algumas que dependem dos casos, por exemplo, quando descobrimos que alguma mamã faz

alguma coisa errada. Então, vamos reforçar que, por exemplo, muitas mães dão banho à criança, às 5 horas com água muito fria, então isto provoca constipação e gripe; é por isso que as crianças continuam doentes, (...) (Gestora do Centro Scalabrini, Italiana).

Por último, as mães ou responsáveis pelas crianças também aprendem a preparar uma alimentação saudável, como por exemplo, a “multi-mistura”, com base em plantas/raízes locais como a soja, amendoim, trigo, gergelim, *mathapa* e moringa, como mostram as imagens que se seguem:



Foto 12: Práticas de alimentação saudável, usando produto local

Fonte: (Muianga, 18/02/2019).

Portanto, é dentro deste quadro terapêutico que os refugiados e sobretudo as mulheres encontram uma alternativa para gerir os problemas de saúde materno-infantil e principalmente a questão recorrente de desnutrição que prejudica o crescimento e o desenvolvimento saudável das crianças. Importa salientar que os níveis de desnutrição crónica em Moçambique são extremamente elevados e corresponde a cerca de 43%, sendo mais acentuados nas crianças que vivem nas províncias do Norte, nomeadamente Nampula, Cabo Delgado, Niassa e Zambézia, afetando quase uma em cada duas crianças menores de 5 anos (UNICE, 2020).

4.4.2.5 O desbloqueio das “minas plantadas” e as doenças do feitiço

No imaginário popular sobre a saúde e doença imperam crenças, dando conta da existência de, por um lado, “doenças fabricadas”, isto é, as doenças de feitiço cujo tratamento exige profissionais altamente qualificados em matérias de feitiçaria e, por outro lado, doenças de ordem natural, cujo tratamento é da responsabilidade dos agentes da saúde ou/e da fé em Deus. Não raro, em alguns contextos africanos, assistem-se a conflitos ou mortes cujo móbil está relacionado com a bruxaria e feitiçaria que são vistos como instrumentos de poder capazes de influenciar a conduta dos indivíduos na tomada de decisões, de forma que, nesta seção constituem elementos de análise para compreender as estratégias de gestão de saúde entre os refugiados.

Bruxaria e feitiçaria são dois aspetos da medicina africana e prevalecem na religião africana. Nesta senda, algumas comunidades acreditam que algumas doenças que desafiam o tratamento científico podem ser transmitidas por bruxaria e forças imprevisíveis (Ajima & Ubana, 2018; White, 2015). Na maioria dos países africanos, particularmente nas áreas rurais, os curandeiros são amplamente consultados na busca de causas de angústia e doença, e curas rituais são constantemente realizadas para ajudar os doentes (Shizha & Charema, 2011). É dentro deste mundo espiritual que alguns refugiados entrevistados buscam alternativa curativa, para aquelas doenças que consideram estar longe do alcance da medicina moderna.

(...) há doença de feitiço chamada de Mulambú. Esta doença não se trata no hospital. Por exemplo, este feitiço manifesta-se, quando o corpo ou as pernas apodrecem. Apodrecem por causa dos feiticeiros que costumam plantar armadilhas na porta ou entrada das casas. Plantam agulhas e quando saltas sem prestar atenção ou mesmo pisar, no mesmo dia, você vai sentir uma coisa a fazer comichão. Basta você coçar, vai sentir a crescer e começar a encher. Se você demora 4 dias, a perna começa a sair furos e a sair água. Se você não receber tratamento, a carne começa a cair. No Campo, já faleceram duas pessoas por causa da feitiçaria, mas isso é por causa de não ser tratado rapidamente. (...) e não leva muito tempo. Basta ir ao hospital tomar uma injeção, você já morre. As pessoas não podem ir ao hospital. Basta saber que é Mulambú, você não vai ao hospital. Meu primo que está lá dentro, também lhe

plantaram essa mina em casa dele. Acho que era para o pai, mas acabou no filho dele (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

O recurso a curandeiros resulta de falta de alternativas e de crença nos cuidados de saúde institucionais. A sua intervenção não se limita, nem pode limitar, a tratar apenas os sintomas e a doença, há que se resolver as razões sociais que lhe subjazam e que terão proporcionado o seu aparecimento (Granjo, 2009). Tais consultas estão relacionadas a uma ampla gama de doenças, enfermidades e infortúnios que assolam os indivíduos. As causas de doenças e morte estão enraizadas na crença em feitiçaria, bruxaria e forças sobre-humanas. Tanto a causa quanto o causador podem ser identificados através da consulta a adivinhos espirituais ou curandeiros (Shizha & Charema, 2011; Agbanusi, 2016).

Quem te trata de feitiçaria é uma pessoa daqui mesmo. Antes mesmo de começar a apodrecer o corpo, tratam-te tradicionalmente, mas não te mostram as plantas. Só vêm quando já prepararam e começam a te aplicar. (...). Esse feitiço vem do Congo. O burundês não sabe curar, porque o feitiço é de Congo e é de origem Rega. São duas etnias que conhecem bem esta doença, mas quem cura é da etnia Rega. São as pessoas que conhecem o medicamento, as que fazem o tratamento. Quando um Bembe apanha esta doença, vai correr para um Rega. A história diz que Bembe e Rega são irmãos, são filhos do mesmo pai. (...). Aqui temos pessoas que conseguem tratar essas doenças. Há um velho congolês lá, eu poderia levar-te. É um dos melhores curandeiros. Ele cura este tipo de doenças (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

Como se pode notar, as principais determinantes da procura destes serviços de cura estão associadas aos fatores de natureza espiritual, ou por outra, “as doenças de motivação metafísica e com consequência não explicável no mundo físico, o que demanda sua compreensão por meio de elementos do outro mundo” (Sá, 2009:340). Desta forma, os refugiados acreditam que algumas enfermidades são de foro espiritual e, por conseguinte, a sua cura só poderá ser encontrada no seio do mundo sobrenatural, através do recurso às “terapeutas putativamente possuídos por espíritos” (Granjo, 2009). Em sua compreensão acredita-se que as doenças de feitiço só podem ser tratadas por curandeiros, na medida em que eles têm o poder espiritual, com competência e capacidade reconhecida para lidar com este tipo de enfermidade.

Quando fala de curandeiro, nós percebemos que é uma pessoa que faz adivinhas e cura as pessoas. Temos refugiados que fazem isso. Quando querem um curandeiro, vão consultar aos moçambicanos. Vão para as montanhas...eles consultam aos curandeiros, mas os curandeiros moçambicanos. (...) quando vão ter com o curandeiro, não é muito por causa de doenças que se podem tratar no hospital. É quando há suspeitas de feitiço. As doenças provocadas por feitiço, quando vais ao hospital não acusam nada. Só os curandeiros é que sabem lidar com as doenças de feitiço. Depois do tratamento, normalmente protegem as pessoas com alguns banhos ou mesmo com alguns ossos de animais que a pessoa tem que colocar no seu corpo, para proteger-se dos feitiços (Grupo focal).

Conforme se pode verificar, os curandeiros tradicionais são detentores das chaves dos segredos das linhas da vida, tendo conhecimento do submundo e têm a capacidade reconhecida pela comunidade em que vivem. Eles são competentes para prestar assistência médica, usando substâncias como vegetais, animais e minerais e certos métodos baseados em antecedentes sociais e culturais. Se o curandeiro perceber que a origem é um ataque de espíritos malignos, a pessoa é protegida pelo uso de um talismã, marcas corporais, amuletos e um banho espiritual para afastá-los (Somé, 1997; WHO, 2002; White, 2015).

A busca da cura e da saúde é feita dentro de um mosaico de normas e valores tradicionais da comunidade onde o indivíduo está inserido. O processo de cura não se esgota no debelar da enfermidade, implicando também na resolução do problema social do qual ela é uma manifestação – o que constitui uma das especialidades destes terapeutas (Granjo, 2009). A intervenção de entidades espirituais é para garantir a proteção da pessoa contra forças espirituais malévolas. Essas entidades constituem em forças que influenciam constantemente o curso da vida dos indivíduos através de eventos benéficos ou prejudiciais. Bruxaria e feitiçaria são aspetos da “má mágica” que são usados para manipular o poder dos maus espíritos na fabricação de medicamentos (Ngangah, 2020; Ajima & Ubana, 2018). É neste âmbito que os refugiados buscam, no “mundo espiritual”, a identificação da causa e da cura de doenças.

4.4.2.6 Sistema popular – Cosmologias locais e a primazia da medicina tradicional

Os sistemas populares podem ser pensados como práticas tradicionais de assistência à saúde que evoluíram em contextos culturais específicos. Estas práticas são vistas como geradoras de alternativas e escolhas de tratamento nas sociedades pluralistas. Dentro deste sistema, as formas de tratamento são tomadas como referência a um complexo tradicional de remédios caseiros ou remédios populares, ervas, ou como terapias profissionais (como remédios sem receita), (Kleinman, 1978; Stoner, 1986). É marcado como tradicional, porque é baseado no conhecimento, na experiência prática e nas observações transmitidas de geração em geração, verbalmente ou por escrito, de antepassados africanos (Ajima & Ubana, 2018).

Os resultados da pesquisa mostram que estas terapias se revelaram mais acessíveis e se encontram disponíveis localmente, sendo, portanto, enraizados na cultura e no cotidiano dos refugiados. Ou por outra, os cuidados com a saúde entre os refugiados possuem lógicas tradicionais, ligadas a crenças do sistema popular, no qual são definidas determinadas práticas e cuidados a ter com a saúde, em situações específicas; assim sendo, a forma de se medicar passa a ser fortemente influenciada pelo sistema de crenças e conhecimentos populares e é crucial na resolução dos problemas de saúde dos refugiados.

Como alternativa, usamos o tratamento tradicional, através de plantas que encontramos aqui nas nossas machambas. Mas aqui no campo, não existem todas as plantas que conhecemos de lá da terra. Mas epá, prontos (...) aprendemos o tratamento das doenças lá na terra. Vivíamos com os nossos avós lá em casa e eles nos explicavam: quando sentes este tipo de doença tens que pegar este tipo de folhas, este tipo de raízes. Usamos as folhas de plantas ou raízes e conseguimos curar hérnia, diarreias, dores de estômago. Quando tem falta de sangue, também há plantas que ajudam. Por exemplo, a raiz do coqueiro ajuda para aumentar sangue (E18, 43 anos, sexo masculino, Congo).

Este complexo popular de remédios inclui tratamentos recomendados por familiares, vizinhos e amigos, através de uma rede de relações sociais, que participa de forma ativa no processo terapêutico de cura. Este conjunto de cuidados informais está relacionado com as respostas encontradas a partir da comunidade de referência. Deste modo, a cultura de pertença fornece um conjunto de competências culturais a partir dos quais os refugiados constroem as suas

estratégias de gestão da saúde. Nesta linha, estes recorrem a estes recursos culturais seletivamente, trazendo diferentes estilos e hábitos de ação em diferentes situações.

Os remédios tradicionais têm sido a nossa salvação. Recorremos a diferentes tipos de tratamento. Por exemplo, temos óleo de cozinha do Congo, fabricado com umas frutas chamadas... a árvore é semelhante a um coqueiro e vem as frutas assim vermelhas, não sei se já viu... Não sei como é que chamam aqui em Moçambique. Quando está pronto, aquele óleo fica vermelho. Então, misturamos com algumas raízes, daí começa a passar. São dois dias só e passa, acabou. Isso eu aprendi com a minha mãe, porque ela tratava isso. E há outros remédios aqui. Por exemplo, quando uma pessoa tem uma fratura no osso, ou quando tem um acidente e parti o osso, para tratar é fácil. Basta conseguir arrumar bem aqueles ossos, amarrar bem com bambu, fazer uma massagem com aquelas plantas que tem, pronto, são alguns dias. Você tira aquele bambu e a sua perna fica bem, e muitas pessoas conhecem esse tratamento (...) com este tratamento as pessoas não precisam ir ao hospital para colocar gesso, porque não querem passar aqueles meses todos com gesso. Então as pessoas não querem. Preferem curar com raízes, só quando o osso se parte mal e não tem como arrumar é que a gente vai ao hospital (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

Os dados da pesquisa revelam igualmente o uso generalizado de recursos culturais/naturais como alternativa terapêutica para fazer face aos constrangimentos estruturais que os refugiados encontram no sistema médico formal. Estes recursos terapêuticos incluem uma variedade de plantas, folhas, raízes, ervas, que eles usam no tratamento de várias doenças.

Uso as plantas tradicionais como eucalipto, folhas de mangueiras, etc. Na minha etnia sempre usamos este tipo de planta, os meus avôs, a minha mãe sempre usou estas coisas. Uso estas plantas para qualquer doença e uso-os, porque apresentam bons resultados, principalmente quando não encontro os medicamentos na farmácia, ou quando o medicamento receitado não tem um bom efeito sobre a doença. Como não tenho dinheiro para ir comprar medicamentos nas farmácias privadas, em forma de alternativa uso as plantas tradicionais (E34, 39 anos, sexo feminino, Congo).

Na cultura congoleza, usamos muito estas folhas para curar doenças. Chamam-se Andjundju, por exemplo, estas folhas. Ajudam as crianças que tenham borbulhas e feridas no corpo. O segredo consiste em pilar as folhas desta planta e misturar com um tipo de pomada (...) depois tem que aplicar no corpo da criança e já está. Além de tratar feridas, estas folhas são muito usadas lá na nossa terra para ajudar rapidamente as crianças a andar, quando elas ficam a gatinhar por muito tempo. (...) para uma criança que atrasa a andar, que está a gatinhar, estas folhas ajudam-na a andar rápido. Aqui em Maratane também usamos esta técnica e temos ajudado várias crianças (E15, 47 anos, sexo masculino, Congo).

Em suma, é a partir destes recursos que os refugiados tratam de doenças como malária, hérnia, diarreia, anemia, sarampo e sarna. Neste sentido, os médicos tradicionais entrevistados informaram que tem sido recorrente receberem crianças para o tratamento de doenças como sarampo e sarna. Para o efeito, têm usado diferentes tipos de folhas de plantas e raízes locais, aplicando as técnicas de cura dos seus países de origem.



Foto 13: Folhas e raízes locais usadas na terapia

Fonte: (Muianga, 16/02/2019).

Em paralelo, é usado a “técnica de bomba” para a aplicação do *clister de limpeza* no tratamento de doenças como malária, febre tifoide e limpeza estomacal, entre outras enfermidades.

