

SAÚDE E IMIGRANTES

*As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença
na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*

BÁRBARA BÄCKSTRÖM



acidi

Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I. P.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

SAÚDE E IMIGRANTES:
*As Representações e as Práticas
sobre a Saúde e a Doença
na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*

Bárbara Bäckström

Biblioteca Nacional de Portugal – Catalogação na Publicação

BÄCKSTRÖM, Bárbara Maria Granes Gonçalves,
Saúde e imigrantes: as representações e as práticas
sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana
em Lisboa. – (Teses; 24)

ISBN 978-989-8000-79-8

CDU 316
314
613

PROMOTOR
OBSERVATÓRIO DA IMIGRAÇÃO
www.oi.acidi.gov.pt

APOIO
FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
www.fct.mctes.pt

AUTORA
BÁRBARA BÄCKSTRÖM
barbarab@univ-ab.pt

EDIÇÃO
**ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO
E DIÁLOGO INTERCULTURAL (ACIDI, I.P.)**
RUA ÁLVARO COUTINHO, 14, 1150-025 LISBOA
TELEFONE: (00351) 21 810 61 00 FAX: (00351) 21 810 61 17
E-MAIL: acidi@acidi.gov.pt

EXECUÇÃO GRÁFICA
EDITORIAL DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

PRIMEIRA EDIÇÃO
250 EXEMPLARES

ISBN
978-989-8000-79-8

DEPÓSITO LEGAL
301 586/09

LISBOA, SETEMBRO 2009

Dissertação para obtenção do grau de Doutor
Ramo de Saúde Internacional, Especialidade de Saúde Internacional

Autora: Bárbara Bäckström

Orientadora: Professora Doutora Graça Carapinheiro

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Universidade Nova de Lisboa

2006

ÍNDICE

PREFÁCIO	9
NOTA DE ABERTURA	15
RESUMO	19
SUMMARY	21
INTRODUÇÃO	23
PARTE I – CABO VERDE E PORTUGAL: CULTURA, MIGRAÇÕES E POLÍTICAS	27
CAPÍTULO I – A COMUNIDADE CABO-VERDIANA, DE CABO VERDE A PORTUGAL	27
INTRODUÇÃO	27
1. BREVE RESENHA HISTÓRICA DE CABO VERDE	31
2. BREVE RESENHA HISTÓRICA DA EMIGRAÇÃO CABO-VERDIANA	35
3. CULTURA DE CABO VERDE	39
3.1. As raízes da cultura cabo-verdiana	39
3.2. Diferenças étnicas e/ou unidade étnica	43
3.3. Homogeneidade e diferenças entre ilhas	44
3.4. Crenças e religiosidade	47
3.5. Celebrações dos ciclos da vida	50
3.6. Medicina e saúde	52
CAPÍTULO II – A IMIGRAÇÃO RECENTE EM PORTUGAL	57
1. A IMPORTÂNCIA DAS COMUNIDADES IMIGRANTES EM PORTUGAL	58
2. A IMPORTÂNCIA DEMOGRÁFICA DAS COMUNIDADES IMIGRANTES NA REGIÃO URBANA DE LISBOA	64
3. A IMIGRAÇÃO CABO-VERDIANA EM PORTUGAL	66
3.1. Sexo, estrutura etária e estado civil	67
3.2. Características socioeconómicas	71
3.3. Escolaridade	71
3.4. Nacionalidade e naturalidade	71
3.5. Habitação e alojamento	74
3.6. Ilhas de origem	74
3.7. A identidade e a ligação a Cabo Verde	75

CAPÍTULO III – AS POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE EM PORTUGAL	77
1. POLÍTICAS DE IMIGRAÇÃO	78
2. ENQUADRAMENTO SOCIAL DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	86
2.1. Políticas de saúde específicas para o enquadramento dos imigrantes no sistema nacional de saúde (SNS)	87
PARTE II – SOCIEDADE, CULTURA E SAÚDE/DOENÇA	93
CAPÍTULO IV – A SAÚDE E A DOENÇA NUMA PERSPECTIVA SOCIOANTROPOLÓGICA	93
1. SOCIOLOGIA DA SAÚDE	94
2. AS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS RESPONSÁVEIS PELAS DESIGUALDADES EM SAÚDE	102
3. ANTROPOLOGIA DA SAÚDE	109
4. SAÚDE E DOENÇA NAS CIÊNCIAS SOCIAIS	115
CAPÍTULO V – CONDIÇÕES SOCIAIS, ESTILOS DE VIDA, CULTURA E SAÚDE/DOENÇA	118
CAPÍTULO VI – REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE E DE DOENÇA	126
1. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DE DOENÇA	126
2. AS PRÁTICAS DE SAÚDE E DE DOENÇA: ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	143
CAPÍTULO VII – ETNICIDADE, MIGRAÇÕES E SAÚDE/DOENÇA	155
1. MIGRAÇÕES	155
2. ETNICIDADE	160
3. IDENTIDADE ÉTNICA	166
4. A QUESTÃO DA INTEGRAÇÃO E DA ACULTURAÇÃO	168
5. O CONCEITO DE MINORIAS ÉTNICAS	170
6. A PESQUISA EMPÍRICA SOBRE A IMIGRAÇÃO EM PORTUGAL	178
7. OS CONCEITOS DE MIGRAÇÕES, ETNICIDADE E MINORIAS ÉTNICAS NAS CIÊNCIAS SOCIAIS DA SAÚDE	184
8. OS IMIGRANTES, AS MINORIAS ÉTNICAS E A SAÚDE. UM OLHAR SOBRE A INVESTIGAÇÃO REALIZADA EM PORTUGAL	197

PARTE III – A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA, A ANÁLISE DOS DADOS E A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	205
CAPÍTULO VIII – MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA	205
1. OBJECTO DE ESTUDO, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	205
2. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA ADOPTADA	217
CAPÍTULO IX – ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	236
1. BREVE DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	236
2. ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA	240
2.1. Percepções subjectivas sobre a vida	241
2.2. Percepções e representações sobre a saúde e a doença	254
2.3. Cabo Verde: saúde, recursos, culturas terapêuticas	277
2.4. Hábitos culturais e auto-percepção da cultura de pertença	287
2.5. Conclusões preliminares	290
3. ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E DE DOENÇA	292
3.1. Práticas de prevenção, cuidados de saúde e estilos de vida	293
3.2. Episódios de doença relatados	306
3.3. Recursos utilizados em caso de doença ou de prevenção	312
3.4. Crenças, superstições e rituais ligados aos ciclos de vida	346
3.5. Ligação com Cabo Verde, Cultura e Saudades	358
3.6. Conclusões preliminares	360
CAPÍTULO X – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES	361
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	389

Índice de Quadros

Quadro 1 – População residente em Portugal, nascida no estrangeiro, segundo o grupo etário e sexo, com nacionalidade e com naturalidade cabo-verdiana, Censos 2001, INE	67
Quadro 2 – População estrangeira com estatuto legal de residente, por nacionalidade (cabo-verdiana) e sexo, segundo o grupo etário – Estatísticas Demográficas de 2004, INE	69
Quadro 3 – Critérios de inclusão na amostra	224
Quadro 4 – Critérios de inclusão da amostra do grupo «Popular»	225
Quadro 5 – Critérios de inclusão da amostra do grupo «Elite»	226
Quadro 6 – Amostra: quotas	237

Índice de Figuras

Figura 1 – Etnicidade e Saúde: Modelo Conceptual de Stronks	193
Figura 2 – Mapa representativo das zonas de residência do grupo «Popular»	238
Figura 3 – Mapa representativo das zonas de residência do grupo «Elite»	239

PREFÁCIO

Porque, por contraste com o passado recente, nas últimas quatro décadas Portugal tem vindo a ganhar uma progressiva visibilidade como país de imigração, assiste-se a um interesse crescente pelas culturas de saúde e de doença das diversas comunidades de imigrantes que têm surgido em Portugal, a partir do crescimento dos fluxos migratórios oriundos das mais diversas origens geográficas, nomeadamente dos países dos PALOP, da Europa de Leste e do Brasil.

As comunidades de imigrantes organizam as suas condições de vida e de trabalho na sociedade de acolhimento de acordo com condições históricas muito diversas, tanto de carácter geo-estratégico, como de carácter político, social e cultural e, por estas especificidades, os seus projectos de integração ganham contornos muito distintos, no que diz respeito às suas raízes culturais, às suas identidades étnicas e aos seus projectos de vida, face a face com modelos culturais dominantes, que pautam as idiossincrasias e as singularidades étnicas pela uniformização. Assim, a investigação sobre as culturas de saúde e de doença nestas comunidades coloca-nos no centro de um espaço de análise onde se intersectam: as migrações e a sua história, demografia e política; a etnicidade e os seus processos de adaptação, integração, aculturação e globalização; a saúde e doença e as suas instituições, os seus discursos, os seus regimes de poder e os seus princípios de justiça social.

É de referir ainda que o interesse que se manifesta pelas expressões de etnicidade nas experiências de saúde e de doença é assumido por vários protagonistas: as associações culturais e cívicas, na organização da defesa dos interesses dos membros de cada comunidade étnica; as organizações não governamentais e as instituições particulares de solidariedade social, mais ou menos governamentalizadas, que se assumem como porta-vozes do cumprimento dos direitos básicos de saúde consagrados na Constituição; as comissões e grupos de trabalho constituídos pela iniciativa do governo para a definição de medidas e a implementação de políticas que expandam, de forma abrangente, o direito à saúde a todos os cidadãos residentes no país e reduzam as desigualdades sociais, nomeadamente de carácter étnico, no acesso igualitário a todos os serviços e recursos de saúde e a todos os tipos de cuidados.