Quase todos usamos a medicina tradicional, quando não encontramos medicamentos no hospital. Por exemplo, se nos dão uma receita médica no hospital e na farmácia do hospital não tiver medicamento, só podemos recorrer às raízes. Há muitas árvores aqui ao redor. (...) Não é o enfermeiro que indica, são os nossos familiares. Quando alguém de casa tem malária, arrancamos algumas folhas, fervemos, e cobrimos uma manta. Se inalarmos o vapor essa malária pode sair, ou vamos bombar remédio no ânus. Lá na nossa terra faz parte na nossa cultura usarmos bomba, aqui também usamos para tratar doenças. (...) por exemplo, aqui quando sofremos de malária ou febre tifoide, usamos a folhas de moringa. Levamos, pilamos e metemos na água fria e fazemos bomba. Isso ajuda. As vezes no fim-de-semana, quando nós éramos crianças, a minha mãe de manhã, antes de ir à igreja no domingo, fazia-nos bombas. Procurava raízes, fervia, e fazia bomba para tirarmos a sujidade que tínhamos na barriga. (...) também tenho feito tratamento com bombas. Chama-se Kuinama. Eu é que faço o tratamento tradicional aqui em Maratane. Este é o meu trabalho. Eu faço este trabalho de tratar as pessoas tradicionalmente e já tratei muitas pessoas aqui. Aprendi com a minha mãe. Ela tratava as pessoas lá no Congo e na Tanzânia, então eu também faço isso. Eu conheço muito, muito mesmo, folhas, medicamentos tradicionais (E15, 47 anos, sexo masculino, Congo).

As imagens que se seguem apresentam o clister de limpeza, usado pelos médicos tradicionais locais no tratamento de doenças que afetam as crianças.



Foto 14: Clister de limpeza usado em crianças

Fonte: (Muianga, 16/02/2019).

Além da bomba aplicada às crianças, os médicos tradicionais recorrem a “bomba” específica e de fabrico local, que é usada para fazer *clister* de limpeza a adultos. As doenças comumente tratadas, a partir deste dispositivo, incluem a malária, febre tifoide, limpeza estomacal e disfunção erétil, que também é muito frequente entre os refugiados, como refere um dos entrevistados.

Para os doentes mais velhos usamos uma bomba maior. Esta aqui [imagem ilustrada a baixo] para o tratamento de várias doenças, como malária, problemas de estômago, diabetes e outras doenças que falei antes. Mas também tratamos aqueles homens que têm problemas de não levantar [disfunção erétil]. Há muitos homens que vêm aqui por causa deste problema. (...) A raiz dessas plantas aqui ajuda o homem a ter força no ato sexual. Chama-se M'taluya, que significa uma coisa que serve para levantar ou para assustar uma coisa. Neste caso, a planta faz levantar o pénis morto. Para tratar esta doença dos homens, temos que ferver estas plantas e aplicar a bomba no ânus para lavar toda a sujidade (E15, 47 anos, sexo masculino, Congo).

Os métodos de administração dos remédios tradicionais apresentam-se de diferentes formas em função do tipo de doença e em função da idade do paciente. O tamanho da bomba que se usa para curar uma doença depende da idade e o tipo de remédio contido na bomba, e vai de acordo com os sintomas manifestados pelo paciente. Para o caso de tratamento do problema de disfunção erétil, ilustra-se, de forma clara, a especificidade do remédio, e do método de administração da cura, em função da idade do paciente, e do tipo de doença em questão. Como se pode verificar, estes processos de “cura tradicional” fazem parte de um conjunto de fatores socioculturais provenientes de países de proveniência de refugiados.



Foto 15: Clister de limpeza usado em adultos

Fonte: (Muianga, 16/02/2019).

Como os dados demonstram, as práticas de cura são influenciadas e moldadas a partir de um repertório cultural dos países de proveniência dos refugiados, o que Swidler (1986) designou de “*kit de ferramentas*” cultural, consubstanciada num complexo estruturado de crenças, hábitos e habilidades a partir dos quais os refugiados constroem estratégias de ação de forma a resolver diversos problemas de saúde. Assim, estas estratégias são consubstanciadas nos saberes populares já existentes e usados, enriquecendo, em última instância, o arcabouço

cultural e relativamente à saúde, agregando, deste modo, um amálgama complexo de conhecimentos de várias tradições e culturas.

4.4.2.7 O recurso à Auto- medicação como terapia alternativa

*...mwanamke ambaye amezaliwa mtoto, moja kwa moja anakuwa daktari*¹⁹

(E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

A automedicação é uma prática regular em quase todas as sociedades e ocupa um lugar importante do comportamento diário de autogestão de saúde por razões sociais, económicas e psicológicas (Isameldinet *al.* 2020; Almasdy & Sharrif, 2011; Kombaté *et al.* 2017). Esta prática é uma resposta comportamental que consiste na seleção e uso de medicamentos de venda livre sem receita médica, que inclui antibióticos, antimaláricos entre outros, feito por indivíduos ou membros da família, para tratar sintomas autodiagnosticados (Isameldin *et al.* 2020; Rodrigues, 2020; Ruiz, 2010). Em relação a esta pesquisa, os dados empíricos indicam que os refugiados justificam o recurso à automedicação pela recorrente falta de medicamentos no Centro de Saúde de Maratane, aliado à insatisfação destes em relação a demora no atendimento hospitalar.

Como o hospital tem problemas de falta de medicamentos, quando consigo algum dinheiro, compro medicamentos em quantidades para reservar e usar em situações em que o Centro de Saúde não tiver. Além disso, para algumas doenças de stress tive ajuda de uns padres de uma igreja próxima de casa (E6, 43 anos, sexo feminino, Congo).

Os congoleses naturalmente têm uma cabeça fresca para guardar saberes, como os sintomas e os medicamentos. Por exemplo, a minha sogra sabe tratar doenças. Todos os meus cunhados não vão ao hospital. Ela basta saber que a criança está assim, doente, já sabe o que é, logo ela vai comprar remédio. (...) Ela tem muita experiência. Ela costuma dizer que uma mulher que nasce um filho torna-se automaticamente médica. (...). Na minha terra tem um ditado que diz: quando uma mulher já começa a

¹⁹“Uma mulher que deu à luz uma criança torna-se automaticamente médica”. Trata-se de um ditado popular congolês.

fazer filhos, já automaticamente se torna numa médica [mwanamke ambaye amezaliwa mtoto, moja kwa moja anakuwa daktari], ou se torna feiticeira, ou se torna curandeira, porque tem que saber os sintomas das doenças e os medicamentos para poder lidar com uma criança (E13, 35 anos, sexo masculino, Congo).

Alguns amigos me recomendam, às vezes, alguns sites da internet que têm receitas para algumas doenças. Isso ajuda-me bastante para tratar algumas doenças que afetam a mim e a minha família (E12, 28 anos, sexo masculino, Somália).

Os resultados da pesquisa demonstram igualmente que o uso sistemático da automedicação está enraizado na experiência quotidiana e no “conhecimento” de algumas doenças/sintomas como a malária, febres, dores de cabeça, entre outras. Assim, a família com a doença constitui um fator motivacional de autocuidado e de gestão familiar de enfermidades entre os refugiados.

Nem sempre compro medicamentos nos hospitais. Existem aquelas doenças que já sabemos como tratar, por exemplo, a doença das mulheres [cólicas menstruais], no meu caso já sei o que devo tomar. (...). Há muitas doenças pequenas que não precisamos ir ao hospital (E3, 27 anos, sexo feminino, Somália).

(...) quando começam aquelas febres altas e dores de cabeça, já sei que só pode ser malária. Quando isso acontece, compro medicamentos nos médicos da zona ou vou direto à farmácia lá na cidade para comprar. Para mim é mais prático, porque não tenho que acordar cedo e ficar naquelas filas longas do hospital. Ir ao hospital é perder tempo. (...) mas quando são doenças mais graves, tenho que ir ao hospital (E28, 36 anos, sexo masculino, Congo).

Nesta senda, pode aferir-se que o recurso a automedicação por parte dos refugiados ganha o seu fundamento nos problemas estruturais dos serviços de saúde local, que se prendem com a baixa qualidade dos serviços de saúde que lhes são oferecidos. Adicionalmente, os fatores socioculturais revelaram-se também cruciais para a adoção desta prática. Desta forma, as farmácias locais e os médicos informais surgem como alternativa viável onde os refugiados presencialmente compram os medicamentos, muitas das vezes sem nenhuma prescrição médica. No entanto, esta postura poderá por si só representar um risco à saúde e pode concorrer para o agravamento dos problemas de saúde pública para esta comunidade.

4.4.2.8 Capital social, redes sociais de solidariedade e saúde entre os refugiados

No âmbito do binómio saúde e doença, alguns estudos advogam que há uma influência recíproca entre rede social e saúde. Há evidências que indicam que uma rede social estável, confiável e ativa protege a saúde das pessoas e atua de forma a fornecer auxílio (Kawachi, Kennedy & Glass, 1999; Umberson & Montez, 2010). Os dados sugerem, de um lado, que os indivíduos socialmente isolados estão mais expostos às limitações no acesso aos cuidados médicos, à informação e ao suporte emocional (Kawachi, Kennedy & Glass, 1999). De outro, aqueles que fazem parte de uma rede social forte têm a prerrogativa de se beneficiar de apoio social e emocional ao partilhar recursos terapêuticos de saúde.

No caso em análise, os resultados da pesquisa evidenciam que os refugiados, embora se encontrem num contexto de pluralidade cultural, se socorrem ao capital social para a superação dos problemas de saúde. A partilha da mesma identidade étnica reforça a rede de relações, o que possibilita a troca de conhecimentos e práticas de cura. Por outras palavras, é dentro de um mapa de relações sociais como a família, amigos, conterrâneos e vizinhança que eles buscam apoio e alternativas terapêuticas para a superar os constrangimentos de ordem estrutural, aos quais se deparam.

Primeiro nós somos africanos. Somos Bantu e temos nossos costumes e culturas. Somos muito diferentes dos brancos, nós temos nossa medicina. Não existe uma pessoa africana que não recorra às raízes ou folhas para fazer tratamento. A pessoa até pode ir ao hospital quando estiver doente, mas tem que depois recorrer às raízes para reforçar. (...) temos nossos conhecidos, amigos e conterrâneos que nos ajudam muito. Eles têm domínio das raízes. Quando precisamos, eles vendem-nos ou fazemos tratamento lá mesmo. Sai mais em conta, comparando com os medicamentos do hospital (E15, 47 anos, sexo masculino, Congo).

Igualmente, o recurso ao capital social oferece aos refugiados várias formas de suporte ao nível de saúde e bem-estar, como a partilha de informações e hábitos, o apoio financeiro, conselhos e habilidades de gestão de enfermidades.

Não domino muito bem o uso das raízes, por isso, procuro ajuda dos vizinhos ou amigos. É desta forma que tenho recorrido aos medicamentos tradicionais e ao uso de plantas. Eles recomendam mais o uso de moringa ou eucalipto e por acaso são muito bons. Curam muitas doenças que não tenho a sorte de curar no hospital. Por exemplo, em casos de falta de sangue, recorro à esta prática, porque tem bons resultados. Tenho muita confiança nessas plantas (E3, 40 anos, sexo feminino, Ruanda).

Embora as coisas não estejam fáceis no hospital, conseguimos nos virar. Enquanto existir os nossos familiares e vizinhos não vamos passar mal. Todo o conterrâneo é irmão e quando estamos mal, agente ajuda-se. Quando não tenho dinheiro para comprar medicamentos, vou pedir ajuda aos meus vizinhos. Quando eles têm, sempre dão alguma coisa. Quando chega a minha vez, também tenho que dar. É assim como nós vivemos aqui. Temos que nos ajudar (E9, 28 anos, sexo feminino, Burundi).

A rede de solidariedade entre familiares, vizinhos e amigos é crucial para questões de interajuda entre os refugiados em situação de doença ou de necessidade, pois é a partir daí que estes atravessam determinados problemas. Pois, recebem ajuda de modo a ultrapassá-los. Esta rede funciona com base numa reciprocidade que ultrapassa a identidade étnica dos refugiados, isto é, a pertença étnica não determina a solidariedade e interajuda entre os refugiados. É com base nesta noção de dar ajuda, quando o outro precisa para recebê-la no dia em que tiver problemas que se apoiam a rede de solidariedade.

Há refugiados desempregados que dependem do apoio de seus familiares, tanto para o seu sustento quotidiano, assim como para a resolução de problemas de saúde. A família, os amigos e vizinhos são um recurso importante de se ter ao dispor para gerir situações de difícil resolução imediata. É nestes momentos em que as redes sociais e de solidariedade são vitais para a sobrevivência.

Quando estou mal e sem dinheiro, tenho pedido ajuda à minha irmã que vive na cidade de Nampula. A minha irmã tem-me ajudado muito quando as minhas crianças estiverem doentes. Às vezes, ela tem-me dado medicamentos para as crianças (...) mas as vezes manda o dinheiro para comprar medicamentos nas farmácias privadas, porque aqui em Maratane, nem sempre há medicamentos na farmácia. Graças a

minha irmã, tenho conseguido cuidar das minhas crianças. Não sei o que seria de mim sem ela. A nossa vida neste Centro não está boa. Não temos emprego. É só ficar em casa ou ir à machamba (E3, 27 anos, sexo feminino, Somália).

Os depoimentos dos participantes revelam que por pertencer a uma estrutura comunitária, os indivíduos têm certos benefícios e recursos terapêuticos que não seriam possíveis na ausência da mesma. Este apoio social remete ao dispositivo de ajuda mútua, compartilhando auxílio em momentos de crise (Eriksson, 2011; Kaufman, 2012; Andrade & Vaitsman, 2002). Neste sentido, a solidariedade e ajuda recíproca sempre que necessário é acionada para a superação, em particular, de eventos ligados a enfermidades. A comunidade de refugiados partilha um conjunto de recursos e ensinamentos terapêuticos principalmente, as práticas culturais e tradicionais ligadas a cura de algumas doenças (Migheli, 2017; Letseka, 2012). A sobrevivência dos indivíduos está imbricada nos grupos sociais nos quais fazem parte, o que inclui o cuidar do bem-estar mútuo.

Perdi alguns irmãos e a minha mãe na guerra (...) quando cheguei aqui no campo de refugiados, fiquei muito tempo, muitos meses sem apanhar sono. Receitaram-me medicamentos para poder apanhar sono, mas não foi possível resolver o meu problema de dores de cabeça. Tudo mudou, quando em 2012 comecei a frequentar a igreja. Com o apoio da igreja e do grupo de orações, tenho melhorado muito. Eles têm-me dado muito apoio. Só tenho que agradecer a Deus por tudo. O grupo de orações da igreja está a ajudar-me a recuperar a minha vida (E16, 26 anos, sexo feminino, Ruanda).

Desta forma, podemos aferir que, por um lado, a rede de relações sociais e de solidariedade fornece aos refugiados formas de apoio social que dinamizam e promovem diferentes práticas e comportamentos de saúde. Por outro lado, as redes sociais promovem a coesão social que se revela crucial no suporte psicológico para aqueles refugiados que vivenciaram situações traumáticas. Assim, estaríamos diante de estratégias *coping* de suporte de gestão de saúde, uma vez que os refugiados mobilizam estratégias para se adaptarem a circunstâncias stressantes, diminuindo, assim, tensões, promovendo, pois, o seu bem-estar social e mental.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

5.1 Conclusões

Pesquisar sobre migrações, refugiados e saúde no contexto moçambicano, concretamente tendo o “Centro de Refugiados de Maratane” como um “laboratório” de análise, foi o desafio do presente estudo, mapeando e procurando compreender as estratégias de autogestão de saúde e doença que estes refugiados acionam de modo a superar ou mitigar os constrangimentos e barreiras estruturais no acesso a estes serviços.

Assim, partiu-se do argumento de que face as dificuldades estruturais e socioculturais que condicionam a prestação e acesso aos serviços de saúde para os refugiados, eles servem-se do seu “capital social” para gerir situações de risco de saúde através de outras soluções terapêuticas não oficiais, ou seja, fora do Sistema Nacional de Saúde; adicionalmente, os refugiados acionam um certo “capital económico” de forma a acederem legal/informalmente aos cuidados de saúde, dentro do sistema formal fornecido pelo Estado e pelo setor privado.

É importante notar, antes de apresentar as linhas conclusivas, que os refugiados que foram objeto de investigação são, na sua maioria, provenientes da região dos Grandes Lagos, nomeadamente Burundi, República de Congo, Ruanda e Somália. Em relação às principais motivações para entrada de refugiados em Moçambique, o objeto de discussão no capítulo quatro, os dados empíricos indicam que, por um lado, a situação vivenciada nos seus países de proveniência, caracterizada por um clima de insegurança devido a conflitos, guerras étnicas, genocídios, etc., funciona como *push factor* para a migração forçada das populações. Por outro lado, o ambiente de segurança e a estabilidade política do país, que é apontado pelos refugiados como sendo a principal razão para a escolha do Centro de Maratane como um local preferencial para acolhimento e proteção, aliado ao facto de ser um “centro aberto” o que permite uma maior mobilidade dos refugiados, são o *pull factors*, as motivações para a entrada dos refugiados em Moçambique.

Ademais, a fragilidade na gestão do controlo de entrada de imigrantes, devido à extensão das fronteiras terrestres e a ausência do controlo efetivo das águas que banham os países da Costa Oriental de África, nomeadamente Tanzânia, Quênia e Somália, seriam igualmente os fatores que impulsionam a entrada dos refugiados em Moçambique (Gonçalves, 2015; Gonçalves & Peixoto, 2018; Wetimane, 2012).

No que toca aos fatores de exposição ao risco de saúde, pode afirmar-se que a saúde dos refugiados é condicionada estruturalmente em três períodos nomeadamente: o período pré-migratório, durante o processo migratório e o período pós-migratório (IOM, 2020; Pfarrwaller & Suri; 2012; Bempong *et al.* 2019). No período pré-migratório e durante o processo migratório, os fatores de exposição aos riscos de saúde são explicados pelo testemunho de cenários de guerra, violência física e sexual, tortura, morte de pessoas próximas, rotura de relações sociais e familiares, entre outros (Haydu, 2017; Bempong *et al.* 2019). No período pós-migratório, isto é, no Centro de Acolhimento, os refugiados enfrentam igualmente um clima de insegurança, péssimas condições de vida, exclusão social, problemas linguísticos e culturais, abuso sexual, exposição a diferentes cenários de violência, entre outras situações que podem ter um impacto significativo na sua saúde e nas suas necessidades de assistência médica (Efird & Bith-Melander, 2018; IOM, 2020).

No que concerne às barreiras estruturais e limitações, os dados da investigação apontam a existência de dois níveis de barreiras: as internas e as externas. As barreiras internas resumem-se nas fragilidades estruturais e na insuficiência dos serviços de saúde no Centro de Maratane. A título de exemplo, foi bastante notória a ausência de serviços de saúde mental para os refugiados que, no nosso entender, se revelam cruciais para a reabilitação psicológica dos acolhidos, pois a maioria deles vivenciou vários cenários e experiências traumáticas.

As “barreiras externas” incluem a inacessibilidade geográfica da região, que influi negativamente no acesso aos cuidados de saúde por parte dos refugiados. Do mesmo modo, os fatores de ordem económica funcionam como determinantes sociais de saúde, já que a maioria dos refugiados entrevistados é de uma categoria de baixa renda, com baixa qualidade de vida e vivendo em situações de vulnerabilidade, o que pode agravar o seu problema de saúde. Fora destes aspetos, os problemas de saúde são também agravados por uma ineficaz inserção comunitária, fraca inclusão e integração social, o que afeta, até certo ponto, a saúde mental dos refugiados.

Ainda sobre as barreiras externas, os constrangimentos socioculturais, nomeadamente os problemas linguísticos e de comunicação, que atravessam a relação entre os refugiados, o pessoal médico e os intérpretes naquela Unidade Sanitária, revelam-se também como obstáculos no acesso aos cuidados de saúde. Como advogam alguns estudos, face às

limitações comunicacionais, os pacientes não se expressam devidamente com o profissional de saúde. Esta situação pode resultar em exames médicos inadequados, aumentando o risco de reações adversas a medicamentos (Pereira, 2017; Bempong *et al*, 2019; Kiselev *et al*. 2020; Alawa, Zarei & Khoshnood, 2019).

Paralelamente, a pesquisa constatou a ausência de formação e treinamento dos intérpretes em matérias de tradução e interpretação, em relação à terminologia médica, o que poderá influenciar negativamente na percepção da informação clínica do médico ao paciente.

Por fim, a rutura com estruturas sociais/ valores culturais fragiliza a saúde mental dos refugiados, porque eles perderam a sua rede de apoio e suporte espiritual consubstanciado em elementos culturais como a obrigatoriedade de “cuidar dos mortos”.

Ao assumir-se a complexidade dos fatores que intervêm e influenciam as estratégias acionadas pelos refugiados em Maratane, no que tange à sua saúde e a dos seus familiares, podem admitir-se cinco (5) pontos conclusivos basilares a que este estudo chega. Eles devem ser vistos e considerados à luz do contexto em que se processam, mas metodológico e heurísticamente podem (e devem com as devidas ressalvas e cuidados) ser extrapolados comparativo e analiticamente com outros contextos africanos (e não só) em que situações similares têm lugar.

i – Uma primeira e grande constatação deste estudo revela que face aos constrangimentos estruturais a que os refugiados se deparam na busca de cuidados de saúde no Centro de Maratane, eles recorrem às múltiplas “medicinas” no seu quotidiano para a autogestão da sua saúde, tal como sugere o modelo de sistemas de saúde proposto por Arthur Kleinman. Desta forma, destacou-se, por um lado, a pluralidade dos sistemas de saúde, designadamente a arena profissional, folclórica e popular e, por outro, a pluralidade da procura dos cuidados de saúde, onde os refugiados, através das suas interações sociais quotidianas, buscam alternativas terapêuticas para a gestão de saúde/doença.

Assim, eles mobilizam uma estratégia multifacetada para lidar com a saúde e a doença que pressupõe o uso serial ou simultâneo de várias abordagens do problema de saúde, desde ações de autocuidado de “senso comum”, ações terapêuticas realizadas em casa, tratamentos médicos tradicionais, automedicação, até consultas ao sistema de saúde vernáculo (Kleinman, 1978; Stoner, 1986). Os dados da pesquisa evidenciam também o recurso a diferentes tipos de

capital social (Bourdieu, 1986) e uma multiplicidade a redes de solidariedade, de confiança e de cooperação (Putnam, 2006; Fukuyama,1997), baseada na amizade, familiaridade, identidade étnica e cultural que é acionada para a resolução de problemas de saúde e doença entre os refugiados no Centro de Maratane.

É de salientar que o recurso ao capital social para a busca de alternativas terapêuticas se fez notar não apenas entre os refugiados que partilham a mesma identidade étnica, o que Putnam (2000) chama de “*bonding*” *social capital*, mas também se assistiu a um grande sentido de solidariedade e ajuda mútua entre os imigrantes de diferentes etnias e proveniências ou simplesmente “*bridging*” *social capital*, referenciando Putnam (2000), isto é, redes sociais abertas voltadas para fora da identidade étnica do refugiado.

Isto demonstra um elevado nível de mutualidade, generosidade e cooperação comunitária, entre eles na partilha de *kit* de ferramentas²⁰ (Swidler, 1986) ou estratégias leigas de autogestão de saúde o que evidencia, por um lado, a presença de um *ubuntu* africano entre a comunidade de refugiados residentes no Centro de Maratane. E, por outro, revela a capacidade de resiliência dos refugiados, quando “perseveram perante o sofrimento e limitações causados pela enfermidade e/ou dificuldades em encontrar uma cura e superam essas adversidades através da mobilização de recursos pessoais e sociais que atuam como fatores protetores” (Haydu, 2017:157).

Assim, os resultados da pesquisa mostram que estas racionalidades alternativas, muitas vezes retratadas por especialistas como imprecisas ou irracionais, fazem sentido no contexto da situação de vida de um indivíduo, incluindo as estruturas e os significados culturais que moldam a subjetividade e as relações sociais e estruturas sociais nas quais os indivíduos estão inseridos (Lupton, 1999).

ii - A condição existencial dos habitantes do Centro de Maratane (de serem “refugiados” ou imigrantes forçados) é desde já uma circunstância humana violenta e intraduzível de forma

²⁰ “Kit de ferramentas” seriam símbolos, histórias, rituais e visões de mundo, que as pessoas podem usar em configurações variadas para construir as estratégias de ação com vista a resolver diferentes tipos de problemas (Swidler, 1986).

tangível. Acresce-se a esta situação o contexto territorial, ou por outra, num país e num contexto cultural, social, político totalmente diferente e distante das suas origens ou das suas terras onde levavam a sua vida quotidiana.

Para além da distância física ou geográfica, este estudo constatou que nasceu entre os refugiados em Maratane um certo vazio, uma ausência dos seus alicerces culturais, sociais e simbólicos e pelo que sabemos estão sempre ligados à terra ou a um espaço concreto. Há, então, o que podemos chamar de um “Luto cultural”, que se traduz numa certa “orfandade cultural e simbólica”, destas pessoas. Nota-se nos refugiados/ imigrantes forçados uma melancolia e ela afeta-os no que tange às doenças ou mal-estares de carácter mental que resultam, muitas vezes, da dificuldade de inserção e ou integração localmente.

Quer queiramos, quer não, as questões sociais, culturais e simbólicas estão diretamente associadas a um lugar físico concreto, um espaço que é cultural e simbolicamente apropriado, usado e vivenciado como sendo “seu” ou “nosso”. Estes refugiados vivem sem esse respaldo ou arcaboço que os sustenta, quer em termos simbólicos, quer também práticos e pragmáticos, o que aumenta a dor, o sofrimento, o luto, a ausência e conseqüentemente o sentimento e a perceção clara de impotência.

E como aqui se demonstrou, mesmo acionando diversas estratégias de ação, ligadas à gestão de saúde e de doença, os refugiados vivem, sentem e manifestam os elementos de “luto cultural”, que já arrolámos, pela rutura com as estruturas sociais/ valores culturais que fragilizam a sua saúde mental. Pois, eles perderam a sua rede de apoio e suporte espiritual, consubstanciado em elementos culturais como a obrigatoriedade de “cuidar dos mortos”, segundo preceitos e práticas das suas zonas de origem. Todavia, estes imigrantes desencadeiam estratégias de gestão da sua saúde mental e física. A memória coletiva é acionada, desenrolando um vasto leque de saberes e conhecimentos das suas tradições e origens, misturando-as e pragmaticamente usando-as para mitigar, tratar e ou curar enfermidades, quer físicas, quer espirituais e mentais.

iii- Após a primeira e a segunda conclusões apresentadas, decorre esta terceira pela sua praticamente omnipresença fundamental e incontornável naquele contexto, a chamada “Medicina Tradicional”. Este sistema (ou sistemas) revelou ser o recurso terapêutico mais

importante, mais confiável (e confiado) na provisão dos cuidados de saúde dos refugiados. Pois, quase todos os entrevistados dizem recorrer à esta prática para a solução dos seus problemas de saúde, devido ao custo dos cuidados médicos e dos produtos farmacêuticos. Assim, concordámos com o posicionamento de Kofi-Tsekpo (2004) e Adu-Gyamfi & Anderson (2019), quando afirmam que a “medicina tradicional africana” não é sinónima da “medicina alternativa e complementar”, pois constitui o principal sistema africano de cuidados de saúde e, portanto, não pode ser uma alternativa.

Esta ideia justifica o facto de 80% da população africana recorrer à medicina tradicional como estratégia primária de saúde (Bodeker & Neumann, 2012). Ademais, alguns estudos indicam que os praticantes de medicina tradicional têm sido muito eficazes na gestão das condições de doença em campos de refugiados em alguns países do mundo (Nzweundji & Agbor, 2019).

A medicina tradicional tem a sua transversalidade e versatilidade. Este campo de saber permite e possibilita o diagnóstico, o tratamento e a cura de doenças tanto físicas, bem como mentais, e sobretudo espirituais e almáticas. Sem destacar que nos seus diagnósticos, quando parte para a cura, possibilita munir os pacientes de mecanismos de proteção contra eventuais feitiçarias, invejas, bruxaria, etc., e contra futuras doenças ou mal-estares a vários níveis. Ela atua em todas as esferas da vida e da saúde do indivíduo, com eficácia. Deste modo, considerar-se a sua importância e o seu grau de confiabilidade e uso por parte dos refugiados em Maratane e de forma geral entre as populações africanas.

iv - Uma das constatações deste estudo que, em grande parte, explica a “desconfiança” dos refugiados em recorrer aos serviços locais de saúde, ou que nos permitem entender a sua preferência pelas medicinas alternativas (tradicional, popular, folk, etc.), é o fator de ordem comunicacional que assenta na língua. Os fatores linguísticos são profundamente diferenciados e desencontrados. Eles provocam ruídos de comunicação e em questões tão sensíveis como de saúde e doença isto se agrava.

Em Maratane esta realidade é patente, o que nos leva a concluir o axioma que em outros contextos já se provou como verdadeiro, ou seja, que constitui realmente uma barreira importante e determinante. Deste modo, sucede que em termos estratégicos para questões de saúde e doença, os refugiados recorrem aos “seus” médicos e “suas” medicinas, pois

espiritual, simbólico e comunicacionalmente se sentem próximos, mais ligados e mais confiantes.

v – Outra importante estratégia mobilizada pelos refugiados, quando se trata de questões de saúde/doença, é a religião. O sistema religioso representa para estas populações um recurso terapêutico extremamente importante sobretudo para o caso de doenças de origem espiritual ou sobrenatural (associadas, muitas vezes, à feitiçaria e à bruxaria). Igualmente a religião desempenha um papel importante na gestão de problemas de saúde mental dos refugiados, na medida em que lhes possibilita uma forma de gerir o sofrimento e de encontrar uma explicação “plausível” para as suas provações ou por alguma significação ao desespero que se instaura na sua vida. Portanto, a religião e a espiritualidade promovem emoções positivas que propiciam o bem-estar social e psicológico dos seus crentes (Murakami & Campos, 2012; Cohen & Koenig, 2004; Schieman, Bierman & Ellison, 2013; Smith, McCullough & Poll, 2003; McCullough & Smith, 2003; Almeida, Neto, Koenig, 2006); Haydu, 2017).

O recurso às crenças e práticas religiosas vê-se aqui relacionado às novas configurações religiosas de carácter marcadamente neo-pentecostal e sincrética, numa associação complexa entre um certo Cristianismo messiânico e profético com símbolos, rituais e práticas mágicas ligadas às tradições africanas locais. Para estas populações, estas práticas traduzem-se em resultados palpáveis e provados. Assim, existe uma profunda confiança nas mesmas e nos seus “operadores” ou “especialistas rituais” no diagnóstico, tratamento e cura de doenças de todos tipos.