Por sua vez, os profissionais de saúde têm vindo a reconhecer que as suas práticas profissionais quotidianas se confrontam com novos dados culturais de viver a saúde e a doença, oriundos de sistemas de cultura com uma posição estranha e profana, face aos modelos institucionais

reconhecidos como legítimos para tratar e curar. Tendem a associar estes novos dados culturais ao funcionamento de saberes leigos, ancorados em matrizes de conhecimento da saúde, da doença e do corpo, de predominante étnica, religiosa ou étnico-religiosa e atribuem às manifestações destes saberes o estatuto de categorias culturais, que se devem saber interpretar para evitar os processos de exclusão nos sistemas institucionalizados de tratamento.

Mas, as investigações realizadas mostram que a maioria destes mesmos profissionais experimentam diariamente várias formas de exclusão, cultural, científica e profissional, quando vivem posições de subordinação na construção das suas identidades profissionais, de desvalorização científica dos seus saberes formais e de desqualificação das suas posições nas hierarquias de competências. Acresce ainda que nas relações terapêuticas, saberes médicos não oficiais não são autorizados para a comunicação dos doentes, predominantemente interpretados como ignorância, crençice e charlatanismo. Então, como pode não excluir quem de alguma forma é excluído? Como interpretar culturas que, à partida, não são consideradas interpretáveis? Como atribuir direitos por quem, de alguma forma, ainda não os atingiu plenamente? Não será que as preocupações generalizadas com o «multiculturalismo» dos doentes e com a sua prévia constituição como categorias culturais «minoritárias», não reduzirá genuínas preocupações de equidade a expressões encapotadas de humanização e personalização?

Estas interrogações, e muitas outras, estiveram na base de uma primeira reflexão sobre o objecto da investigação que está na base deste livro. O tema «a saúde e os imigrantes» era suficientemente vasto para permitir alcançar várias hipóteses de problematização sociológica: desde o estudo das práticas de saúde e doença vividas na comunidade de pertença, a partir dos recursos locais, até ao estudo das experiências de doença nos serviços de saúde, a partir dos recursos oficiais; desde a procura das raízes culturais das representações da saúde e da doença, até à descoberta de eventuais formas de miscigenação originadas na sua exposição noutros contextos culturais; desde a pesquisa das formas de associativismo e de outras formas de activismo político na reclamação dos direitos à saúde, até à avaliação da sua efectiva participação política e cívica nas estruturas de governação deste sector; desde a averiguação sobre a inclusão de objectivos de igualdade e equidade étnicas na matéria jurídica e política produzida na saúde, até à verificação da sua efectividade nas práticas das organizações de saúde; desde a identificação dos preceitos culturais subjacentes à gestão quotidiana da saúde, à avaliação do seu confronto com as normas da medicalização; desde o estudo da expe-

riência de viver doenças crónicas, degenerativas e incapacidades, à análise das estratégias postas em acção para evitar as situações de sobre-exclusão.

Esta listagem não pretende ser exaustiva. Ao invés, procura mostrar como o campo de estudo balizado pela saúde e os imigrantes oferece tantas oportunidades de investigação e como todas elas são socialmente relevantes para aumentar o capital de conhecimento científico disponível para abordar, de uma maneira despreconceituosa, informada e teoricamente sustentada, a relação entre migrações, etnicidade e saúde.

Foi este o principal contributo do estudo que é dado a conhecer neste livro. A autora apresenta uma investigação norteada pela ideia de que o pensamento socialmente difundido sobre a integração, e as políticas que a concretizam por relação a comunidades étnicas específicas, tem de estruturar-se no sólido conhecimento dos seus referentes culturais matriciais, das suas raízes, das suas ancestralidades, das suas singularidades, reclamadas e reconhecidas como um património cultural fundador de uma identidade étnica partilhada. Mas esta ideia convoca outra de imediato: as comunidades étnicas são internamente heterogéneas, não estão fechadas aos factores externos, desde os mais próximos, aos mais longínquos no tempo e no espaço, e vão protagonizando formas variáveis de interpenetração cultural, que dão forma a hibridismos culturais e a diversos processos de impregnação de racionalidades distintas, não necessariamente inconciliáveis ou incompatíveis.

Para tal, a autora escolhe como objecto de estudo a comunidade cabo-verdiana residente na cidade de Lisboa, reconhecendo-a como uma das comunidades de imigrantes com uma permanência mais prolongada em Portugal, mas mantendo ainda traços culturais de origem muito acentuados e condições de integração que, para uma grande parte da sua população, são ainda precárias quanto a oportunidades e direitos sociais. O seu ponto de partida analítico considera as experiências de vida desta comunidade como estando divididas entre uma cultura de base de raízes cabo-verdianas e uma cultura «urbana» dominante, desenrolando-se entre uma e outra um lento processo de adaptação e aculturação que encerra múltiplas conflitualidades. É neste pano de fundo que a autora procura explicar as percepções e as representações da saúde e da doença, bem como os comportamentos e as práticas a que dão lugar.

Saliente-se o importante trabalho de pesquisa que a autora realizou sobre a geografia, a demografia e a história de Cabo Verde, socorrendo-se de fontes documentais portuguesas e cabo-verdianas que impli-

caram a deslocação a Cabo Verde para a consulta de arquivos e o contacto com especialistas locais sobre estas matérias. Também fez a caracterização dos principais aspectos da sua emigração, procurando sinalizar fluxos migratórios específicos, de acordo com o tempo que medeia entre os finais do século XVIII e os finais do século XX, de acordo com as ilhas que constituíram os principais pontos de saída e os países que representaram os principais pontos de chegada, percebidos pelos emigrantes como destinos temporários ou definitivos e de acordo com as razões que no decurso deste longo tempo histórico estiveram na base da motivação para emigrar. Com recurso a estas fontes, tentou traçar as dimensões estruturantes do que designa por uma cultura de origem, que outros designam por cultura crioula, abrangendo crenças, superstições, feitiços, mitos e religiosidades que condensam a luta entre o bem e o mal nos rituais de passagem pelas fases do ciclo de vida, simbolicamente celebradas com ritmos, música, dança e comida. A medicina e a saúde estão também aqui, na diversidade das práticas da arte de curar.

Assumindo a heterogeneidade social interna e a fluidez das fronteiras que marcam a divisão estrutural entre classes sociais nesta comunidade, a autora dispôs-se a constituir dois grupos de análise, a partir do accionamento do local de residência, dos níveis de escolaridade, da actividade profissional e da situação económica, como critérios de inclusão em cada um dos grupos definidos. A condição de análise que estipulou como comum a ambos os grupos foi a de serem compostas por cabo-verdianos de primeira geração, ou seja, terem nascido e residido em Cabo Verde até aos 17 anos, contemplando os eventuais efeitos geracionais decorrentes da definição de «os mais jovens» e «os mais velhos» e as possíveis variações imprimidas pela questão de género em cada um desses grupos. Demarcando-se da dominância que tem assumido a perspectiva culturalista, que insiste em demonstrar que a cultura étnica é considerada um factor determinante para explicar as diferenças entre a saúde e a doença e renunciando em instalar-se comodamente na perspectiva estruturalista que consagra a importância da localização social (entendida como correspondendo à posição na estrutura de classes e à posição na estratificação social), a autora evoluiu na análise, numa posição de equilíbrio instável entre uma e outra das perspectivas. Mas foi a partir desta posição arriscada que, independentemente das diferenças internas a cada grupo em termos de geração e género, lhe permitiu identificar a saliência das condições sócio-económicas para a explicação das representações e das práticas da saúde e da doença, concluindo pela existência de duas visões correspondentes a cada um dos grupos: a visão «cosmopolita» e a visão «existencial».

Com que ideias e pontos de vista se tecem estas duas visões constituirá um dos muitos objectivos para a leitura deste livro. Será seguramente uma viagem deslumbrante e desconcertante, porque os insights sociológicos que nos são oferecidos sobre esta comunidade de imigrantes tanto desvendam heranças ancestrais desconhecidas, como revelam interessantes formas compósitas actuais de conjugar cultura, saúde e doença.

A oportunidade de fazer esta viagem, devêmo-la à ousadia, sensibilidade e empenhamento da autora.

Graça Carapineiro
(Professora do Departamento de Sociologia do ISCTE-IUL)

NOTA DE ABERTURA

Este livro surge na sequência da dissertação de doutoramento em Saúde Internacional, orientada pela Professora Doutora Graça Carapineiro, apresentada no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa em 2006. A pesquisa que está na base deste livro beneficiou parcialmente do suporte financeiro de uma bolsa de doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia. A investigação sobre saúde e imigrantes, os fenómenos da imigração e a inclusão desta temática nas agendas públicas e políticas evoluíram de forma exponencial nos anos que decorreram entre a defesa da tese e esta publicação. Foram produzidas e publicadas diversas obras e artigos sobre o mesmo tema que mereceriam aqui uma referência e cuja incorporação num trabalho desta índole seria também desejável. Contudo, por diversas ordens de razões, optou-se pela publicação da versão original. A actualização teórica, estatística, legislativa e bibliográfica implicariam profundas e demoradas modificações, alterando substancialmente o texto original. O que se pretendeu aqui foi publicar a tese de doutoramento original e não um texto diferente.