5.2 Limitações do Estudo

Pela proximidade geográfica e facilidades de ordem logística e financeira, a primeira opção para a realização do trabalho de campo desta pesquisa centrava-se no sul de Moçambique, concretamente na Cidade de Maputo, a capital do país. No entanto, dada a dificuldades e barreiras que se teve para acessar ao grupo alvo (refugiados), face à sua indisponibilidade, obrigou-se que a pesquisa fosse realizada na região norte do país, especificamente no Campo de Maratane, em Nampula, que alberca a maioria dos refugiados estrangeiros em Moçambique.

Nos meses de março e abril de 2020, o contexto atual marcado pelo Covid19 limitou, até certo ponto, o decurso da investigação (recolha de informação documental), pois algumas instituições públicas e privadas, incluindo bibliotecas, haviam ativado as medidas restritivas para evitar a propagação da doença.

A incipiência dos estudos sobre a migração forçada e saúde a partir dos refugiados em Moçambique, foi também uma grande limitante deste estudo, o que fez com que se debatesse sobre o objeto de estudo apenas com base na literatura internacional. Mesmo assim, a discussão literária mostrou-se limitada tendo em conta a inexistência de estudos específicos sobre as estratégias de gestão de saúde nos campos de refugiados.

Outra limitação encontrada é referente às dificuldades em aceder a alguns sujeitos chave da pesquisa como é caso dos “médicos informais”, que foram recorrentemente mencionados pelos nossos entrevistados. Considera-se que seria oportuno colher os seus depoimentos na primeira pessoa, dado que iriam enriquecer os dados da investigação.

Por fim, as limitações linguísticas foram também notórias durante o processo de recolha de dados, uma vez que na sua generalidade os informantes (refugiados) se comunicam em *swahili* e outras línguas nativas, que não são do domínio do pesquisador. Embora existisse o privilégio de contar com os “tradutores culturais”, há que colocar reservas no que tange à informação recolhida, já que “a tradução altera o uso da linguagem e interrompe o processo de condução fenomenológica de pesquisa” (Squires, 2009) e, conseqüentemente, a sua qualidade poderá afetar todo o processo de análise de dados (Lopez *et al.* 2008).

5.3 Recomendações para fazedores de políticas públicas e para futuras pesquisas

Os resultados deste estudo sugerem, numa dimensão macro, a reformulação de políticas públicas de saúde, ou por outra, que estejam também viradas para os refugiados por forma responder e atender as suas especificidades. Embora o Sistema Nacional de Saúde de Moçambique estabeleça o direito à assistência médica e sanitária a todos os cidadãos, por meio do MISAU, as políticas públicas e os programas de saúde não tomam em conta a multiplicidade cultural e linguística na provisão dos cuidados de saúde, direcionados aos refugiados. Como bem observa Bäckström (2009:387), a sociedade é o produto de transformações multiculturais e as estruturas que nela existem, como as estruturas de saúde, deveriam adaptar-se a essas mesmas transformações, que neste momento são vividas a ritmos rápidos de mudança.

Já na dimensão micro-institucional, dada a carência de serviços especializados em saúde mental no Centro de Saúde de Maratane, o estudo recomenda que estes serviços sejam inclusos, considerando que os campos de refugiados albergam, geralmente, refugiados de guerra, com problemas de transtornos mentais, *stress*, depressão, isolamento, devido à exposição a situações de conflito/guerra, assassinatos, torturas, violação sexual de mulheres e crianças. Estes casos, pois, necessitam de um atendimento especializado.

Paralelamente, o estudo sugere a formação e treinamento contínuo dos intérpretes em matérias de tradução e interpretação, considerando a terminologia médica por forma a minimizar o problema das barreiras linguísticas e de comunicação e, por consequência, aperfeiçoar a interpretação da informação clínica do médico ao paciente e vice-versa o que poderá elevar o nível de confiança entre os profissionais e os refugiados.

De igual forma, mostra-se necessário um treinamento aos profissionais de saúde em matéria de “competência cultural”, de modo a que desenvolvam habilidades multiculturais para lidar com questões específicas relativas ao grupo de refugiados. Como defendem Galina *et al.* (2017:303), “o cuidado é influenciado pelo prévio preparo dos profissionais de saúde para lidarem com a diversidade cultural, as crenças, os costumes e a compreensão dos significados do processo saúde/doença/cuidados.”

O estudo sugere ainda uma maior vigilância e controlo por parte dos serviços de saúde local, devido à problemática de automedicação que se revelou bastante recorrente entre os

refugiados. É, portanto, necessário que haja uma maior conscientização comunitária sobre os riscos e efeitos colaterais de automedicação e melhoraria na comunicação com o sistema de referência entre farmacêuticos, pacientes e médicos (Isameldin, 2020).

O estudo recomenda igualmente a “reintegração”²¹ dos médicos refugiados no Centro de Saúde de Maratane o que poderá ajudar a preencher algumas lacunas ligadas, principalmente, às barreiras culturais e linguísticas que até certo ponto reduzem a adesão ao tratamento médico. Na visão de Namak *et al.* (2018), a sua admissão representaria uma oportunidade perdida não apenas para os próprios médicos refugiados, mas também para o sistema de saúde do país anfitrião, especialmente em países ou áreas com escassez de médicos e/ ou uma alta proporção de populações de imigrantes ou refugiados.

Em relação a sugestões para futuras investigações, pensa-se que seria oportuno o alargamento da base amostral deste estudo, através da realização de uma pesquisa que cruze a metodologia qualitativa e quantitativa para permitir a generalização dos resultados. Paralelamente, seria todo pertinente alargar o grupo alvo da pesquisa, considerando outros atores, como por exemplo, os médicos informais, os responsáveis pelas políticas públicas de saúde e das políticas migratórias no contexto moçambicano entre outros, que esta pesquisa não abrange.

Por último, deve considerar-se a necessidade e a importância de realizar uma pesquisa (extensiva a nível nacional e multi – contextual) sobre a saúde dos refugiados que reflita os fundamentos socioculturais, que explicam a sua resiliência, num contexto marcado pelas barreiras culturais e linguísticas, e principalmente como estes fatores se imbricam e se manifestam, enquanto potenciais ou efetivas barreiras no acesso aos cuidados de saúde destas populações no país.

²¹Usamos o termo “reintegração,” uma vez que durante o processo de recolha de dados ficamos a saber que foi prática na unidade sanitária local, o recurso a médicos/enfermeiros refugiados, devido à complexidade cultural e as barreiras linguísticas que os pacientes refugiados enfrentavam durante as consultas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abebe, T. T. (2019). Breaking Africa's cycle of forced displacement. Institute for Security Studies (ISS). Consultado a 26 fevereiro 2019. Disponível em: <https://issafrica.org/iss-today/breaking-africas-cycle-of-forced-displacement>

Abreu, C. A. S. (2014). Human Security in Refugee Movements: The Case of Southern Africa.

Achour, N., & Lacan, N. (2011). Drought in Somalia: a Migration Crisis. The State of Environmental Migration 2011.

ACNUR. (S/D). Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados (1951). Consultado a 18 janeiro 2018. Disponível em https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf

ACNUR Regional Service Centre in Nairobi. (2019). Africa: Sub-Saharan Total population of concern to UNHCR. UNHCR – The UN Refugee Agency.

ACNUR. (2019). Global Trends: Forced Displacement in 2019. UNHCR – The UN Refugee Agency.

ACNUR. (2020). Refugees and asylum seekers from DRC. Operational Portal – Refugee Situations. Consultado a 13 junho 2020. Disponível em: <https://data2.unhcr.org/en/situations/drc>

ACNUR. Tay, A. K., Islam, R., Riley, A., Welton-Mitchell, C., Duchesne, B., Waters, V., Varner, A., Silove, D., & Ventevogel, P. (2018). Culture, Context and Mental Health of Rohingya Refugees: A review for staff in mental health and psychosocial support programmes for Rohingya refugees. Geneva, Switzerland: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR).

ACNUR., & Tanzania 2019-2020 Country RRP. (2020). Tanzania Country Refugee Response Plan: The integrated response plan for refugees from Burundi and the Democratic Republic of the Congo. Consultado a 13 março 2020. Disponível em: <https://reporting.unhcr.org/node/22010>

- Adu-Gyamfi, S., & Anderson, E. A. (2019). *Indigenous Medicine and Traditional Healing in Africa: a Systematic Synthesis of the Literature*. Philosophy, Social and Human Disciplines. vol. 1.
- Agbanusi, A. (2016). *Witchcraft in West African Belief System – Medical and Social Dimensions*. Mgbakoigba: Journal of African Studies. v. 5. n. 2.
- Ager, A. (2014). *Health and Forced Migration*. In Qasmiyeh, E. F., Loescher, G., Long, K., & Sigona, N. (eds.). *The Oxford Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*. Consultado a 11 julho 2019. Disponível em: <https://cfs.hivci.org/country-factsheet.html>
- Ahmad, F. (2018). *Providing Care for Refugee Patients: Challenges and Barriers – A literature review (Bachelor Degree Thesis Nursing)*. Arcada University of Applied Science.
- Ahmad, W. I. U., & Bradby, H. (2008). *Ethnicity, Health and Health Care: Understanding Diversity, Tackling Disadvantage*. Blackwell Publishing.
- Ajima O. M. & Ubana, E. U. (2018). *The Concept of Health and Wholeness in Traditional African Religion and Social Medicine*. Arts Social Sci J. vol. 9. issue. 4.
- Alawa, J., Zarei, P., & Khoshnood, K. (2019). *Evaluating the Provision of Health Services and Barriers to Treatment for Chronic Diseases among Syrian Refugees in Turkey: A Review of Literature and Stakeholder Interviews*. Turkey: International Journal of Environmental Research and Public Health.
- Almasdy, D., & Sharrif, A. (2011). *Self-Medication Practice with Nonprescription Medication among University Students: a review of the literature*. Archives of Pharmacy Practice. 2 (3), 95- 100.
- Alves, P. C. (2015). *Itinerário Terapêutico e os Nexus de Significados da Doença*. Revista de Ciências Sociais. n. 42, p. 29-43.
- Amzat, J., & Razum, O. (2014). *Medical Sociology in Africa and Operational Research Paradigm*. Switzerland: Springer. Pak.j.stat.oper.res. v. 4. n.1.
- Andrade, G. R. B. de., & Vaitsman, J. (2002). *Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 7 (4), 925-934.

- Angelelli, C. V. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge University Press.
- Antunes, J. A. P. J. (2017). *Refugiados e Saúde mental-Acolher, Compreender e Tratar*. Portugal: Psicologia, Saúde & Doenças.
- Apalata, T., Kibiribiri, E. T., Knight, S., & Lutge, E. (2007). *Refugees' Perceptions of their Health Status & Quality of Health Care Services in Durban, South Africa: A Community-Based Survey*. Durban: Health Systems Trust.
- Araújo, J. O., Sousa, F. M., Proença, R., Bastos, M. L., Trajman, A., & Faerstein, E. (2019). Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*.
- Arnaldo, C., & Muanamoha, R. (2013). Tendências e Desafios do Crescimento da População em Moçambique. In: Arnaldo, C., & Cau B. (org.) *Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique*. Maputo: Cepsa.
- Bäckström, B. (2009). *Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Lisboa: Alto-Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).
- Bailey, R. (2008). *Global Issues: Immigration and Migration*. United States of America: Infobase Publishing.
- Bala, J. (2005) *Beyond the Personal Pain: Integrating social and political concerns in therapy with refugees*. In: Ingleby, D. (ed.). (2005) *Forced Migration and Mental Health- Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. USA: Springer.
- Balestro, A. C., & Pereira, T. (2019). *Língua e Cultura na Feminização das Migrações no Brasil*. Campinas: Trab. Ling. Aplic.
- Banco Mundial. (2019) *Moçambique: aspetos gerais*. Consultado a 3 julho 2020. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/mozambique/overview>
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.

- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bekker, C. J. (2006). Finding the 'other' in African Christian Leadership: Ubuntu, kenosis and mutuality (Paper presented at the International Conference on Value-based Leadership). University of Stellenbosch Business School.
- Belo, W. A., Oselame, G. B., & Neves, E. B. (2016). Perfil clínico-hospitalar de crianças com cardiopatia congénita. *Rio de Janeiro: Cad. Saúde Colet.*, 24 (2), 216-220.
- Bempong, N-E., Sheath, D., Seybold, J., Flahault, A., Depoux, A., & Saso, L. (2019). Critical reflections, challenges and solutions for migrant and refugee health: 2nd M8 Alliance Expert Meeting. *Public Health Reviews*.
- Bentacourt, D. A. B. (2016). Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing. *The Downtown Review*. v. 2. iss. 1.
- Berlin Institute for Population and Development. (s.d.). *Stalling Transition in Kenya*.
- Bird, C. E., Conrad, P., Fremont, A. M., & Timmermans, S. (eds). (2010). *Handbook of Medical Sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press. 6th ed.
- Black, R., Crush, J., Peberdy, S., Ammassari, S., Hilker, L. M., Mouillesseaux, S., Pooley, C., & Rajkotia, R. (2006). *Migration & Development in Africa: An Overview*. African Migration & Development Series No. 1.
- Bocqueho, G., Deschamps, M., Helstroffer, J., Jacob, J., & Joxhe, M. (2018). Risk and Refugee Migration. *Sciences Po OFCE Working Paper n° 10*.
- Bodeker, G., & Neumann, C. (2012). *Revitalization and Development of Karen Traditional Medicine for Sustainable Refugee Health Services at the Thai–Burma Border*. Routledge, *Journal of Immigrant & Refugee Studies*.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In Richardson, J. (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-58). Westport, CT: Greenwood.
- Bowen, G. A. (2008). *Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note*. *Qualitative Research*, Sage Publications. vol. 8.
- Bowen, S. (2001). *Language Barriers in Access to Health Care*. Canada: Health Canada.

- Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *J Med Ethics: Medical Humanities*.
- Brink, H. I. L. (1993). Validity and Reliability in Qualitative Research. *Curationis*. v. 16. n. 2.
- Brosnan, C., & Turner, B. S. (2009). *Handbook of the Sociology of Medical Education*. United States of America, Canada: Routledge.
- Brown-Bowers, A., McShane, K., Wilson-Mitchell, K., & Gurevich, M. (2014). Postpartum depression in refugee and asylum-seeking women in Canada: A critical health psychology perspective. *Health*. pp. 1-18.
- Buhmann, C. (2014). Traumatized refugees: Morbidity, treatment and predictors of outcome. *Danish Medical Journal*. pp. 1-29.
- Bundervoet, T., Verwimp, P., & Akresh, R. (2007). *Health and Civil War in Rural Burundi*. Germany: Discussion Paper Series.
- Bury, M. (1997). *Health and Illness in a Changing Society*. United States of America, Canada: Routledge.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hermáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4433-4442.
- Campbell, E. J. M., Scadding, J. G., & Roberts, R. S. (1979). The concept of disease. *British Medical Journal*.
- Caprara, A., & Franco, A. L. S. (1999). A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 15 (3), 647-654.
- Carapinheiro, G. (1986). A Saúde no Contexto da Sociologia. In: *Sociologia, Problemas e Práticas*. Portugal: Editora Mundos Sociais.
- Carapinheiro, G. (2005). Do Bio-Poder ao Poder Médico. In: *Estudos do Século XX*. n. 5.
- Carballo, M., & Nerukar, A. (2001). Migration, Refugees, and Health Risks. *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), 556-560.

- Castles, S. (2005). *Globalização, Transnacionalismo e Novos Fluxos Migratórios- Dos Trabalhadores Convidados as Migrações Globais*. Lisboa: Fim do século.
- Castles, S. (2003). Towards a Sociology of Forced Migration and Social Transformation. In *Sociology*, Vol. 77, n. 1. 13-34.
- Catão, M. O. (2011). *A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde*. Campina Grande: EDUEPB.
- Cerqueira-Santos, E., Koller, S. H., & Pereira, M. T. L. N. (2004). Religião, Saúde e Cura: um Estudo entre Neopentecostais. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 82-91.
- Chapman, R. R. (2010). *Family Secrets: Risking Reproduction in Central Mozambique*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*. v. 5. n. 2.
- Charmaz, K. & Belgrave, L. L. (2013). Modern Symbolic Interaction Theory and Health. In Cockerham, W. C. (ed). *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (pp. 11-40). Springer.
- Cierco, T. (2010). *A Instituição de Asilo na União Europeia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cohen, A. B., & Koenig, H. G. (2004). Religion and Mental Health. *Encyclopedia of Applied Psychology*. v. 3.
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*.
- Collyer, F. (ed). (2015). *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. Australia: Palgrave Macmillan.
- Connor, P., & Krogstad, J. M. (2018). Record number of forcibly displaced people lived in sub-Saharan Africa in 2017. Fact Tank, News in the Numbers. Consultado a 6 setembro 2019. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/08/09/record-number-of-forcibly-displaced-people-lived-in-sub-saharan-africa-in-2017/>

- Consolo, M. J. de. S. (2015). O Acolhimento de Refugiados em Moçambique (Dissertação de Mestrado em História de Moçambique e África Austral). Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Departamento de História.
- Costa, P. e Sousa, L. (2018). 40 Anos de Independências: Migrações forçadas e regimes de asilo nos PALOP (1975-2013). In: Cadernos de Estudos Africanos. 35, 89-108. Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Consultado a 24 de junho de 2021. Disponível em <https://journals.openedition.org/cea/2630>
- Coutinho, M. da. P. de. L. & Oliveira, M. X. de. (2010). Tendências comportamentais frente à saúde de imigrantes brasileiros em Portugal. *Psicologia & Sociedade*, 22 (3), 548-557.
- Covas, D. T., & Moreira, A. C. (2013). Comunicação Médico – Paciente e Anamnese. In Covas, D. T. (ed.). *A Comunicação Médico – Paciente* (pp. 1-46). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.
- Crush, J., & Tawodzera, G. (2011). Medical Xenophobia: Zimbabwean Access to Health Services in South Africa. Southern African Migration Programme (SAMP), Open Society Initiative for Southern Africa (OSISA).
- Dallari, S. (2008). A proteção do direito à intimidade, a confidencialidade e o sigilo nas pesquisas em saúde. In: Guerriero, I. C. Z., Schmidt, M. L. S., & Zicker, F. (orgs.). *Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde*. Editora HUCITEC.
- Datta, R. (2013). The World of Quacks: A Parallel Health Care System in Rural West Bengal. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, 14 (2), 44-53.
- Delamater, P. L., Messina, J. P., Shortridge, A. M., & Grady, S. C. (2012). Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *International Journal of Health Geographics*.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (eds). (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low Income Countries*. New York: Oxford University Press.
- Dias, S. F., Rocha, C. F., & Horta, R. (colab). (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*. Lisboa: Paulinas Editora.

- Dias, S., Matos, M. G. de., & Gonçalves, A. (2002). *Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos face ao VIH numa Comunidade Migrante: Implicações para a Intervenção*. Lisboa: Psicologia, Saúde & Doenças.
- Dillon, M. (ed.). (2003). *Handbook of the Sociology of Religion*. Cambridge University Press.
- Dodier, N., & Darbon, S. (1985). Eliot Freidson, La profession médicale. In: *Sciences sociales et santé* (pp. 129-143). v. 3, n. 1.
- Downing, B. T. (1992). *Professional interpreting: Insuring Access for Refugee and Immigrant patients*. Unpublished paper.
- Durkheim, É., & Brandão, E. (trad.). (1999). *Da Divisão Do Trabalho Social*. São Paulo: Martins Fontes. 2ª ed.
- Düvell, F. (2012). *Qualitative Research in Migration Studies*. Italy: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, CARIM-East Analytic and Synthetic Notes 2012/01, San Domenico di Fiesole (FI): European University Institute.
- Efird, J. T., & Bith-Melander, P. (2018). *Refugee Health: An Ongoing Commitment and Challenge*. Switzerland: *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Elmi, A. A., & Barise, A. (2006). *The Somali Conflict: Root causes, obstacles, and peace-building strategies*. *African Security Review* 15.1, Institute for Security Studies.
- Eriksson, M. (2011). *Social capital and health – implications for health promotion*. *Global Health Action*.
- Evans-Pritchard, E. E. (1978). *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- FAO. (2000). *Planting hopes in refugee camps in Tanzania*. Consultado a 20 fevereiro 2020. Disponível em: <http://www.fao.org/english/newsroom/highlights/2000/img/tanzl-e.gif>
- Fenenga, C. J., Alhassan, R. K., Duku, S., Janssens, W., Arhinful, D., & Hutter, I. (2016). *Disparities between Explanatory Models of Health Clients, Healthcare Providers and Health Insurer*. *Journal of Health Science* 4.

- Ferreira, J. (2011). A consulta médica como drama social – um olhar etnográfico. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Colet., 19 (2), 215-224.
- Filho, P. P. (2011). Guerra e Fome na Somália. Meridiano 47. v. 12. n. 128.
- FitzGerald, D. S., & Arar, R. (2018). The Sociology of Refugee Migration. Annual Review of Sociology.
- Flahaux, M-L., & Haas, H. D. (2016). African migration: trends, patterns, drivers. Comparative Migration Studies.
- Fleischer, S. & Schuch, S. (2010). Ética e Regulamentação na Pesquisa Antropológica. Brasília: Editora UnB.
- Flynn, R., Bellaby, P., & Ricci, M. (2006). Risk Perception of an Emergent Technology: The Case of Hydrogen Energy. Forum: Qualitative Social Research Sozialfors Chung. v. 7. n. 1.
- Fontanella, B. J. B., & Ricas, J. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública.
- Foucault, M., & Galvão, M. E. (trad). (2005). Em Defesa da Sociedade: Curso no College de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes.
- Francis, S. C., Mthiyane, T. N., Baisley, K., Mchunu, S. L., Ferguson, J. B., Smit, T., ... & Shahmanesh, M. (2018). Prevalence of sexually transmitted infections among young people in South Africa: A nested survey in a health and demographic surveillance site. PLOS Medicine. v. 15. n. 2.
- Francisco, A. A. da S. (2010). Moçambique: Proteção social no contexto de um Estado Falido mas não falhado. In Brito, L. de., Castel-Branco, C. N., Chichava, S., & Francisco, A. (eds). Proteção Social: Abordagens, Desafios e Experiências para Moçambique (pp. 37-95). IESE Chapter.
- Franco, T., & Druck, G. (1998). Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. Brasil: Ciência & Saúde Coletiva.
- Freidson, E. (1970). Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dodd, Mead & Company.

- Freitas, C. de., & Mendes, A. (2013). A Resiliência da Saúde Migrante: Itinerários Terapêuticos Plurais e Transnacionais. Brasília: Rev. Inter. Mob. Hum. n. 40, p. 69-92.
- Fu-Kiau, K. K. B. (2003). Self-healing power and therapy: Old teachings from Africa. Baltimore, MD: Black Classic Press.
- Fukuyama, F. (1997). Social Capital: The Tanner Lectures on Human Values. Oxford: Brasenose College.
- Fukuyama, F. (2000). Social Capital and Civil Society. International Monetary Fund (IMF) Working Paper.
- Gabe, J. (1995). Medicine, Health and Risk: Sociological Approaches. Oxford Basil Blackwell.
- Gabe, J. (2013). Health, Medicine And Risk: The Need For A Sociological Approach. United Kingdom: Medical Sociology online. v. 7.
- Galina, V. F., Silva, T. B. B., Haydu, M., & Martin, D. (2017). A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. Botucatu: Interface - Comunicação Saúde Educação, 21 (61), 297-308.
- Galvão, M. T. dos R. L. S., & janeiro, J. M. da S. V. (2013). Self-Care in Nursing: Self-Management, Self-Monitoring, and The Management of Symptoms as Related Concepts. REME - Rev Min Enferm., 17 (1), 231-235.
- Gebremichael, M., Kifle, A. A., Kidane, A., Wendyam, H., Fitiwi, M., & Shariff, Z. S. (2018). Conflict Analysis & Insights: Burundi Conflict Insight. Burundi: IPSS Peace & Security Report. v. 1.
- Gebresellasié, Y. (1993). International Migration in Africa: An Overview. Refuge. v. 12. n. 8.
- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (11), 2449-2463.
- Gerhardt, U. (1989). Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology. England: Macmillan.
- Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. Annu. Rev. Public Health. pp. 399-418.

- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Goldberg, C. A. (2012). Robert Park's Marginal Man: The Career of a Concept in American sociology. *United States of America: Laboratorium*. v. 4. n. 2.
- Goldim, J., Pithan, C., Ghisleni, J. & Raymundo, M. (2003). O processo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa: uma nova abordagem. *Rev Assoc Med Bras*. v. 49. n. 4.
- Gonçalves, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação Social I: Programa, Conteúdo e Métodos de Ensino Teórico e Prático (Relatório apresentado à Universidade do Minho para Provas de Agregação no Grupo Disciplinar de Sociologia)*. Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.
- Goodwin-Gill, G. S. (2014). The International Law of Refugee Protection. In Fiddian-Qasmiyeh, E., Loescher, G., Long, K., & Sigona, N. (eds). *The Oxford Handbook of Refugee and Forced Migration Studies* (pp. 1-9).
- Gouveia, E. A. H., Silva, R. de O., & Pessoa, B. H. S. (2019). Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. pp. 82-90.
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2018). Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal Public Health*. v. 108. n. 6.
- Granjo, P. (2009). *Saúde e Doença em Moçambique*. São Paulo: Saúde Soc. v. 18. n. 4.
- Grønset, A. S. (2009). Three approaches to the study of health, disease and illness; the strengths and weaknesses of each, with special reference to refugee populations. *NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse*.
- Grove, N. J., & Zwi, A. B. (2006). *Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health*. Australia: Social Science & Medicine.
- Habermas, J., & McCarthy, T. (translator). (1987). *The Theory of Communicative Action – Lifeworld and System: A Critique of Functionalist Reason*. Boston: Beacon Press. v. 2.

- Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2013). Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, The Joanna Briggs Institute.
- Hafferty, F. W., & Castellani, B. (2006). *Medical Sociology*.
- Hamilton, L., & Bax, D. (2018). Addressing Social Cohesion and Xenophobia in South Africa. *Resilience Policy Brief*.
- Haydu, M. (2017). *Refugiados congolese na cidade de São Paulo: processo migratório e itinerários terapêuticos* (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Helman, C. (1984). *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. John Wright & Sons Ltd, John Wright PSG Inc.
- Hennink, M. M. (2014). *Focus Group Discussions*. Oxford University Press.
- Henry, B. F., Ringler-Jayanthan, E., Brubaker, D., & Darling, I., Wilson, M. (2019). *Challenges of Refugee Resettlement: Policy and Psychosocial Factors*. Washington DC: Social Justice Brief.
- Hollingshead, A. B. (1973). *Medical Sociology: A Brief Review*. Health and Society.
- Horyniak, D., Melo, J. S., Farrel, R. M., Ojeda, V. D., Strathdee, S. A. (2016). Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. *PLOS ONE*. v. 11. n. 7.
- Hovil, L., & Bueno, O. (2016). "I know the consequences of war": Understanding the dynamics of displacement in Burundi. *International Refugee Rights Initiative*.
- How resilient were OECD health care systems during the "refugee crisis"? (2018). *Migration Policy Debates*.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., Horst, H. van der., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*.
- Humanitarian Country Team and partners. (2018). *Humanitarian Needs Overview*. Somalia.

- Hunink, M. G. M., Glasziou, P. P., Siegel, J. E., Weeks, J. C., Pliskin, J. S., Elstein, A. S., & Weinstein, M. C. (2001). *Decision making in health and medicine: Integrating evidence and values*. Cambridge University Press.
- Hynie, M. H. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63 (5), 297-303.
- Imber-Black, E. (1994). Segredos na família e na terapia familiar: uma visão geral. In Imber-Black, E. (org.). *Os segredos na família e na terapia familiar* (pp. 15-38). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Instituto Nacional de Apoio aos Refugiados (INAR). (2020). *Estatística de Requerentes de Asilo/refugiados por Nacionalidade e sua Localização Referente ao Mês de Dezembro/2019*. Ministério do Interior, Delegação Provincial de Nampula.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *IV Recenseamento Geral da População e Habitação, 2017 Resultados Definitivos – Moçambique*. Instituto Nacional de Estatística, Direção de Estatísticas Demográficas, Vitais e Sociais.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Anuário Estatístico 2017 – Moçambique*.
- International Refugee Rights Initiative. (2014). *Conflict in South Sudan: Refugees seek protection in Uganda and a way home*.
- Isameldin, E., Saeed, A. A., Hassan, T. M., & Mousnad, M. A. (2020). Self-medication Practice among patients living in Soba-Sudan. v. 4. p. 1-5.
- Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P. L., & Damme, W. V. (2011). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*. pp. 1-3.
- Jawaid, H. (2014). Impact of Religion/Spirituality on Health: What are the Evidences? *Journal of Psychiatry*. v. 17. n. 6.
- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Clifford, A. (2018). *Cultural Competence in Health: A Review of the Evidence*. SpringerBriefs in Public Health.
- Jornal Domingos. (2020, 1 de novembro). *Terrorismo em Cabo Delgado: Paquitequete regista pico de chegada de deslocados*. Política.