No domínio da saúde, o nosso país tem tentado ultimamente levar o mais longe possível, a ambição de integração dos imigrantes. Desde 2006, têm-se dado passos concretos. Em 2006, foi criado o Grupo Imigração e Saúde (GIS), com o objectivo de reunir todos os investigadores ou instituições que têm em comum trabalho na área da Imigração e Saúde. Através do GIS é possível ter acesso a toda a informação que existe e que cruza as temáticas saúde e imigração. Em 2007, no decurso da Presidência Portuguesa da União Europeia, realizou-se em Portugal a Conferência Internacional sobre a Saúde dos Migrantes. Nesse ano foi implementado o Plano para a Integração dos Imigrantes no qual constam nove medidas na área da saúde. Ainda em 2007, foi publicado o primeiro relatório do Observatório Europeu de acesso à Saúde de Médicos do Mundo com os resultados do Inquérito Europeu sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde dos Imigrantes em Situação Irregular. Desde 2008, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) promovem o Roteiro de Saúde para Imigrantes na cidade de Lisboa, com o objectivo de divulgar os recursos de saúde disponíveis e a forma de aceder aos mesmos. Pela primeira vez, a saúde dos imigrantes foi objecto de análise no Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, estudo publicado em 2008. Ao nível da legislação surgiram algumas mudanças, que implicam a saúde, com a entrada em vigor da nova lei da imigração (Lei n.º 23/2007) de 4 de Julho). A própria configuração da imigração em Portugal está

em permanente mutação como é habitual neste fenómeno. Actualmente os grupos com maior representatividade em Portugal, têm como país de origem o Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Angola e Guiné-Bissau, correspondendo, na sua totalidade, a 52% da população com autorização de residência em Portugal. As comunidades mais antigas, originárias dos Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP), que representavam, em 1997, 60,1% do total de cidadãos não comunitários em situação regular, em 2006, viram o seu peso reduzido para 45,5%, em virtude do crescimento das novas vagas migratórias provenientes do Brasil, da Europa de Leste e ex-URSS.

Apesar destas novas reconfigurações, a actualidade da temática da saúde dos imigrantes mantém-se. O quadro conceptual e metodológico, assim como os resultados obtidos com este trabalho continuam actuais, justificando assim a pertinência desta publicação.

Para terminar, os agradecimentos. Em primeiro lugar, às professoras Graça Carapinheiro, Luísa Ferreira da Silva e Aldina Gonçalves, orientadora e co-orientadoras do projecto de doutoramento que culminou neste texto e sem as quais este trabalho seria impossível ser concretizado.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia que subsidiou parcialmente a tese, através de uma bolsa de doutoramento

Os meus agradecimentos às instituições que com o seu apoio, facultando informação ou condições de pesquisa, viabilizaram a investigação: à Fundação Calouste Gulbenkian, à Glaxo, ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, à Universidade Aberta, ao Cemri.

Um enorme obrigada a todos os colegas que me ajudaram e disponibilizaram o seu tempo para assegurarem as minhas actividades docentes durante o ano em que estive com dispensa de serviço docente e um bem-haja a todos aqueles que demonstraram e deram todo o seu apoio, para a conclusão deste trabalho: aos Professores Hermano Carmo, Maria Beatriz Rocha-Trindade, Teresa Joaquim, Luísa Ferreira da Silva, Ana Paula Cordeiro, ao Mestre Lúcio Sousa, à Dr.^a Ana Paiva.

Às associações que foram essenciais para o desenvolvimento da investigação: Associação cabo-verdiana de Lisboa, Associação Assomada, Moinho da Juventude, Associação Unidos de Cabo Verde, Associação dos Antigos alunos de Cabo Verde. Um particular obrigada ao Dr. Moacyr Rodrigues, à Dr.^a Helena Leão e ao Sr. Germano Monteiro e a todos aqueles que de uma forma ou de outra mostraram empenho e a dedi-

cação possível para fornecer informação útil e contactos imprescindíveis para o desenrolar deste trabalho. Aos entrevistados e outras pessoas que fizeram parte do leque de informantes privilegiados e sem os quais esta investigação não seria possível, mesmo correndo o risco de esquecer algumas, gostaria aqui de expressar-lhes a minha enorme gratidão. Os meus sinceros e profundos agradecimentos a Alcestina Tolentino, Alzira, Amilcar, Ana Josefa, Anilda Rodrigues, António Carlos, Celina Pereira, Charlie, Cristovão Rosa, David Lima, Edite, Emanuel, Eunice Macedo, Eunice Mariano, Fátima, Francisco Pereira, Dr. João Miranda, José Carlos Cabral, Juliana Correia, Lúcia Évora Ferreira, Loutcha, Dr. Lucas da Cruz, Maria da Luz, Mário Lima, Nilda, Paula, Eng. Rui Machado, Sidney, Sr. Maurício, Tania, Dr. Telo Barbosa, Teresa, Zita.

Àqueles que colaboraram nas transcrições das entrevistas e nas correções do texto, manifesto um agradecimento merecido, em especial à Edna Correia, ao Paulo Sousa, à Maria Manuela Granés e à Maria Madalena Gonçalves.

Fundamentais foram também os muitos apoios pessoais, em diferentes momentos e fases deste trabalho por parte da minha família e amigos.

Aos meus pais e ao meu filho Guilherme, a quem dedico esta dissertação, quero agradecer por me terem acompanhado e por terem sabido estar presentes nesta longa caminhada.

RESUMO

Este trabalho de investigação constitui uma aproximação sociológica no âmbito da saúde internacional e no contexto da sociologia da saúde, em particular da saúde dos imigrantes, relativamente às suas representações e práticas de saúde e de doença. O objecto de investigação centra-se na análise das questões sobre a saúde e a doença dos imigrantes a partir de uma perspectiva sociológica. O estudo teve como principal objectivo compreender – através de relatos pessoais – a forma como os indivíduos entendem a saúde e a doença no campo das representações sociais de saúde e analisar os seus comportamentos em termos das suas práticas de saúde e de doença. Pretendeu-se estabelecer uma análise comparativa dos dados de forma a fazer sobressair semelhanças e/ou divergências das representações e das práticas de saúde e de doença dos entrevistados. A nossa intenção era verificar se elas se deviam a factores socioeconómicos, a factores culturais e de identidade étnica, ou à combinação de ambos.

No plano teórico, o trabalho aqui apresentado enquadra-se em várias áreas das Ciências Sociais, [sociologia da saúde, sociologia das migrações e antropologia da saúde].

A hipótese geral centrava-se na ideia de que as representações e as práticas de saúde e de doença destes imigrantes se inscreviam num quadro particular onde apareciam interferências do carácter cultural e da pertença étnica. Estas dimensões podiam no entanto, variar consoante os contextos socioeconómicos. A hipótese pressupunha que os imigrantes apresentariam perfis distintos no que se refere à autoavaliação e percepção do estado de saúde, às representações, crenças e atitudes face à saúde e à doença, às experiências e comportamentos, aos estilos de vida e às práticas de saúde e percursos de doença.

O estudo foi efectuado junto de uma amostra de 40 indivíduos cabo-verdianos da «primeira geração» em Portugal, mais precisamente os que residem na região de Lisboa, a qual para efeitos de análise foi dividida em diferentes grupos: grupo social (grupo popular e grupo de elite), geração (mais jovens e mais velhos) e género (homens e mulheres), (20 pessoas em cada grupo). Optámos por uma metodologia qualitativa através da realização de entrevistas semiestruturadas para recolha da informação. O tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas e na identificação de diferenças e semelhanças entre e *intra* cada um dos subgrupos.

A análise dos resultados comprova a existência de diferenças entre os grupos sociais relativamente às representações e práticas de saúde e de doença. Elas foram determinadas mais pelos factores socioeconómicos do que pelos aspectos culturais e de etnicidade. Essas diferenças fizeram também sobressair dois tipos de visão: uma cosmopolita e outra existencial. Na primeira estamos perante uma visão mais articulada ao mundo e que se relaciona com as ideias expressas pelo grupo de elite e na segunda uma visão existencial, mais ligada às condições materiais de existência e que corresponde às representações feitas pelo grupo popular.

Foi demonstrado que os indivíduos mais velhos do grupo popular encaravam a saúde e a doença de forma semelhante ao «modelo biomédico», enquanto os do grupo de elite iam mais ao encontro do «modelo bio-psico-social». As representações de saúde e de doença traduziram-se em definições que foram desde o orgânico ao social. O primeiro correspondia ao discurso do grupo popular que restringia mais a saúde a aspectos fisiológicos e o segundo ao do grupo de elite, que encarava a saúde e a doença enquanto fenómenos mais globais e externos aos indivíduos. Também se evidenciou, quando da análise dos dados, ao nível dos subgrupos de género e geração no seio do mesmo grupo social, que as diferenças eram menos evidentes entre eles do que as que encontramos quando comparamos os subgrupos separadamente por grupos sociais distintos.

Quanto ao grupo estudado, apesar da heterogeneidade verificada entre os seus membros, particularmente no que se refere aos factores socioeconómicos, observou-se que existia um aspecto unificador decorrente das suas heranças culturais. Em geral, os indivíduos sobrevalorizaram a sua identidade étnica e a cultura de origem comum. A pertença a grupos sociais diferentes, mas a uma mesma cultura e identidade, dá origem a uma partilha do sentimento de pertença cultural, mas não a comportamentos e práticas idênticos.

Pretende-se, por fim, contribuir para o conhecimento dos imigrantes enquanto cidadãos e indicar a necessidade de reajustar as estruturas de saúde às transformações multiculturais, que neste momento são vividas a rápidos ritmos de mudança.

SUMMARY

The present research consists in a sociological approach, in the field of international health and in the context of sociology of health, most particularly, the health of the immigrants, regarding their representations and practices of health and illness. The object of investigation focuses on the analysis of the immigrants' health and illness issues from a sociological perspective. The study aims at understanding, through their personal reports, the way individuals perceive and define their health and illness, at the level of their social representations about health and at analysing their behaviour in terms of health and illness regarding their practices. It was intended to establish a comparative analysis of the collected data, with the purpose of highlighting the similarities and/or divergences in the health and illness representations and practices of the interviewed population. It was further our intention to assess whether those could be explained by socio-economic factors or by other factors, such as culture and ethnic identity, or a combination of these.