- Jossai, E. (2019). Relatório da Monitoria da Ajuda Humanitária às Vítimas do Ciclone Idai na Província de Sofala. Maputo: Centro de Integridade Pública (CIP).
- Jr, P. H., Abib, G., & Hoppen, N. (2019). Validity in Qualitative Research: A Processual Approach. *The Qualitative Report*.
- Junges, J. R., Barbiani, R. (2013). Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev. bioét. (Impr.)*, 21 (2), 207-217.
- Júnior, F. G. de P., Leão, A. L. M. de S., & Mello, S. C. B. de. (2011). Validade e Confiabilidade na Pesquisa Qualitativa em Administração. *Revista de Ciências da Administração*, 13 (31), 109-209.
- Júnior, R. A. de O. F., Santos, C. A. D., Lisboa, L. L., Freitas, A. K. M. S. de O., Garcia, V. L., & Azevedo, G. D. de. (2018). Incorporando a Competência Cultural para Atenção à Saúde Materna em População Quilombola na Educação das Profissões da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42 (2), 100-109.
- Kane, J. C., & Greene, M. C. (2018). Addressing Alcohol and Substance Use Disorders among Refugees: A Desk Review of Intervention Approaches. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- Karakoulaki, M., Southgate, L., & Steiner, J. (eds). (2018). *Critical Perspectives on Migration in the Twenty-First Century*. England: E-International Relations.
- Karlsson, J. (2018). Year in Review. *Better Shelter*.
- Kaufman, D. (2012). A força dos “laços fracos” de Mark Granovetter no ambiente do ciberespaço. *Galaxia (São Paulo, Online)*, n. 23. p. 207-218.
- Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78 (3), 458-67.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis. *American Journal of Public Health*. v. 89. n. 8.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. Canada: Canadian Medical Association.

- Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., ... Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. Switzerland: *European Journal of Psychotraumatology*. v. 11.
- Kivisto, P., & Faist, T. (2010). *Beyond a Border: The Causes and Consequences of Contemporary Immigration*. United States of America: Pine Forge Press.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Soc. Sci. & Med.* v. 12.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley (CA): University of California Press.
- Kofi-Tsekpo, M. (2004). Institutionalization of African traditional medicine in health care systems in Africa. *African Journal of Health Sciences*. v. 11. pp. 1-2.
- Kohlenberger, J., Buber-Enser, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*.
- Kombaté, K., Tchéssou, J. N., Saka, B., Akakpo, A. S., Tchangai, K. O., Mouhari-Toure, A., Mahamadou, G., ... Pitché, P. (2017). Prevalence and Factors Associated with Self Medication in Dermatology in Togo. *Hindawi Dermatology Research and Practice*.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: an introduction to its methodology*. California: Sage Publications.
- Laher, N., Sultana, A., Aery, A., & Kumar, N. (2018). *Access to Language Interpretation Services and its Impact on Clinical and Patient Outcomes: A Scoping Review*. Wellesley Institute.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). *Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences*. Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- Latif, Z. (2014). *The maternal mental health of migrant women*. A Race Equality Foundation Briefing Paper.

Lazarus, L. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lee, E. S. (1966). A theory of migration. *Demography* 3, pp. 47–57.

Leite, H. P., & Benzecry, S. (2019). Suporte Nutricional na Criança Cardiopata. Research Gate. Consultado a 26 maio 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332574308_Nutricao_na_crianca_cardiopata/link/5cbef6cb92851c8d22fecdd0/download

Letseka, M. (2012). In Defence of Ubuntu. *Stud Philos Educ*.

Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative Research. *Journal of Family Medicine and Primary Care*.

Lihahe, D. W. A. (2010). *A Indizível Cor da Dor: Morte, Sofrimento e Reintegração em Maputo* (Tese de Mestrado em Antropologia Social e Cultural). Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

Lima, J. B. B., Muñoz, F. P. F., Nazareno, L. A., & Amaral, N. (2017). *Refúgio no Brasil: caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1998-2014)*. Brasília: Ipea.

Lin, N. (2004). *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge University Press.

Loewenthal, K. (2006). *Religion, Culture and Mental Health*. Cambridge University Press.

Long, K., & Crisp, J. (2011). In harms way: the irregular movement of migrants to Southern Africa from the Horn and Great Lakes regions. ACNUR, Policy Development and Evaluation Service.

Lopes, N. (2010). Consumos terapêuticos e pluralismo terapêutico. In Lopes, N. M. (org.). *Medicamentos e Pluralismo terapêutico: Práticas e lógicas sociais em mudança* (pp. 19-85). Porto: Edições Afrontamento.

Lopez, G. I., Figueroa, M., Connor, S. E., & Maliski, S. L. (2008). Translation Barriers in Conducting Qualitative Research with Spanish Speakers. *Qualitative Health Research*, 18 (12), 1729-1737.

- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. v. 26. n. 1.
- Løvlie, A. L. (2013). Postpartum Depression among Somali Women in Greater Oslo Region – Prevalence and Associated Risk Factors (Master of Philosophy degree thesis in International Community Health). University of Oslo.
- Luis, A. dos A., & Cabral, P. (2016). Geographic accessibility to primary healthcare centers in Mozambique. *International Journal for Equity in Health*.
- Lupton, D. (1999). *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Luz, R. de O., Pieszak, G. M., Arrué, A. M., Gomes, G. C., Neves, E. T., & Rodrigues, A. P. (2019). Itinerário terapêutico de famílias de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Rene*.
- Lynch, P., & Sousa, E. (trad). (2017). Better Shelter, da IKEA, recebe prêmio de "Design of the Year 2016". *ArchDaily Brasil*. Consultado em 17 julho 2019. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/804366/better-shelter-da-ikea-recebe-premio-de-design-of-the-year-2016>
- MacLachlan, M. (2006). *Culture and Health: A Critical Perspective Towards Global Health*. England: John Wiley & Sons. 2nd ed.
- Manica, S. T., Oliveira, D. L. L. C., & Machado, M. L. P. (2012). Limites e Potencialidades da Técnica de Grupo Focal na Pesquisa Qualitativa em Saúde. *Rev HCPA*.
- Marcos, L. R. (1979). Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English-speaking patients. *Am. J Psychiatry*. pp 171-174.
- Martes, A. C. B., & Faleiros, S. M. (2013). Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *São Paulo: Saúde Soc.*, 22 (2), 351-364.
- Martínez Hernández, Á. (1996). Antropología de la salud: una aproximación genealógica. In Prat, J., & Martínez, Á. (eds). *Ensayos de antropología cultural: Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat* (pp. 369-381). Barcelona: Ariel.

- Martins-Borges, L. (2013). Migração Involuntária Como Fator de Risco à Saúde Mental. Brasília, Brasil: Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios, REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 21 (40), 151-162.
- Martz, E. (2018). Promoting Self- Management of Chronic Health Conditions: Theories and Practice. Oxford University Press.
- Massé, R. (1995). Culture et Santé Publique. Québec, Canada: Gaëtan Morin éditeur Ltée.
- Massey, D. (1988). Economic development and international migration in comparative perspective. Population and Development Review, 14 (3), 383–413.
- Matos, C. (1993). Migrações: Decisões Individuais e Estruturas Sociais. Research Gate. Consultado a 14 março 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277183624_Migracoes_decisoes_individuais_e_estruturas_sociais
- Matos, C. (s.d.). "Migrações: Decisões Individuais e Estruturas Sociais". SOCIUS Working Papers.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. Forum: Qualitative social Research. Sozialforschung. Volume 1, No. 2.
- McIntire, C. (1991). The Importance of the Study of Medical Sociology. Sociological Practice: v. 9, iss. 1. Art. 5.
- McMillan, J., & Schumacher, S. (2014). Research in Education Evidence-Based Inquiry. Pearson Education Limited. 7th ed.
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. Great Britain: Psychological Medicine. v. 16.
- Méda, D. (2006). Le capital social: un point de vue critique. DARES – Compétitivité sociale - capsocialdef.doc
- Medeiros, E. (2008). Contribuição para o Estado da Arte das continuidades e mudanças em Moçambique Vinte e cinco anos de «Estudos Moçambicanos», 1980/81-2006. Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto.

- Miambo, A. A. (2017). A problemática dos refugiados e as modalidades de acesso ao direito de asilo em Moçambique (1975- 2017) (Tese de Doutoramento em Antropologia). Université Sorbonne Paris Cité.
- Migheli, M. (2017). Ubuntu and social capital: a strong relationship and a possible instrument of socio-economic development. *Cambridge Journal of Economics*.
- Miller, K. E., & Rasco, L. M. (eds). (2004). *The Mental Health of Refugees Ecological Approaches to Healing and Adaptation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Milner, J. (2009). *Refugees, the State and the Politics of Asylum in Africa*. United States of America: Palgrave Macmillan.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *São Paulo: Revista Pesquisa Qualitativa*. v. 5. n. 7.
- Ministério da Administração Estatal. (2014). *Perfil do Distrito de Nampula - Província de Nampula*. Moçambique.
- Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) & Organização Mundial da Saúde (OMS). (2019). *Ciclones Tropicais Idai e Kenneth: Relatório da Situação Nacional 2 – 17 de maio*.
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano Estratégico do Sector da Saúde – PESS 2014-2019*.
- Mo Ibrahim Foundation. (2019). *Africa's Youth: Jobs or Migration? Demography, economic prospects and mobility*.
- Montagner, M. A. (2008). *Sociologia Médica, Sociologia da Saúde ou Medicina Social? Um Escorço Comparativo entre França e Brasil*. São Paulo: *Saúde Soc*. v. 17. n. 2.
- Moraes, R. M. de., & Soares, R. A. S. (2016). *Modelos de Decisão aplicados à Saúde: teoria e prática*. Brasília: *Tempus, actas de saúde colet*. v. 10. n. 2.
- Mota, A., Marinho, M. G. S. M. C., & Silveira, C. (2014). *Saúde e História de Migrantes e Imigrantes: Direitos, Instituições e Circularidades*. Coleção *Medicina, Saúde e História*. v. 5.
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2012). *Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente*. Brasília: *Rev Bras Enferm*, 65 (2), 361-7.

- Murayama, H., Fujiwara, Y., & Kawachi, I. (2012). Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies. *Journal of Epidemiology*, 22 (3), 179-187.
- Murenje, M. (2020). Ubuntu and Xenophobia in South Africa's International Migration. *African Journal of Social Work*. v. 10. n. 1.
- Nações Unidas (2017). Handbook on Measuring International Migration through Population Censuses. New York: Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division.
- Nações Unidas. (2016). The Demographic Profile of African Countries. Ethiopia: Economic Commission for Africa.
- Namak, S., Sahhar, F., Kureshi, S., Rayess, F. E., & Mishori, R. (2018). Integrating refugee doctors into host health-care systems. *Economies*.
- Navarro, V. (2004). Inequalities Are Unhealthy. *Monthly Review – An Independent Socialist Magazine*. Consultado a 17 agosto 2020. Disponível em: <https://monthlyreview.org/2004/06/01/inequalities-are-unhealthy/>
- Neves, E. P. (1987). Reflexões acerca dos conceitos auto-cuidado e competência/poder para o auto-cuidado. *São Paulo: Rev. Esc. Enf. USP*, 2 (3), 235-241.
- Ngangah, I. (2020). The Epistemology of Witchcraft in Traditional African Societies. *International Journal of Innovative Research and Advanced Studies (IJIRAS)*, 7 (1), 164-169.
- Nicholson, M., & Hoye R. (eds). (2008). *Sport and Social Capital*. Elsevier.
- Nkurunziza, J. D. (2018). The origin and persistence of state fragility in Burundi. LSE-Oxford Commission on State Fragility, Growth and Development.
- Nogueira, A. (2019). A destituição do ditador Idi Amin, de Uganda, completa 40 anos. Relembre sua sanguinária trajetória no poder. *AH - Aventuras na História*. Consultado a 27 maio 2021. Disponível em <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/destituicao-do-ditador-idi-amin-da-uganda-completa-40-anos-relembre-sua-sanguinaria-trajetoria-no-poder.phtml>
- Nolasco, C. (2016). Migrações Internacionais: Conceitos, Tipologia e Teorias. Portugal: Oficina do CES n.º 434.

- Nunes, E. D. (2007). Merton e a sociologia médica. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos. v. 14. n. 1.
- Nunes, E. D. (2007). Straus: as duas sociologias médicas. Rev Saúde Pública.
- Nunes, E. D. (2014). A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajetória. Ciência & Saúde Coletiva.
- Nzweundji, J. G., & Agbor, G. A. (2019). Refugee Health Problems in the Central African Subregion: The Role of Traditional Medicine. Journal of the Cameroon Academy of Sciences. v. 14 n. 3.
- Okoro, K. N., & Lilian, N. C. (2018). Ubuntu Ideality: The Solution to Xenophobic Practice in South African. World Journal of Research and Review, 6 (3), 115-124.
- Oliveira, M. (2014). O Tema da Imigração na Sociologia Clássica. Rio de Janeiro: Revista de Ciências Sociais. v. 57. n. 1.
- Oliveira, M. de. (2014). O Tema da Imigração na Sociologia Clássica. Rio de Janeiro: DADOS – Revista de Ciências Sociais, 57 (1), 73-100.
- Oliveira, N. M., Strassburg, U., & Piffer, M. (2017). Técnicas de Pesquisa Qualitativa: Uma Abordagem Conceitual. Ciências Sociais Aplicadas em Revista - UNIOESTE/MCR. v. 17. n. 32 - 1º sem. 2017.
- Omisakin, F. D., & Ncama, B. P. (2011). Self, self-care and self-management concepts: implications for self-management education. Educational Research, 2 (12), 1733-1737.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). HIV Country Profile 2019. Consultado a 8 novembro 2020. Disponível em: <https://cfs.hivci.org/country-factsheet.html>
- Organização Internacional para as Migrações (OIM). (2020). World Migration Report 2020. Geneva, Switzerland: International Organization for Migration.
- Organização Internacional para as Migrações. (OIM). (2009). Direito Internacional da Migração: Glossário Sobre Migração. OIM Organização Internacional para as Migrações.
- Organização Internacional para as Migrações (OIM). (2014). Dimensions of Crisis on Migration in Somalia. Switzerland: Department of Operations and Emergencies.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). Traditional medicine strategy 2002-2005. Geneva: World Health Organization, WHO/EDM/TRM/2002.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2013). Self-care for health: a handbook for community health workers & volunteers. Organização Mundial da Saúde, Regional Office for South-East Asia.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. World Health Organization Regional Office for Africa.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). Health promotion for improved refugee and migrant health: Technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Organização Mundial da Saúde. (2018). Elaboração de um projeto de plano de ação mundial para a saúde dos refugiados e dos migrantes: Consulta aos Estados-Membros. Senegal: Comité Regional Para a África.

OXFAM. (2020). Burundian refugees find safety in Tanzania but also new challenges. OXFAM International. Consultado a 4 setembro 2020. Disponível em: <https://www.oxfam.org/en/burundian-refugees-find-safety-tanzania-also-new-challenges>

Ozaltin, D., Shakir, F., & Loizides, N. (2019). Why Do People Flee? Revisiting Forced Migration in Post-Saddam Baghdad. *Journal of International Migration and Integration*.

Padilla, B. (2013). Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, Desigualdades e Acessibilidade em Portugal. *Brasília: Rev. Inter. Mob. Hum. Ano XXI. n. 40.*

Padilla, B. (2017). Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania. *Botucatu: Interface, 21 (61), 273-284.*

Padilla, B., Hernández-Plaza, s., & Ortiz, A. (2012). Avaliando as boas práticas em saúde e Migrações em Portugal: teoria, prática e política. *Fórum Sociológico 22*. Consultado no dia 20 de abril de 2019. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/550>; DOI: 10.4000/sociologico.550

Palamussa, J. D. M. (2016). socio-economic Impacts of Self-Settled Somali Refugees in Host Communities and Their Challenges for Local Integration: The Case Study of Nampula City –

Mozambique (Master dissertation). Jindal School of International Affairs, O. P. Jindal Global University.

Pannetier, J., Lert, F., Roustide, M. J., & Loû, A. D. d. (2017). Mental health of sub-saharan african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties. France: SSM - Population Health.

Papastergiadis, N. (2000), *The Turbulence of Migration*. Cambridge Polity Press.

Park, R. E. (1928). Human Migration and The Marginal Man. *The American Journal of sociology*. v. 13. n. 6.

Patrício, G. (2015). *A Migração Internacional e o Processo de Desenvolvimento na Região Norte de Moçambique: Estudo de Caso da Província de Nampula (Tese de Doutoramento)*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Patrício, G., & Peixoto, J. (2018). Migração Forçada na África Subsaariana: alguns subsídios sobre os refugiados em Moçambique. *Brasília: REMHU – Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*, 26 (54), 11-30.

Peixoto, J. (1998). *As Migrações dos Quadros Altamente Qualificados em Portugal: Fluxos Migratórios Inter-Regionais e Internacionais e Mobilidade Intra-Organizacional (Dissertação de Doutoramento em Sociologia Económica e das Organizações)*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão.

Peixoto, J. (2004). “As Teorias Explicativas das Migrações: Teorias Micro e Macro-Sociológicas”. Lisboa: Socius Working Papers.

Peixoto, J. (2019). Da Era das Migrações ao Declínio das Migrações? A Transição Para a Mobilidade Revisitada. *Brasília: REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*, 27 (57), 141-158.

Pereira, A. B. (2018). *O Refúgio do Trauma. Notas Etnográficas Sobre Trauma, Racismo e Temporalidades do Sofrimento em um Serviço de Saúde Mental para Refugiados*. Brasília: REMHU, *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.* v. 26. n. 53.

Pereira, B. (2017). *Redes de Suporte como Estratégias de Coping de Sobreviventes de Violência Sexual- Um Estudo de Caso no Centro de Acolhimento de Refugiado de Maratane*,

Moçambique (Dissertação de Mestrado em Estudos Internacionais). ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa.

Pereira, G. F. (2017). O Português como Língua de Acolhimento e Interação: A Busca Pela Autonomia por Pessoas Em Situação de Refúgio no Brasil. São Paulo: Cadernos de Pós-Graduação em Letras. v. 17, n. 1.

Pereira, J. A. G. (2016). Da Crise de Refugiados na Europa: Uma Ameaça à Segurança? (Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Policiais). Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.

Pereira, P. (2015). Antropologia da Saúde: um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde. *Revista de Antropologia Experimental*. n. 15.

Persky, L., & Zuhurova, Z. (s.d.). Health of Refugees and Internally Displaced Peoples. *Review Digest: Human Rights & Health*.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*. pp. 161-171.

Petersen, A. (2012). Foucault, Health and Healthcare. In Scambler, G. (2012). *Contemporary Theorists for Medical Sociology* (pp. 7-19). Routledge, Critical Studies in Health and Society.

Pfarrwaller, E., & Suris, J-C. (2012). Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: a review of the literature. *Italy: Italian Journal of Public Health*. v. 9. n 3.

Portes, A. (2000). Capital Social: Origens e Aplicações na Sociologia Contemporânea. *Sociologia, Problemas e Práticas*. n. 33. p. 133-158.

Pussetti, C. (coord)., Ferreira, J. F., Lechner, E., & Santinho, C. (2009). *Migrantes e saúde mental a construção da competência cultural*. Lisboa: Alto-Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone*. New York: The Collapse and Revival of American Community, Simon & Schuster.

Putnam, R. D., Leonardi, R., Nanetti, R. Y., & Monjardim, L. A. (trad). (2006). *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas. 5ª ed.

Raimundo, I. (2009). *International Migration Management & Development in Mozambique: What Strategies?* *International Migration Review*. v. 47. n. 3.

Raimundo, I. (2011). *Causas, Consequências e Padrões de Migração Internacional de Moçambique: Questões emergentes no espaço da lusofonia*. *Revista Internacional de Língua Portuguesa, Migrações, AULOP*, III série, no. 24.

Ramos, N. (2010). *Gênero e Migração – Questionando Dinâmicas, Vulnerabilidades e Políticas de Integração e Saúde da Mulher Migrante*. Portugal: *Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*.

Ramos, N. (2006). *Migração, Aculturação, Stresse e Saúde: Perspectivas de investigação e intervenção*. *PSYCHOLOGICA*. pp. 329-350.

Ramos, N. (org). (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade: Perspetivas Teóricas e Práticas*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

Ravenstein, E. G. (1889). *The Laws of Migration*. *Journal of the Royal Statistical Society*, 52 (2), 241-305.

Redin, G., & Minchola, L. A. B. (2013). *Proteção dos Refugiados na Declaração de Cartagena de 1984: Uma Análise a Partir do Caso dos Haitianos no Brasil*. *Revista de Estudos Internacionais (REI)*, 4 (1), 30-45.

Reed-Hurtado, M. (2013). *The Cartagena Declaration on Refugees and the Protection of People Fleeing Armed Conflict and Other Situations of Violence in Latin America*. Switzerland: Division of International Protection, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Refugees International. (2020). *COVID-19 and the Displaced: Addressing the Threat of the Novel Coronavirus in Humanitarian Emergencies*.

Richmond, A. H. (1988). *Immigration and Ethnic Conflict*. United States of America: Palgrave Macmillan.

- Rocha, C. M. F., Darsie, C., Gama, A., & Dias, S. (2012). Migração Internacional e Vulnerabilidade em Saúde: Tópicos Sobre as Políticas de Saúde e de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. *HYGEIA – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 8 (15), 190-200.
- Rocha, L. L. da. (2018). O papel do tradutor e da tradução como elementos de inclusão em sociedades multiculturais (Dissertação de Mestrado em Tradução e Interpretação Especializadas). Porto: Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Instituto Politécnico do Porto.
- Rodrigues, C. F. (2020). *Self-medication with antibiotics in Maputo, Mozambique: practices, rationales and relationships*. Palgrave Communications.
- Rosenberg, Matt. (2020). *Push-Pull Factors in Immigration: How People Are Pushed and Pulled Toward a New Country*. Consultado a 24 fevereiro 2020. Disponível em: <https://www.thoughtco.com/push-pull-factors-1434837>
- Rossmann, G. B., & Rallis, S. F. (2017). *An Introduction to Qualitative Research: Learning in the Field*. Sage Publications. 4th ed.
- Rotberg, R. I. (2002). The New Nature of Nation-State Failure. *The Washington Quarterly*.
- Royo, J. M. (2013). *La Primera Guerra Mundial Africana*. Institut Català Internacional per la Pau.
- Ruiz, M. E. (2010). Risks of self-medication practices. *Current Drug Safety*. v. 5. n . 4.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. v. 57. n. 4.
- Sá, M. (2009). O universo mágico das curas: o papel das práticas mágicas e feitiçarias no universo do Mato Grosso setecentista. *Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16 (2), 325-344.
- Salgado, S., Tomasi, J. C. & Salle, X. Ia. (2019). O genocídio de Ruanda, pelo olhar de um mestre da fotografia. *El País*. Consultado a 14 maio 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/04/05/album/1554460759_554970.html#foto_gal_1

Santana, C. (2018). *Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil*. Brasil: Cadernos de Saúde Pública.

Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Santos, A. C. B., Silva, A. F., Sampaio, D. L., Sena, L. X., Gomes, V. R., & Lima, V. L. A. (2012). *Antropologia da Saúde e da Doença: Contribuições para a Construção de Novas Práticas em saúde*. Revista NUFEN. v. 4. n. 2.

Sarmiento, E. (2009). *Imigração em Moçambique: Impacto sociopolítico, económico e cultural*. Maputo: ISRI.

Sasaki, E. M., & Assis, G. O. (2000). *Teorias das Migrações Internacionais*. XII Encontro Nacional da ABEP. Caxambu, GT de Migração. Sessão 3 – A migração internacional no final do século. Consultado a 16 setembro 2019

<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/969/934>

Schiefer, U., & Almeida, F. (2010). *Meio século de migrações forçadas em África*.

Schieman, S., Bierman, A., & Ellison, C. G. (2013). *Religion and Mental Health*. Handbooks of Sociology and Social Research.

Schilling, T., Rauscher, S., Menzel, C., Reichenauer, S., Müller-Schilling, M., Schmid, S., & Selgrad, M. (2017). *Migrants and Refugees in Europe: Challenges, Experiences and Contributions*. Germany: Visceral Medicine.

Schmeidl, S. (1997). *Exploring the Causes of Forced Migration: A Pooled Time-Series Analysis, 1971-1990*. University of Texas Press: Social Science Quarterly. v. 78. n. 2.

Schultz, C. (2014). *Migration, Health and Cities - Migration, health and urbanization: Interrelated challenges*. International Organization for Migration (IOM), World Migration Report 2015.

Schwinn, S. A., & Costa, M. M. M. da. (2016). *Mulheres Refugiadas e Vulnerabilidade: A Dimensão da Violência de Género em Situações de Refúgio e as Estratégias do ACNUR no Combate a essa Violência*. Signos, Lajeado. ano 37. n. 2.

Shizha, E., & Charema, J. (2011). Health and wellness in Southern Africa: Incorporating indigenous and western healing practices. *International Journal of Psychology and Counselling*, 3 (9), 167-175.

Silva, I. C. (2012). Congo, a Guerra Mundial Africana: conflitos armados, construção do estado e alternativas para a paz. Porto Alegre: Editora Leitura XXI.

Silva, I. C., & Diallo, M. A. (2013). Nova Crise nos Grandes Lagos da África Central: O Surgimento da Segunda Guerra Mundial Africana? Brasil: Revista Conjuntura Austral. v. 4. p. 15-16.

Sippel, L., Kiziak, T., Woellert, F., & Klingholz, R. (2011). Africa's Demographic Challenges How a young population can make development possible. Berlin Institute for Population and Development, DSW (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung).

Slobodin, O. & de Jong, J. (2014). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*. pp. 1-12. doi:10.1177/0020764014535752

Smith, R. A., & Niedermeyer, A. J. (2009). Keepers of the Secret: Desires to Conceal a Family Member's HIV-Positive Status in Namibia, Africa. *Health Communication*, 24 (5), 459-472.

Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 129 (4), 614-636.

Somé, M. P. (1993). Ritual: power, healing, and community: The African teachings of the Dagara. New York, N.Y.: Penguin/Arkana.

Sommers, M. (2014). Peacebuilding, Education and Advocacy in Conflict-Affected Contexts Programme. Burundi: Conflict Analysis Summary.

Sousa, S. F. V. M. de. (2019). O Conceito de Refugiado: Historicidade e Institucionalização. Recife: ANPUH/Brasil. Consultado a 16 setembro 2019. Disponível em: https://www.snh2019.anpuh.org/resources/anais/8/1554764413_ARQUIVO_HISTORICID_ADEDOCONCEITODEREFUGIADO_ANPUH-RECIFE.pdf

- Sousa, A. L. N. de. (2017). *A Crise de Refugiados nas Relações Internacionais: Uma Reflexão Sobre Seus Efeitos Imediatos e Mediatos na União Europeia*. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Relações Internacionais.
- Sousa, A. S. de., Kantorski, L. P., & Bielemann, V. de L. M. (2004). A Aids no interior da família - percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, 26 (1), 1-9.
- Sousa, J. E. X. F. (2006). *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde (Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais)*. Lisboa: Alto - Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME).
- Sousa, S. V. M. de. (2019). O Conceito de Refugiado: Historicidade e Institucionalização. Recife: ANPUH-Brasil – 30 Simpósio Nacional de História.
- Sowey, H. (2005). *Are Refugees at Increased Risk of Substance Misuse? Drug and Alcohol Multicultural Education Centre (DAMEC)*. 1st ed.
- Squires, A. (2009). Methodological challenges in cross-language qualitative research: A research review. *International Journal of Nursing Studies*.
- Stauffer, W. M., Painter, J., Mamo, B., Kaiser, R., Weinberg, M., & Berman, S. (2012). Short Report: Sexually Transmitted Infections in Newly Arrived Refugees: Is Routine Screening for Neisseria gonorrhoea and Chlamydia Trachomatis Infection Indicated? *American Society of Tropical Medicine and Hygiene*.
- Steg, L., & Sievers, I. (2000). Cultural Theory of Individual Perceptions of Environmental Risks. *Environment and Behavior*, Sage Publications, Inc., 32 (2), 248-267.
- Stephen, C. (2005). *Globalização, Transnacionalismo e Novos Fluxos Migratórios dos trabalhadores convidados às migrações globais*. Lisboa: Fim de Século.
- Stepputat, F., & Sørensen, N. N. (2014). *Sociology and Forced Migration*. OUP Uncorrected Proof – Firstproofs, Newgen.
- Stoner, B. P. (1986). Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic Health Care Alternatives in Medically Pluralistic Societies. *Medical Anthropology Quarterly*, 17 (2), 44- 48.

Stuit, H. H. (2013). *Ubuntu strategies in contemporary South African culture*. University of Amsterdam.

Swanson, D. M. (2007). Ubuntu: An African contribution to (re)search for/with a 'humble togetherness'. *Journal of Contemporary Issues in Education*, 2 (2), 53-67.

Swidler, A. (1986). Culture in Action: Symbols and Strategies. *American Sociological Review*, 51 (2), 273-286.

Sztucki, J. (1999). Who is a refugee? The Convention Definition: Universal or Obsolete? Nicholson, F., & Twomey, P. (eds). *Refugee Rights and Realities Evolving International Concepts and Regimes* (pp. 55-80). Cambridge University Press.

Talbot, I. (2011). The End of the European Colonial Empires and Forced Migration: Some Comparative Case Studies. In Panayi, P., & Virdee, P. (eds). *Refugees and the End of Empire Imperial Collapse and Forced Migration in the Twentieth Century* (pp. 28-50). Palgrave Macmillan.

Tanaka, Y., Kunii, O., Hatano, T., & Wakai, S. (2008). Knowledge, attitude, and practice (KAP) of HIV prevention and HIV infection risks among Congolese refugees in Tanzânia. *Health & Place*, 14 (3), 434-452.

The Demographic Profile of African Countries (2016)

Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1918). *The Polish Peasant in Europe and America: Monograph of an Immigrant Group*. Boston, USA: Richard G. Badger, The Gorham Press.

Tolentino, N. C. (2009). *Migrações, Remessas e Desenvolvimento: o caso Africano*. Lisboa: SOCIUS, ISEG, UTL.

Tolley, E. E., Ulin, P. R., Mack, N., Robinson, E. T., & Succop, S. M. (2016). *Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research*. United States of America: Wiley.

Tracy, S. J. (2020). *Qualitative Research Methods: Collecting Evidence, Crafting Analysis, Communicating Impact*. John Wiley and Sons.

Truzzi, O., & Monsma, K. (2018). *Sociologia das migrações: entre a compreensão do passado e os desafios do presente*. Porto Alegre: Sociologias. n. 49.