Theoretically, the study under consideration falls within various fields of the Social Sciences (sociology of health, sociology of migrations and anthropology of health).

The general hypothesis of investigation focused on the idea that these immigrants' representations and practices concerning health and illness were inscribed in a specific framework where the cultural character and the ethnic identity interfered. These dimensions could, however, differ, depending on the socio-economic contexts. The hypothesis implied that the immigrants presented different profiles in what concerns their perception and self rated health status, the representations, beliefs and attitudes regarding health and illness, the experiences and behaviours, life-styles, health practices and illness processes.

The study was undertaken with a sample of 40 «first generation» Cape Verdeans living in Portugal, more precisely those residing in the Metropolitan area of Lisbon. For the purpose of analysis, this sample was divided into distinct groups of 20 persons in each group: social (popular and elite), generation (younger and older) and gender (men and women). We choose a qualitative methodology, by conducting semi-structured interviews for the collection of information. The handling and processing of the data consisted in the thematic analysis of the contents of the interviews and in the identification of divergences and similarities between and within each sub group.

The analysis of the results confirms the existence of differences between the social groups in what concerns the health and illness representations and practices. They were more determined by the socio-economic factors than by the cultural and ethnic aspects. Those differences have also highlighted two types of vision: a cosmopolitan vision and an existential vision. The first one is a vision more articulated to the world, related to the ideas expressed by the elite group, while the second one is an existential vision, more conditioned by the material conditions of existence, corresponding to the representations made by the popular group. It was demonstrated that the older persons in the popular group considered health and illness very similarly to the biomedical model, while the persons in the elite group were closer to the bio-psycho-social model. The representations of health and illness were translated into definitions ranging from the organic to the social. The first one corresponded to the speech of the popular group who restricted health mostly to physiological aspects, and the second to the elite group, who looked at health and illness as more global phenomena, external to the individuals. It also became clear, through the analysis of the data, at the level of the subgroups of gender and generation, within the same social group, that the differences between them were less evident than those which were observed when we compared the sub groups, separately, in different social groups.

In spite of the heterogeneity found among the members of the studied group, in particular, those concerning the socio-economic differences, we could notice the existence of a unifying aspect, resulting from their cultural heritage. The immigrants, in general, overvalued their ethnic identity and the common culture of origin. Although belonging to different social groups, the existence of a common culture and ethnic identity, gives origin to a shared feeling of cultural belonging, but not to similar behaviours and practices

This research, finally, expects to contribute to the achievement of a better knowledge of the immigrants as citizens and to indicate the need to readjust the health structures to the multicultural transformations presently occurring with a fast rhythm of change.

INTRODUÇÃO

Quando um certo dia, em contexto académico fomos estimulados a pensar no conceito de saúde, apercebemo-nos das inúmeras dimensões que este conceito pode abranger, podendo ir desde a dimensão espiritual, religiosa, funcional/material, até à psicológica/emocional e social. Em suma, a reconhecer a dimensão global e multidisciplinar da saúde em que todos os aspectos estão interligados e são interdependentes. Este momento serviu de catalizador para uma reflexão sobre a seguinte questão: quando, num grupo heterogéneo de 20 alunos, foram obtidos resultados tão diversos ao nível do que pode ser e significar a saúde para cada indivíduo e foi demonstrado que a ordenação de prioridades em matéria de preocupações com a saúde dependia das nossas percepções individuais, então interrogamo-nos se, no caso das comunidades imigrantes em Portugal, estes resultados não poderiam ainda ser mais diversificados.

Tendo em mente que a saúde poderia atravessar todos os outros campos da nossa vida, nomeadamente, os campos sociais, económicos, culturais, intelectuais, religiosos, espirituais, familiares, habitacionais, educacionais e demográficos, pensámos em questionar esta problemática no seio de grupos de imigrantes, com base na diferenciação destes grupos, tanto de ordem socioeconómica, como de ordem cultural. Levou-nos a considerar que as experiências vividas e as trajectórias trazidas da cultura de origem e a sua estreita relação com práticas e hábitos específicos em novos contextos culturais de inserção, poderiam conduzir-nos a resultados muito interessantes e reveladores das variáveis envolvidas na gestão da saúde nestes grupos.

Procurámos captar discursos, referências, significados, vivências, na relação dos indivíduos com a saúde e a doença, para alcançarmos os objectivos pretendidos neste trabalho.

À medida que fomos reflectindo nos objectivos da pesquisa, fomos nos apercebendo de que era impraticável querer atingi-los através do estudo de um vasto leque de grupos de imigrantes e através de um questionário sobre a saúde e a doença, com perguntas maioritariamente fechadas, tal como era inicialmente a nossa intenção. Assim, optámos por seleccionar apenas um grupo de imigrantes e estudá-lo intensivamente. Pensámos que as questões das representações e comportamentos de saúde seriam, desta forma, mais facilmente captadas e compreendidas.

A pesquisa dirige-se agora claramente para o aprofundamento da dimensão cultural nas experiências de saúde vividas pelos imigrantes. Essa centrali-

dade da saúde como facto de cultura implicou a revisão da estratégia metodológica, nomeadamente, do ponto de vista da amostra que passou a limitar-se a um dos grupos étnicos em Portugal: os cabo-verdianos. Esta opção justifica-se face ao conhecimento da bibliografia internacional que acumulou já conhecimentos suficientes para justificar a separação das problemáticas das desigualdades socioeconómicas em saúde/doença da das vivências socioculturais na relação com a saúde/doença.

A nossa escolha recaiu sobre a população cabo-verdiana, pois pareceu-nos que, apesar de ser uma das comunidades de imigrantes que está há mais tempo em Portugal, ainda mantém acentuados traços culturais de origem. Por outro lado, uma grande parte dessa população vive um estatuto de integração precária, quanto a oportunidades e direitos sociais.

Este trabalho situa-se ao nível da análise dos percursos vividos e partilhados de pessoas que vivem divididas entre uma cultura de base de raízes cabo-verdianas e a cultura «urbana» dominante em que estão inseridas, assim como da análise da sua identidade e diversidade cultural, de acordo com o que ainda é possível encontrar de genuíno numa comunidade cabo-verdiana que, lentamente, vai sendo absorvida pelos processos de adaptação, integração, aculturação e globalização.

A literatura evidencia a existência de formas diversas de expressar a saúde, nomeadamente ao nível da auto-imagem, da imagem social, da percepção, da representação social, da identidade individual, da identidade social, das atitudes, dos valores e dos comportamentos, de acordo com o modo como os indivíduos se situam, em relação aos factores socioeconómicos e aos contextos culturais.

Pensamos também que a ideia de saúde, ao nível das percepções e representações, está intimamente interrelacionada com as práticas e vivências quotidianas, expressas ao nível dos comportamentos.

Procuramos perceber de que forma as pessoas «vivem» a saúde (e a doença, porque a maior parte delas só «materializa» a saúde como a «não doença») através de dois grandes aspectos: as percepções e representações, por um lado, e os comportamentos e práticas por outro.

Quanto ao primeiro aspecto foram aprofundadas as percepções nas vertentes das preocupações, opiniões, experiências de situações, vivências de acontecimentos, assim como as representações no que respeita às ideias de saúde e doença, as crenças e superstições que as envolvem, bem como as causas que as provocam.

No que se refere ao segundo aspecto, vamos entrar nos percursos e recursos, médicos e não médicos, nas terapias convencionais e alternativas, nas práticas naturais e sobrenaturais ou religiosas, na medicação, nas ajudas.

O trabalho aqui apresentado enquadra-se na Sociologia da Saúde e da Doença, na Sociologia das Migrações e na Antropologia Médica ou Antropologia da Saúde (ou da doença, como refere Marc Augé). Este trabalho pretende examinar a forma como os indivíduos entendem e definem a saúde e a doença e, como se «comportam» em termos de saúde e de doença, através dos relatos pessoais. Tenta também descobrir semelhanças e/ou diferenças em vários níveis de observação, dos grupos sociais, gerações e de género.

Este trabalho está dividido em 3 Partes e 7 capítulos que passamos a apresentar.

A primeira parte, intitulada «Definição e caracterização do objecto de estudo» corresponde a um único capítulo dividido em três partes, relacionadas com a definição e justificação do objecto de estudo. Assim, na introdução, é apresentado o objecto de estudo da presente investigação. A segunda parte apresenta os traços históricos e culturais da comunidade cabo-verdiana, bem como do seu processo de imigração. Num ponto seguinte, são referenciadas as políticas sociais e de saúde.

A segunda parte deste trabalho, «Enquadramento teórico-conceptual do objecto de estudo», consta de três capítulos.

O capítulo 2, «Sociedade, Cultura e Saúde/Doença», compreende duas secções: A primeira realça os principais contributos teóricos para o estudo da saúde e da doença numa perspectiva socio-antropológica. Na segunda secção salienta-se a relação entre condições socioeconómicas, estilos de vida, cultura e saúde/doença.

O capítulo 3, «Representações e práticas de saúde e de doença», envolve duas secções. Na primeira referem-se as representações sociais de saúde e de doença. Na segunda abordam-se as práticas de saúde e de doença.

O Capítulo 4, «Etnicidade, migrações e saúde/doença», está dividido em quatro secções. Na primeira são discutidos os conceitos de Migrações, Etnicidade e Minorias Étnicas. Na segunda, contextualizam-se os conceitos de migrações, etnicidade e minorias étnicas nas ciências da saúde.

Por último, debruçamo-nos sobre a investigação científica produzida sobre os imigrantes, as minorias étnicas e a saúde em Portugal.

A terceira parte do trabalho «A investigação empírica, a análise dos dados e a discussão dos resultados», inclui quatro capítulos.

No capítulo 5 traça-se o modelo analítico da pesquisa, onde se apresentam o objecto de estudo, as hipóteses de trabalho e a estratégia metodológica adoptada.

O capítulo 6 começa pela caracterização da amostra dos entrevistados, seguindo-se a apresentação dos dados sociologicamente mais relevantes e a sua análise, quer em termos de representações, quer em termos de práticas de saúde e doença.

Por fim, no capítulo 7 discutem-se os resultados encontrados à luz das hipóteses de investigação lançadas e dos pressupostos assumidos, a partir do quadro teórico estruturador desta pesquisa e realçam-se as principais conclusões do estudo.

PARTE I CABO VERDE E PORTUGAL: CULTURA, MIGRAÇÕES E POLÍTICAS

CAPÍTULO I – A COMUNIDADE CABO-VERDIANA, DE CABO VERDE A PORTUGAL

INTRODUÇÃO

A presente investigação intitulada «*Saúde e Imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*» constitui uma aproximação sociológica às representações e às práticas que regem a saúde e a doença dos imigrantes cabo-verdianos.

Este trabalho insere-se num quadro de mudanças estruturais recentes que têm tido lugar na sociedade portuguesa. Portugal foi durante séculos um país onde a maior parte da sua população se viu forçada a emigrar para poder sobreviver, o que ainda continua a acontecer. A história de cada uma das inúmeras comunidades portuguesas espalhadas por todo o mundo espelha esta realidade. Nos últimos vinte anos, no entanto, Portugal tornou-se também num destino para muitos imigrantes. Até aos anos noventa, foi sobretudo procurado por habitantes dos países lusófonos, mas, actualmente, são os habitantes oriundos dos países do leste da Europa quem mais procura o nosso país. A coexistência de culturas, línguas, religiões, tradições e práticas múltiplas e distintas fizeram com que os investigadores se interessassem em explorar os fenómenos decorrentes desta coexistência, e «se até hoje a problemática das minorias étnicas não tem tido grande relevância na sociedade portuguesa, a situação poderá conhecer uma inversão num futuro próximo.» (Miranda, 2002)

«Portugal assume, presentemente, uma posição de enorme visibilidade, na qualidade de um país de imigração», como afirmava Esteves em 1991. Passado mais de uma década, esta afirmação continua válida, apesar de se ter dado uma profunda alteração, tanto quantitativa como qualitativa, no panorama da imigração em Portugal. Por um lado, com as legalizações efectuadas no processo extraordinário entre 2001 e 2002, a população de estrangeiros legalmente a residir em Portugal sofreu um aumento de cerca de 100%; por outro, manifestou-se a entrada de um elevado número de imigrantes provenientes da Europa Central e de Leste (Rocha-Trindade, 2004). A questão da imigração faz hoje parte da realidade portuguesa e do dia-a-dia dos portugueses, mais que não seja através das notícias que lhes chegam todos os dias através dos meios de comuni-

cação social. Esta população sofre permanentes flutuações, e o seu impacto económico, político, geográfico e demográfico tem-se vindo a verificar na estrutura da sociedade portuguesa.

O nosso objecto de investigação vai centrar-se na análise das questões sobre saúde e doença dos imigrantes cabo-verdianos em Portugal, mais precisamente, na região metropolitana de Lisboa, a partir de uma perspectiva sociológica. O objecto de estudo inscreve-se assim num quadro de emergência da consciência do fenómeno migratório e de desenvolvimento do conhecimento sobre a problemática da saúde dos imigrantes.

O contributo inovador desta investigação reside no próprio objecto de estudo que consiste na análise da saúde e da doença, enquanto fenómeno social total, numa comunidade de imigrantes cabo-verdianos residentes em Portugal. Esta análise é problematizada a partir das questões sociológicas da saúde enquanto fenómeno colectivo, mas aplicado a uma comunidade específica. Em Portugal, tanto quanto sabemos, esta investigação é a primeira no que se refere ao tema. No entanto, a concepção desta pesquisa, segue outras, quanto aos objectivos e à estratégia metodológica adoptada (Silva, 2004).

A Saúde e a Imigração são ambos fenómenos de dimensões múltiplas e complexas que pedem um exame em pormenor.

A «Saúde» é um conceito «total» com um carácter multidimensional e transversal, que cruza todas as áreas da vida e da sociedade. É um objecto de estudo extremamente complexo, que atravessa as mais variadas vertentes da sociedade e dos indivíduos que nela se inserem, nomeadamente as vertentes sociais, económicas, culturais, geográficas e demográficas.

Relativamente à imigração, também este é um fenómeno «total» que implica diversas dimensões.

Estamos, por conseguinte, perante dois fenómenos complexos que se cruzam e que queremos analisar: a saúde de uma população imigrante inserida em diversos contextos sociais onde é indispensável conhecer as suas características sociais, económicas, demográficas e culturais.

O nosso interesse pela problemática da saúde dos imigrantes em Portugal tem origem num conjunto de factores. Existe, em primeiro lugar, um percurso de investigação individual que se iniciou pela abordagem das questões da saúde pública, os sistemas de saúde e as reformas de saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, assim como as estratégias

de sobrevivência¹, o desempenho dos profissionais de saúde² nesses países e as questões de formação de médicos africanos em Portugal³. Este percurso permitiu recolher conhecimentos e experiências na área da saúde, levando a uma formação de pós-graduação em Sociologia da Saúde e em Saúde internacional. A partir daí nasceu o desejo de aprofundar a investigação da Sociologia da Saúde e o de continuar a estudar populações africanas, desta vez em contexto português. As questões de saúde exploradas numa abordagem sociológica tornaram-se o nosso interesse principal, tendo surgido inicialmente a ideia de realizar esta investigação junto de populações imigrantes, alargando, para fins comparativos, a população alvo a outras comunidades, para além das africanas, que vivem e trabalham em Portugal.

Em termos de objectivos, pretendemos, com o presente estudo, examinar e compreender a forma como os indivíduos entendem e definem a saúde e a doença no âmbito das representações sociais de saúde, como se «comportam» em termos de saúde e de doença, ao nível das suas práticas, através dos relatos pessoais. Para além disso, pretende-se analisar comparativamente os dados de forma a fazer sobressair semelhanças e/ou diferenças em diferentes níveis de observação, nas dimensões de análise correspondentes aos grupos sociais, às gerações e aos géneros.

Esta investigação constitui por isso, uma tentativa para compreender e analisar alguns processos concretos que regem as dinâmicas da saúde e de doença dos Cabo-Verdianos residentes em Portugal, aprofundando a relação entre saúde/doença e factores socioeconómico, étnicos e culturais. O que se pretendeu avaliar não foi o estado de saúde deste grupo de pessoas mas a sua própria percepção sobre o mesmo e conhecer as práticas de saúde e de doença que essa percepção desencadeou.

1. Projecto «Coping Strategies of Health professionals in Mozambique and South Africa», no âmbito das reformas do sistema de saúde. Projecto coordenado pelo Professor Paulo Ferrinho, Departamento de Saúde Pública, IHMT, Novembro 1996 – Dezembro 1998, financiado pela UE; Projecto «The Coping Strategies of Public Sector doctors – postal survey of ex-students of the IHMT-Lisbon and the ITM-Antwerp». Projecto coordenado pelo Professor Paulo Ferrinho, Departamento de Saúde Pública, IHMT, Novembro 1996 – Outubro 1997, financiado pela UE.
2. Projecto «Managing Staff Performance of Health Professionals in Developing Countries», no âmbito das reformas do sistema de saúde. Projecto coordenado pelo Professor Paulo Ferrinho, Departamento de Saúde Pública, IHMT, Novembro 1997 – Dezembro 1998, financiado pela UE.
3. Projecto «Formação Pós-graduada dos médicos dos PALOP, realizada em Portugal», Instituto de Higiene e medicina tropical. Projecto coordenado pelo Professor Paulo Ferrinho, Departamento de Saúde Pública, IHMT, em parceria com o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde e Instituto para a Cooperação Portuguesa, 1995-1996.

Os objectivos gerais prendem-se com o conhecimento das relações de natureza simbólica e material que as populações imigrantes mantêm com a saúde, através da análise da informação, acesso, representações e práticas dos imigrantes na relação com os serviços de saúde. Tal nos permitirá fazer a caracterização do seu estado de saúde geral, averiguar as práticas de saúde (médicas e não médicas) e identificar as representações culturais sobre saúde, doença e medicina que estão na base destas práticas.

Outro dos nossos objectivos é compreender a influência das questões socioeconómicas, por um lado, e a influência das questões culturais, por outro, no domínio da saúde. Vamos comparar os resultados entre sub-grupos de imigrantes, de forma a perceber a importância relativa de cada um destes factores e a sua contribuição para as diferenças de saúde. Como objectivo final, gostaríamos também que este estudo contribuisse para alargar o campo da cidadania relativamente à saúde dos imigrantes. É urgente reajustar a saúde, do ponto de vista do sistema, estruturas e organizações de saúde, com vista à inclusão de populações que integram a sociedade portuguesa e que estão em permanente transformação e mutação ao nível da sua constituição sociodemográfica. Estas estruturas organizacionais necessitam de ser flexíveis, passando a dotar-se de recursos humanos e materiais capazes de trabalhar eficazmente com populações diversas, num universo multicultural e real que constitui o grupo de clientes que têm de acolher. A sociedade é o espelho destas transformações multiculturais e as estruturas que nela existem, nomeadamente as estruturas de saúde, deveriam adaptar-se a essas mesmas transformações que no momento actual são vividas a ritmos quase diários de mudança. Consideramos ser esta uma pesquisa intensiva que traz contributos para os estudos culturais da saúde em Portugal. Numerosos trabalhos realizados neste âmbito, no estrangeiro, revelaram resultados com implicações importantes para os cuidados de saúde preventivos e curativos das populações, como poderemos ver mais adiante.