- Tseng, W-S., & Streltzer, J. (2008). *Cultural Competence in Health Care: A Guide for Professionals*. Springer.
- Turton, D. (2003). *Conceptualising Forced Migration*. United Kingdom: Refugee Studies Centre Working Paper No. 12.
- Twaddle, A. & Hessler, R. (1977). *A Sociology of Health*. Saint Louis, The C. V. Mosby Company.
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*.
- UNICEF. (2020). Situação nutricional em Moçambique. UNICEF Moçambique. Consultado a 15 outubro 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/mozambique/nutri%C3%A7%C3%A3o>
- Valenzola, R. H. (2013). O Conflito na República Democrática do Congo e a Ausência do Estado na Regulação das Relações Sociais. *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília*. ed. 12.
- Veney, C. R. (2007). *Forced Migration in Eastern Africa: Democratization, Structural Adjustment, and Refugees*. Palgrave Macmillan.
- Warsameh, F. A. (2019). A Small Victory for Somalis at the UN. Human Rights Watch. Consultado a 18 outubro 2019. Disponível em: <https://www.hrw.org/news/2019/09/04/small-victory-somalis-un>
- Wetimane, F. (2012). *A Imigração Ilegal em Moçambique: O Caso dos Migrantes Somalis (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Aberta.
- Whitaker, B. E. (2003). *Refugees and The Spread of Conflict: Contrasting Cases in Central Africa*. De Sitter Publications.
- White, P. (2015). The concept of diseases and health care in African traditional religion in Ghana. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*. v. 71. n. 3.
- White, P. (2015). The concept of diseases and health care in African traditional religion in Ghana. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 71 (3), 1-7.

- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *Intern. J. Nurs. Studies*. 46: 1143-1147.
- William, S. (2012). *Africa's youth: The African Development Bank and the demographic dividend*. Tunisia: New African.
- Wilson, D., & Williams, V. (2013). Ubuntu: Development and Framework of a Specific Model of Positive Mental Health. *Psychology Journal*. v. 10. n. 2.
- Winkelman, M. (2009). *Culture and Health: Applying Medical Anthropology*. United States of America: Jossey-Bass.
- Womack, M. (2010). *The Anthropology of Health and Healing*. United Kingdom: AltaMira Press.
- Woodgate, R. L., Busolo, D. S., Crockett, M., Dean, R. A., Amaladas, M. R., & Plourde, P. J. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy! *International Journal for Equity in Health*.
- Woolcock, M. (1998). Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework. *Theory and Society*, 27 (2), 151-208.
- World Bank Group. (2015). *Forced Displacement in the Great Lakes Region: A Development Approach*. Washington, DC: World Bank Group, Korea Trust Fund (KTF), UNHCR.
- World Food Programme & UNHCR (2006). *Joint Assessment Mission (JAM) - Maratane Camp, Mozambique*. Mozambique: UNHCR.
- Wright, P. W. G. (1980). *The Radical Sociology of Medicine*. *Social Studies of Science* (Sage, London and Beverly Hills). v. 10.
- Yin, R. K. (2016). *Qualitative Research: from Start to Finish*. The Guilford Press. 2nd ed.
- Young, A. (1982). *The Anthropologies of Illness and Sickness*. Cleveland: Annu. Rev. Anthropol.
- Zacarias, G. T. (2014). *As Dificuldades dos Refugiados no Acesso ao Mercado de Trabalho em Luanda. Caso Município de Viana* (Dissertação de Mestrado em Antropologia,

especialização em Globalização, Migrações e Multiculturalismo). ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

Zihindula, G., Meyer-Weitz, A., & Akintola, O. (2015). Access to Health Care Services by refugees in Southern Africa: A Review of Literature. *Southern African Journal of Demography*. v. 16.

Links Acessados

Healthcare systems according Kleinman (Fenenga et al. 2014)

https://www.researchgate.net/figure/Healthcare-systems-according-Kleinman-source-Fenenga-et-al-2014_fig2_305481417/download Consultado a 17 março 2019.

https://pt.wikipedia.org/wiki/Jo%C3%A3o_Batista_Scalabrini Consultado a 05 de abril 2020.

APÊNDICES

Apêndice 1: Aprovação Ética



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

Dr. Jahit Sacarlal, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): Baltazar Muianga

Protocolo de investigação: versão 2 de Maio de 2019

Consentimentos informados: versão 2 de Maio de 2019

Questionários: versão 2 de Maio de 2019

Guião de entrevista: versão 2 de Maio de 2019

Do estudo:

TÍTULO: “Migração e Saúde: Um estudo sobre as estratégias de gestão de saúde e doença a partir dos refugiados residentes em Moçambique.”

E faz constar que:

1º Após revisão pelos membros do Comité do protocolo durante a reunião do dia 07 de Março de 2019, e que foram incluídas na acta nº 02/2019, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º A revisão se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º O protocolo está registado com o número CIBS FM&HCM/021/2019.

4º A composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação tem validade de 1 ano e termina a 21 de Abril de 2020. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos.

E emite

RESULTADO: APROVADO

Assinado em Maputo aos 07 de Maio de 2019

Apêndice 2: Folha de Consentimento Informado

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: Migração e saúde: um estudo sobre as estratégias de auto-gestão de saúde e doença a partir dos Refugiados residentes em Moçambique.

Bom dia/tarde. Meu nome é Baltazar Muianga, sou estudante do curso de Doutoramento em Relações Interculturais na Universidade Aberta de Lisboa, e estou neste momento a recolher dados para a elaboração da Tese, sob orientação da Professora Doutora Bárbara Maria Granês Gonçalves Backstrom, do Centro dos Estudos das Migrações e das Relações Interculturais da Universidade Aberta.

O objetivo deste estudo é compreender as estratégias de gestão de saúde e doença face a problemática de acesso aos cuidados de saúde por parte dos refugiados residentes em Moçambique, o caso específico do Centro de Refugiados de Maratane. Para o efeito, solicito que me conceda uma entrevista gravada, garantindo que após a utilização da informação, as gravações (áudio) serão destruídas posteriormente.

Por intermédio deste Termo são garantidos os seguintes direitos:

(1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos da Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, data de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar a sua identidade pessoal; (3) você pode negar a responder a qualquer pergunta ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas declarações não sejam incluídas em nenhum documento; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

A sua participação permitirá o maior conhecimento sobre a saúde dos refugiados no Campo de Maratane, por isso, espero que participe nesta pesquisa porque a sua opinião é muito importante para o desenvolvimento do trabalho que se pretende levar a cabo.

Assinatura:

Baltazar Samuel Muianga (847960440)

Data _____/Mês _____/2019

(CIBS FM&HCM- 825881101)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____ / ____ /2019

(CIBS FM&HCM- 825881101).

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS – REFUGIADOS

Bom dia/tarde. Meu nome é Baltazar Muianga. Estou a trabalhar para a elaboração da Tese para a obtenção de grau de Doutor em Relações Interculturais na Universidade Aberta de Lisboa, para qual gostaria de contar com a sua participação.

O objetivo do trabalho *é compreender as estratégias de gestão de saúde e doença face a problemática de acesso aos cuidados de saúde por parte dos refugiados residentes em Moçambique.*

Qualquer informação por si prestada é confidencial e não será mostrada a outras pessoas e apenas servirá para os objetivos da pesquisa. A sua participação é voluntária e anónima, podendo decidir responder a algumas ou todas as perguntas. Contudo, espero que participe nesta pesquisa porque a sua opinião é muito importantes para o desenvolvimento do trabalho que se pretende levar a cabo.

1. Perfil-sócio-demográfico dos refugiados

1.1. Idade

1.2. Sexo

1.3. Nacionalidade

1.4. Zona de residência

1.5. Com quem vive

1.6. Número de filhos

1.6. Composição do agregado familiar

1.7. Grupo étnico

1.8. Profissão/ atividades

1.9. Estado Civil

1.10. Nível de Escolaridade

1.11. Religião

2. Motivações subjacentes ao processo migratório

- 2.1. Quando é que saiu do seu país?
- 2.2. Quais foram as razões que o levaram a sair do seu país?
- 2.3. E por que Moçambique?
- 2.4. Qual foi a trajetória?
- 2.5. Tinha antes um contacto em Moçambique? (parentes, amigos, vizinhos,...)

3. Práticas e as dinâmicas de utilização dos serviços de saúde no contexto moçambicano

- 3.1. Em caso de doença, tem dirigindo-se aos serviços nacionais de saúde?
- 3.2. Públicos ou privados? Porquê?
- 3.3. Como conheceu os serviços de saúde?
- 3.4. Tem utilizado os serviços de saúde com frequência?
- 3.5. Qual é a sua opinião em relação a qualidade de atendimento nos serviços de saúde?

4. Barreiras estruturais no acesso aos serviços e cuidados de saúde

- 4.1. Enfrentou dificuldades no acesso aos serviços de saúde? Se sim, quais?
- 4.2. Acha que o fato de ser refugiado dificulta o acesso aos serviços de saúde?
- 4.3. Qual é o idioma que usa para comunicar-se com o médico?
- 4.4. A língua e as questões culturais têm sido obstáculo?

5. Estratégias de gestão de saúde e doença face os constrangimentos de ordem institucional e cultural em contexto moçambicano.

- 5.1. O que tem feito para superar as dificuldades de comunicação nos serviços de saúde?
- 5.2. Tem utilizado algum intérprete para a comunicação com o pessoal da saúde?

5.3. Tem recorrido a outras soluções ou alternativas para resolver os problemas de saúde/doença fora dos hospitais do Estado? Se Sim, Quais? E Porquê?

5.4. O que tem feito para superar os constrangimentos de ordem cultural no acesso aos cuidados de saúde?

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Bom dia/tarde. Meu nome é Baltazar Muianga. Estou a trabalhar para a elaboração da Tese para a obtenção de grau de Doutor em Relações Interculturais na Universidade Aberta de Lisboa, para qual gostaria de contar com a sua participação.

O objetivo do trabalho *é compreender as estratégias de gestão de saúde e doença face a problemática de acesso aos cuidados de saúde por parte dos refugiados residentes em Moçambique.*

Qualquer informação por si prestada será confidencial e não será mostrada a outras pessoas e apenas servirá para os objetivos da pesquisa. A sua participação é voluntária e anónima, podendo decidir responder a algumas ou todas as perguntas. Contudo, espero que participe nesta pesquisa porque as suas opiniões são muito importantes para o desenvolvimento do trabalho que se pretende levar a cabo.

1. Sobre Políticas de Saúde e competência cultural

- 1.1. As políticas nacionais de saúde existentes no contexto moçambicano abarcam os pacientes na condição de refugiados?
- 1.2. Os profissionais de saúde têm algum preparo técnico para lher dar com pacientes na condição de refugiados nos serviços hospitalares?
- 1.3. Existem políticas de capacitação/treinamento que permitam aos profissionais de saúde trabalharem com situações de diversidade cultural? (Proveniência, língua, crenças, hábitos, religião, etc.)

2. Sobre a procura por serviços de saúde pelos Refugiados

- 2.1. Nesta área da sua atuação ou na unidade sanitária onde trabalha existem pessoas com estatuto de refugiados, que têm procurado os serviços de saúde?
- 2.2. De que proveniência são na sua maioria?
- 2.3. Quais são os tipos de serviço que são mais procurados por esta categoria social?
- 2.4. Que tipos de doenças são mais comuns?
- 2.5. Como tem sido o atendimento? (acessibilidade, facilidades, negociações, etc.)

3. Barreiras estruturais no acesso aos serviços e cuidados de saúde

- 3.1. Quais são as principais dificuldades enfrentadas no atendimento aos refugiados?
- 3.2. Tem sentido dificuldades/ constrangimentos na comunicação e percepção junto a pacientes na condição de refugiados? Que tipo de dificuldades?
- 3.3. O pessoal de saúde tem tido sensibilidade em relação a questões socioculturais (hábitos, costumes, valores, religião, situação económica, etc.) no atendimento aos pacientes refugiados?

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS – Grupo Focal

Bom dia/tarde. Meu nome é Baltazar Muianga. Estou a trabalhar para a elaboração da Tese para a obtenção de grau de Doutor em Relações Interculturais na Universidade Aberta de Lisboa, para qual gostaria de contar com a sua participação.

O objetivo do trabalho *é compreender as estratégias de gestão de saúde e doença face a problemática de acesso aos cuidados de saúde por parte dos refugiados residentes em Moçambique.*

Qualquer informação por si prestada é confidencial e não será mostrada a outras pessoas e apenas servirá para os objetivos da pesquisa. A sua participação é voluntária e anónima, podendo decidir responder a algumas ou todas as perguntas. Contudo, espero que participe nesta pesquisa porque a sua opinião é muito importante para o desenvolvimento do trabalho que se pretende levar a cabo.

1. Perfil-sociodemográfico dos refugiados

1.1. Idade

1.2. Sexo

1.3. Nacionalidade

1.4. Zona de residência

1.5. Número de filhos

1.6. Composição do agregado familiar

1.7. Grupo étnico

1.8. Profissão/ atividades

1.9. Estado Civil

1.10. Nível de Escolaridade

1.11. Religião

2. MOTIVAÇÕES SUBJACENTES AO PROCESSO MIGRATÓRIO

- 2.1. Quando é que saíram dos vossos países?
- 2.2. Quais foram as razões que os levaram do país?
- 2.3. E porquê Moçambique?
- 2.4. Qual foi a trajetória?
- 2.5. Tinham antes um contacto em Moçambique? (parentes, amigos, vizinhos,...)

3. SOBRE A VIDA NO CENTRO DE MARATANE

- 3.1. A quanto tempo se encontram no Centro?
- 3.2. Quais são as maiores dificuldades que enfrentam neste Centro?
- 3.3. Como superam essas dificuldades?

SOBRE AS ATIVIDADES DO COMITÉ

- 4.1. Quando é que foi criado o comité?
- 4.2. Quem faz parte do comité? Quais são os requisitos?
- 4.3. Quais são as principais atividades?
- 4.4. Qual é o papel do comité na superação dos problemas da comunidade?

4. Práticas e as dinâmicas de utilização dos serviços de saúde no contexto moçambicano

- 4.1. Em caso de doença, têm dirigindo-se aos serviços de saúde?
- 4.2. Públicos ou privados? Porquê?
- 4.4. Têm utilizado o serviço de saúde com frequência?
- 4.5. Qual é a vossa opinião em relação a qualidade dos serviços no Centro de saúde?

4. Barreiras estruturais no acesso aos serviços e cuidados de saúde

- 4.1. Enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde? Se sim, quais?
- 4.2. Acham que o fato de serem refugiados dificulta o acesso aos serviços de saúde?
- 4.3. Qual é o idioma que usam para comunicarem-se com os médicos?
- 4.4. A língua tem sido um obstáculo na comunicação com os médicos? Se sim, porquê?

5. Estratégias de gestão de saúde e doença face os constrangimentos de ordem institucional e cultural em contexto moçambicano.

5.1. O que têm feito para superarem as dificuldades de comunicação nos serviços de saúde?

5.2. Tem utilizado algum intérprete para a comunicação com o pessoal da saúde?

5.3. Tem recorrido a outras soluções ou alternativas (igrejas, curandeiros, medicina tradicional, etc.) para resolverem os problemas de saúde/doença fora do Centro? Se Sim, Quais? E Porquê?