Depois de definido e justificado o objecto de estudo, vamos proceder nos capítulos seguintes à sua caracterização e enquadramento. No ponto seguinte serão apresentados os principais traços históricos e culturais da comunidade cabo-verdiana, bem como as características do seu processo imigratório. Seguidamente, vamos referir algumas políticas sociais e de saúde relacionadas com a imigração em Portugal.

Tendo por objecto de pesquisa a saúde e a doença através do olhar da comunidade cabo-verdiana em Portugal, importa num primeiro momento, explorar as origens dessa sociedade, de modo a compreender melhor como a situação histórico-social e geográfica do arquipélago teve um

papel marcante na formação da mentalidade e identidade cultural dos seus naturais. Seguidamente, dedicamos uma parte deste trabalho à cultura cabo-verdiana e à identidade cultural do povo cabo-verdiano, como fontes essenciais da sua forma de ser, de estar e de pensar, concluindo com algumas referências a aspectos culturais relacionados com a medicina e a saúde. Verifica-se numa fase recente da história verifica-se que a emigração é fundamental e constitui um factor estruturante da sociedade cabo-verdiana e da identidade nacional.

Assim, num segundo momento, vamos situar a imigração cabo-verdiana em Portugal, primeiro no contexto geral da imigração recente dos diversos fluxos migratórios para este país; seguidamente, centrando-nos apenas na comunidade cabo-verdiana, vamos proceder à sua caracterização.

1. BREVE RESENHA HISTÓRICA DE CABO VERDE

Enquanto país com uma privilegiada posição geográfica e uma importante posição geoestratégica, encontrando-se, praticamente, no centro do mundo, entre o Norte e o Sul, o Ocidente e o Oriente, na rota das grandes linhas de navegação e de comércio, Cabo Verde serviu, durante muito tempo, de placa giratória e de entreposto de escravos trazidos da África e enviados depois para a América do Sul, pelo que acabou por ser um importante laboratório de língua e de aculturação⁴. Estes factores condicionaram as condições do seu povoamento e a sua vida económica, social e cultural.

Também foi imprescindível e determinante, nesse processo, o contexto geosocial e histórico da seca, fome e abandono, que ditaram a necessidade de procura de melhores condições de vida noutras paragens. País de emigrantes, a população cabo-verdiana fora das ilhas é quase o dobro da residente, mas, onde quer que estejam, os Cabo-Verdianos são facilmente identificados por comunicarem entre si na língua materna, pela sua culinária, baseada em pratos típicos, sobretudo os confeccionados com milho e com feijão (*catchupa*, *xerém*, *djagasida*, *cuscus*, etc.) e pela religião, música e dança.

O arquipélago de Cabo Verde é formado por dez ilhas e cinco ilhéus que perfazem uma superfície de apenas 4033 km². Em contrapartida, dispõe de

4. Sobre a história de Cabo Verde, veja-se Elisa Andrade, *Cabo Verde: do seu achamento a independência nacional. Breve resenha histórica*, Cabo Verde, publicado no site www.ic.cv e «Ciberkiosk», site da Universidade de Coimbra, 1998.

um espaço marítimo exclusivo que ultrapassa os 600 000 km². Situa-se ao largo do Oceano Atlântico, a cerca de 455 km do promontório que lhe deu o nome: Cabo Verde (Senegal). As ilhas e ilhéus formam dois agrupamentos segundo a sua posição em relação aos ventos dominantes do nordeste: As *ilhas de Barlavento*: Santo Antão (779 km²), São Vicente (227 km²), Santa Luzia (35 km²), São Nicolau (343 km²), Sal (216 km²) e Boavista (620 km²), e os ilhéus Branco (3 km²) e Raso (7 km²) e as *ilhas de Sotavento*: Maio (269 km²), Santiago (991 km²), Fogo (476 km²) e Brava (64 km²), e os ilhéus Grande (2 km²), Luís Carneiro (0,22 km²) e Cima (1,15 km²).

Localizado na zona subsaheliana, o arquipélago é caracterizado por condições climáticas de aridez e semi-aridez. Conta com duas estações: a das chuvas ou «das águas» (muito irregulares) – de Agosto a Outubro – e a estação seca, ou o «tempo das brisas», que vai de Dezembro a Junho. Os meses de Julho e Novembro são considerados meses de transição. A penúria em água é uma constante. As secas são frequentes e no passado (até os finais dos anos 40), acarretavam frequentemente a fome que dizimava, por vezes, 10 a 30% dos seus habitantes.

Admite-se, de modo geral, que as ilhas tenham sido encontradas pelos portugueses durante duas viagens sucessivas entre 1460 e 1462.

A quase inexistência de uma população suficientemente importante e bem enraizada nas ilhas determinou a forma de povoamento que viria a ser adoptada. Inicialmente, as autoridades portuguesas quiseram promover um povoamento de tipo europeu, que falhou. Desde a primeira metade do século XV, introduziu-se em Santiago, a primeira ilha a ser povoada, o sistema de Morgadios e Capelas que viria a ser abolido em 1864. A segunda ilha a ser povoada, ainda antes do século XV, foi a ilha do Fogo. Passados cerca de 40 anos após o «descobrimento», apenas havia população nestas duas ilhas. A ocupação das restantes foi precedida pela introdução do gado caprino. Por volta de 1490, são enviados pastores para Boavista e Maio. A colonização prosseguiu com o povoamento das ilhas da Brava e de Santo Antão. A escassez de colonos europeus determinou a necessidade de se importarem escravos da «Costa da Guiné». No século XVII foi povoada a ilha de São Nicolau, onde a par dos elementos populacionais já mencionados, se lhes juntaram mestiços nascidos no arquipélago. As ilhas de São Vicente e Sal foram povoadas somente nos séculos XVIII e XIX, respectivamente. Cada uma das diferentes ilhas apresenta características que lhe são peculiares.

A ilha de Santiago, pela sua posição privilegiada, a meio caminho entre os três continentes e, para mais, em frente da dita Costa dos Escravos,

tornou-se cedo a placa giratória da navegação transatlântica: ponto de escala e de aprovisionamento dos navios, ponte de penetração portuguesa no continente, entreposto de escravos posteriormente exportados para a Europa – particularmente para Portugal e Espanha – e para as Américas. Durante os dois primeiros séculos de colonização, os escravos representaram, seguramente, a mercadoria mais importante das exportações cabo-verdianas. Nos primeiros tempos, os escravos eram trazidos da Costa da Guiné (que se estendia do rio Senegal à Serra Leoa). Mais tarde, com a entrada em cena de outras potências coloniais (França, Holanda, Inglaterra), a reserva de escravos da Coroa ficou reduzida aos limites da Guiné-Bissau que englobava, até 1886, a Casamansa (Senegal) (Esteves, 1988:12-13).

No povoamento das ilhas não houve apenas escravos, houve também negros livres que acompanhavam espontaneamente os comerciantes, mercenários e capitães de navios; muitos deles falavam a língua portuguesa e alguns vinham a Santiago para serem cristianizados. Os negros, nessa altura, constituíam a esmagadora maioria da população, compondo-se de 27 etnias diferentes, provenientes da Guiné, Serra Leoa e Zâmbia.

Entre os portugueses, diz Simão de Barros (1933-39:40), foram os originários da Madeira que forneceram o maior número de indivíduos no processo de formação do povo cabo-verdiano. Houve, entre estes, nobres, mas também deportados por crimes políticos e de delito comum.

Perante a escassez de mulheres brancas nas ilhas, nos primórdios da colonização e com o decorrer dos tempos, no isolamento das ilhas, os senhores brancos foram-se juntando com uma ou mais mulheres escravas, dando assim início ao processo de mestiçagem que, nos nossos dias, toca a maioria da população cabo-verdiana. Actualmente a população é constituída por 71% de mestiços, 28% de negros e 1% de brancos⁵.

«Durante séculos, os dois grupos em presença (africanos e europeus) enfrentando um novo meio, em contacto permanente e directo, sofreram um e outro, mudanças nos seus modelos culturais e, com o tempo, forjaram uma cultura própria, resultado da multiplicidade de microprocessos de invenção, de imitação, de aprendizagem e de adaptação. O todo cultural que daí resultou, possui identidade própria, «identidade» no sentido da especificidade colectiva de um grupo humano em relação a outro e «cultural» como tudo o que pressupõe conhecimentos, crenças, arte,

5. *Cabo Verde*, kit multimédia, Universidade Aberta, 1998.

moral, leis, costumes e quaisquer «outras tendências e hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade» (Herkovits, 1967:5). O povo dotou-se de uma língua própria, o crioulo de Cabo Verde, que apesar da diversidade da pronúncia característica de cada ilha, e da maior ou menor predominância do léxico de origem portuguesa, constitui um idioma comum a todas as ilhas e a quase todas as classes sociais. Apesar da política de assimilação praticada pelas autoridades coloniais, no sentido de manter a supremacia da cultura portuguesa e da repressão sistemática das manifestações culturais africanas, consideradas primitivas e pagãs, a sociedade cabo-verdiana, nascida do encontro das culturas europeias (sobretudo a portuguesa) e africana (essencialmente a guineense), continua «profundamente africana» (Herkovits, 1967:5).

Se as outras colónias portuguesas de África, sobretudo Angola e Moçambique, apresentavam um potencial para fornecer matérias-primas e/ou servir de escoamento para os produtos portugueses manufacturados, Cabo Verde enfrentava à partida um certo número de constrangimentos: a sua superfície (4033 km²), uma população reduzida (147 424 habitantes em 1900⁶), donde a estreiteza do seu mercado e a quase inexistência de produtos naturais minerais importantes. Na impossibilidade de incentivar o desenvolvimento de outras culturas alternativas de rentabilidade, dentro da nova repartição de funções, é reservado a Cabo Verde o papel de colónia de serviço e exportador de mão de obra contratual, forma nova de escravatura, essencialmente para as roças de São Tomé e Príncipe.

Efectivamente, depois do envio compulsivo de Cabo-Verdianos para a Guiné em 1765, um século mais tarde, em Dezembro de 1863, foram promulgadas algumas leis que os obrigavam a ir trabalhar para as roças dos colonos de São Tomé e Príncipe. Só se pôs fim a essa emigração forçada, em 1970. A ideia de valorização de Cabo Verde como colónia de serviço assenta na importância que estas ilhas revestiram em relação ao comércio e à navegação de longo curso, desde os primórdios do comércio triangular de escravos.

Foi a sua situação geográfica que tornou este arquipélago a escala ideal nas rotas atlânticas e que foi sempre uma das suas mais extraordinárias riquezas. A sua localização privilegiada era também a mais promissora. Na impossibilidade de equipar os quatro portos de que o arquipélago era dotado

6. Estevão, J., «*Peuplement et phénomènes d'urbanisation au Cap-Vert pendant la période coloniale, 1462-1940*», in Bourgs et villes en «*Afrique lusophone*» (sob a direcção de Michel Cahen), Laboratoire «*Tiers-Monde/Afrique*», Université Paris 7, ed. L'Harmattan, Paris 1989, p. 46.

(por dificuldades financeiras), tudo encorajava a concentrar no porto de São Vicente «os esforços para valorizar a colónia como nó de comunicações atlânticas». Com a instalação no Porto Grande (S. Vicente), pelo cônsul inglês John Rendall em 1838, do primeiro depósito de carvão, outras sociedades inglesas virão a instalar-se, provocando não só o aumento significativo do número das embarcações que demandavam os seus serviços, mas também o desenvolvimento de outras actividades a nível interno, nomeadamente comerciais, que implicavam uma certa expansão do aparelho bancário e administrativo, bem como dos meios de armazenagem e de transporte⁷.

2. BREVE RESENHA HISTÓRICA DA EMIGRAÇÃO CABO-VERDIANA

O conjunto das populações de nacionalidade cabo-verdiana no exterior é maior fora do território do que dentro dele e o seu grau de dispersão é elevado. É um caso muito interessante no contexto do estudo de «povos emigrantes».

Cabo Verde tem uma história de emigração relativamente longa. A primeira razão que deu origem a este movimento migratório está relacionada com a escassez de recursos naturais no arquipélago. Esta razão leva, nos anos 20 do século XX, a uma primeira vaga de emigrantes das ilhas em direcção ao continente africano. Estas eram migrações de natureza mais sazonal, sobretudo para Dakar e países das colónias portuguesas (Guiné e São Tomé e Príncipe). Os Cabo-Verdianos constituíam aí uma importante reserva de mão-de-obra e também, dado o seu maior nível de escolarização (no contexto das colónias portuguesas) tornaram-se uma componente fundamental dos funcionários dos serviços públicos e da administração colonial.

O carácter geográfico e a insularidade das ilhas que levam a um maior isolamento, associados à existência de portos atlânticos, contribuíram para uma segunda vaga de emigrações, para os destinos americanos, até meados dos anos 50. A partir desta altura, Portugal e a Europa Ocidental já se afirmavam como novos destinos da emigração cabo-verdiana⁸. Neste período Portugal terá funcionado também como plataforma giratória para outros destinos, como é o caso da Holanda.

7. *Império Ultramarino Português*, (Monografia do Império), 4 vols., «Introdução, Cabo Verde-Guiné», vol. I, Empresa Nacional de Publicidade, Lisboa, 1950, pp. 207-209.

8. *Idem, ibidem*.

A dimensão da comunidade cabo-verdiana em Portugal já assumia grande expressão desde a década de 60, sendo a sua fixação cada vez mais relevante, suprimindo carências de mão-de-obra masculina, uma vez que os portugueses emigravam para França e outros destinos e também partiam para a guerra colonial.

Na segunda metade da década de 70, o afluxo de Cabo-Verdianos a Portugal foi bastante significativo, com destaque para o período de 74/76, associado ao processo de descolonização dos PALOP. Note-se que neste período o movimento de entradas inclui um número considerável de funcionários públicos, professores e pessoal do sector da saúde. Muitas destas pessoas possuem hoje a nacionalidade portuguesa, por opção ou por naturalização.

Após este período, durante os anos 80, iniciam-se vagas de imigração por razões laborais para Portugal, onde predominam indivíduos em idade activa (Gomes, 1999). As razões directas desta escolha de destino são essencialmente económicas e as indirectas têm a ver com a língua e a facilidade de entrada. Num primeiro tempo, os indivíduos do sexo masculino imigram sozinhos para se inserir no mercado de trabalho e encontrar um local onde residir. Numa segunda fase assiste-se ao processo de reagrupamento familiar com a chegada das mulheres e crianças.

O ritmo muito elevado do crescimento demográfico, uma agricultura atrasada e incapaz de responder às necessidades de consumo interno, uma indústria quase inexistente, a precariedade da economia, criaram um desequilíbrio entre a população e os recursos disponíveis e estão na origem secular dos movimentos migratórios para os diversos continentes. Além do impacto fortemente negativo sobre a balança comercial, a aceleração dos fluxos migratórios aparece, neste contexto, como a única solução possível para o restabelecimento do equilíbrio entre os recursos e a população. Mas é, contudo, necessário ter em conta que os que emigram são (apesar da importância da emigração feminina), maioritariamente do sexo masculino e, na maior parte das vezes, deixam as suas famílias no país. Em vista disso, as mulheres são obrigadas, por um lado, a assegurar a educação dos filhos e, por outro, a vender, frequentemente, a sua força de trabalho nas obras públicas, para poderem garantir a subsistência da família, para além das tarefas que lhes cabem tradicionalmente, no quadro da produção agrícola. As partidas têm um efeito duplo na estrutura da população: provocam uma distorção do «*sex-ratio*» tornando-se o número de mulheres superior ao dos homens; ademais, o número dos inactivos (crianças e velhos) aumenta em relação ao número dos activos» (Andrade, 1998). Em 1975, só os menores de 15 anos representavam 47% da população total (Sedes, 1977).

Historicamente, a chamada primeira fase da corrente migratória a partir de Cabo Verde, começou, segundo António Carreira, em finais do século XVIII, orientada sobretudo para os Estados Unidos da América, através dos marinheiros dos navios de pesca à baleia, sendo a causa principal desta migração a miséria e as deficientes condições de vida nas ilhas, mais particularmente a tremenda crise de subsistência derivada da prolongada estiagem de 1890-1903, que culminou com a fome de 1903-1904 (Carreira, 1977). A moderna corrente de emigração cabo-verdiana data dos primeiros anos do século XX (1900-1920) estendendo-se em África, ao Senegal, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Angola. Os registos estatísticos, por anos, segundo os países ou territórios de destino, apontam o estabelecimento de redes migratórias históricas, a partir de 1900, para os Estados Unidos, o Brasil, a Argentina, o Uruguai, o Chile, Dakar, a Gâmbia, Lisboa, os Açores e Madeira, Guiné, Angola, Moçambique e S. Tomé e Príncipe, entre outros países. Depois da segunda guerra mundial, países europeus como a Holanda, a França, a Itália e Portugal constituem os países de destino de um grande número de emigrantes cabo-verdianos. Durante um pequeno período intermédio, de 1921 a 1926, a emigração deve ter sido substancial. Apesar de não haver dados relativos a este período, tudo indica que o seu volume aumentou, em especial na direcção da Guiné, de Dakar (Senegal) e da Gâmbia. Contudo, existem informes particulares referentes à facilitação da emigração clandestina usando os veleiros que, com frequência, faziam a ligação das ilhas com essa rota. Aqui se podem incluir as migrações para as outras então colónias de Portugal, S. Tomé, Angola, Moçambique, Guiné, bem como para Lisboa, Açores e Madeira.

A chamada segunda fase da emigração cabo-verdiana (Carreira, 1977) que decorre de 1927 a 1945 vem mostrar duas tendências: uma baixa sensível da média anual de saídas e um nítido desvio da corrente emigratória para os Estados Unidos provocado, em parte, pelas leis americanas de 1919, 1924 e 1928, impeditivas da entrada naquele país. Neste período, a partir de 1927, a emigração cabo-verdiana orienta-se acentuadamente para a rota da América do Sul, nomeadamente, Brasil (Rio de Janeiro e Santos), Argentina, Uruguai, Chile, rota esta que mantinha desde os anos 1900 em diante.

A terceira fase decorre de 1946 a 1973. Esta é chamada de grande êxodo, na medida em que, apesar do rigoroso condicionamento da emigração legal, é uma fase marcada por grande incremento de saídas, e uma espectacular viragem de orientação dos destinos dos emigrantes que, com dificuldade, obtinham passaporte, com preferência para os países europeus: primeiramente, para Holanda, e depois para Portugal, França, Luxemburgo, Itália e Suíça.

Surgiu o aumento crescente da emigração para a Holanda (Roterdão e arredores), umas vezes directamente, outras através de Portugal e outras via Dakar – Gâmbia, superando a queda das saídas para os Estados Unidos. As rotas de emigração para Portugal e para Dakar eram utilizadas quer pelos que aí se fixaram, com certa permanência, quer pelos que se serviam de Portugal e de Dakar como escala e apoio, com vista a seguirem, depois, para França, Holanda, entre outros países da Europa, e para os Estados Unidos. Os fluxos migratórios para Portugal não foram uniformes ao longo do tempo. Até aos anos 60, quem emigrava eram as camadas mais privilegiadas.

Na época presente, o nível socioeconómico da maioria dos imigrantes cabo-verdianos é inferior ao que se registou no período de 1974-75.

A comunidade cabo-verdiana constituiu durante muitas décadas o grupo estrangeiro mais numeroso em Portugal. A busca de uma melhor condição económica é o principal motivo que leva a grande parte deste emigrantes a deixar para trás o seu país de origem.

Em vários países de acolhimento (na Europa, nas Américas, em África), os migrantes estabeleceram as bases de uma cadeia migratória que adquiriu uma expressão significativa no panorama das relações migratórias entre os países de acolhimento e Cabo Verde após a independência (Esteves, 1991).

É difícil falar da emigração e de todo o enigma que se encontra por detrás deste fenómeno bastante complexo. Antes de mais, é preciso perguntar, questionar sobre as razões e as motivações profundas que conduzem as pessoas a escolher o árduo caminho da emigração. Realmente, as razões são várias e pertinentes. Segundo estudos feitos e documentos literários, a seca, a fome, os empregos pouco gratificantes, o desemprego, a vida dura do ilhéu – carente de recursos naturais, carente de meios viáveis que lhe possibilitem satisfazer as necessidades mínimas de uma sobrevivência mais condigna, carente das possibilidades de possuir uma visão mais ampla do mundo, aliada ao sentimento de revolta, que lhe é inerente, e que o impulsiona a distanciar-se desta prisão, que são as ilhas, e procurar melhores dias e momentos mais felizes – são as principais causas. Se, inicialmente, no tempo da colonização, a falta de chuva e a terra seca e dura, a fome, a miséria e a morte constituíram motivos imperiosos, determinantes da emigração, já nos dias que correm não se pode dizer o mesmo. Agora, é mais um mito da modernidade (e toda a sua consequência) do que outra coisa. Actualmente, o fenómeno da emigração não se resume apenas a uma questão de sobrevivência. Está estreitamente ligado aos sonhos e desejos de conhecer outras paragens e possuir uma vida mais confortável.

Embora a emigração cabo-verdiana seja socioeconomicamente diversa e geograficamente repartida por diferentes países, encontramos certas situações predominantes em todas as comunidades. Se fizermos um pequeno balanço desta emigração, encontraremos um quadro com índices que indicam a existência de situações deploráveis⁹. Em vários países, comunidades inteiras vivem em situações de segregação espacial, residencial e laboral (o caso português é visivelmente grave); uma percentagem significativa encontra-se em situação de pobreza crónica geradora de indivíduos insatisfeitos, apáticos e desenraizados; um número também significativo de gente trabalhadora, sem nenhuma qualificação profissional, tornada mão-de-obra explorável; uma parcela desconhecida de gente está em situação de ilegalidade ou clandestinidade, tornando ainda mais frágil o seu precário estatuto de estrangeiro; uma situação crescente de uma certa desestruturação familiar, resultante de instabilidades socioeconómicas e culturais que geram violentos choques e conflitos intergeracionais; um permanente e acentuado insucesso escolar entre a chamada 2.^a geração, particularmente no caso daqueles que estão mergulhados numa pobreza crónica; uma 2.^a geração possuidora de uma «imagem negativa de si própria» e uma «identidade estigmatizada» (Cardoso, 1994), vivendo, por isso, um turbulento conflito de identidade cultural que dificulta bastante todo o complexo processo de integração; comunidades e indivíduos com uma fraca participação política, devido ao desinteresse pela política, mas também ao desconhecimento geral dos mecanismos de participação (Sousa, 2001); poucas experiências de associativismo bem sucedido, abarcando áreas culturais e cívicas. Apesar deste quadro negativo que tem tendência para se manter, também se verificam, algumas situações bem sucedidas e aspectos positivos no processo de integração das comunidades cabo-verdianas, relativamente à vida social, pois existem muitos emigrantes que conseguem estudar e elevar o seu nível de conhecimento, ao ponto de conseguirem alcançar melhores empregos e integração social.

3. CULTURA DE CABO VERDE

3.1. As raízes da cultura cabo-verdiana

A cultura cabo-verdiana possui características singulares, polarizadas em dois extremos, que lhe dão um cunho de universalidade. Por um lado, a Europa e por outro a África, encontrando-se ambas bem presentes na singularidade dessa cultura, que é tanto homogénea quanto diversa.

9. Para esta caracterização baseei-me em documentos do III congresso de Quadros da Diáspora, realizada em Abril 2002, na Praia e ainda no meu conhecimento da situação em Portugal.

Como exemplos dessa singularidade temos algumas manifestações culturais em que se evidenciam, simultaneamente, traços africanos e europeus, mas que, ao mesmo tempo, deles se distanciam.

A miscigenação em Cabo Verde não se limita ao cruzamento de raças que dão origem a mulatos ou a mestiços; esse fenómeno evidencia-se, principalmente no cruzamento de elementos culturais, na cultura crioula (Semedo e Turano, 1997). Segundo António Carreira (1977:85), da miscigenação e da mestiçagem, nasce o crioulo que se expande primeiro em Santiago e no Fogo. Em Cabo Verde, a cultura crioula surge de baixo para cima. Ligada à problemática cultural surge a grande importância atribuída aos valores espirituais no seio da cultura cabo-verdiana.

A descontinuidade territorial do arquipélago e a presença do mar possibilitaram que essas características culturais se processassem de forma diferente, no todo territorial, permitindo, por conseguinte, fenómenos de aculturação diversos e, portanto, variadas manifestações culturais, com nuances próprias de ilha para ilha, mas, ao mesmo tempo semelhantes devido à existência de alguns pontos comuns. A situação histórico-social do arquipélago teve um papel marcante na formação da mentalidade e identidade cultural do Cabo-Verdiano. Esse conjunto de situações, para além do peso da religião, contribuiu para a formação de uma identidade e de uma nação com características específicas.

Segundo João Lopes Filho a cultura crioula é uma cultura *sui-generis*, que possui hoje todo um conjunto de valores individualizados. Segundo este autor, «Quando se emigra, molda-se, mas não se dilui» (1995).

Da cultura portuguesa, os cabo-verdianos herdaram principalmente alguns elementos linguísticos, o vestuário e a religião católica (Semedo e Turano, 1997). João Lopes Filho (1981) acrescenta ainda as técnicas de trabalho, a organização da família, a vida doméstica e alguma alimentação.

Da cultura africana, são inúmeros os exemplos, como o uso do pilão, a tabanca, o batuque, o *colá*. Para João Lopes Filho (1981), o contributo africano passa pelas manifestações relacionadas com o simbólico, os ritmos e a música, a dança, alguns aspectos linguísticos e a também uma parte da alimentação.

A identidade cultural, para além do *crioulo* que se originou do encontro da língua portuguesa e das várias línguas e dialectos africanos, expressa-se através da culinária, da literatura, das artes plásticas, da música e da

dança, que se afirmam enquanto sinais de uma identidade inconfundível. Vejamos alguns exemplos de música e dança.

As músicas típicas cabo-verdianas são quase tantas quantas as ilhas. Sendo a maioria regional, convém falar aqui das nacionais e de algumas regionais, pelo peso que possuem enquanto manifestações culturais identitárias do povo cabo-verdiano. *Morna*, *Coladeira* e *Funaná* são os três géneros musicais cabo-verdianos mais importantes e que corporizam também três formas diferentes de dança. Com forte influência da música da América Latina em geral, e principalmente da brasileira, a *Morna* e a *Coladeira*, que terão tido origem na música portuguesa e africana, são músicas intimamente ligadas ao sentimento insular e ao quotidiano destas ilhas. O *Funaná*, que terá surgido, inicialmente, no meio rural da Ilha de Santiago, possui, por sua vez, um ritmo muito mais acelerado que o da *Coladeira* e mais próximo da África.

Das músicas e danças regionais são de se destacar o *Batuku*, típico da Ilha de Santiago, em cujo ritmo se manifesta a presença africana; a *Tabanka*, também típica de Santiago e próxima da África, e os *Colá* das ilhas de São Vicente, Santo Antão, Fogo e Brava, que são misturas de ritmos e manifestações artísticas africanas e europeias, para além de constituírem um exemplo vivo de um certo sincretismo religioso existente em Cabo Verde.

O *Batuku*, que terá nascido praticamente com o homem cabo-verdiano e que vem sendo praticado desde então, apesar da tentativa do regime colonial-fascista em silenciá-lo, é consagrado, geralmente, aos momentos especiais de festas ou ocasiões de muita alegria (como casamentos, baptizados, etc.) e é já em si, uma manifestação popular de liberdade e alegria.

A *Tabanka*, por seu lado, é fruto de uma miscigenação étnica e cultural e produto de um sincretismo religioso e também designa o conjunto de rituais e festejos que na ilha de Santiago celebra o ciclo dos «santos juninos» entre 3 de Maio e 29 de Junho. É uma manifestação popular de acentuado carácter festivo e de rua, que conjuga também cântico, música, dança e alegria, em procissões que se realizam em determinadas datas sagradas. Reunindo tambores e búzios, cornetas e apitos, um grupo de pessoas, vestidas de forma especial, sai em cortejo pelas ruas, marchando ou dançando ao compasso dos ritmos sincopados dos tambores, das cornetas e dos búzios, que são acompanhados de cântico e de coro. Mas a *Tabanka*, para além do seu carácter festivo, é sobretudo uma sociedade ritualista, com uma organização sólida à volta de um princípio de vida, donde a solidariedade, a entreatura e coesão comunitárias se revelam como signos de uma sabedoria popular.

A *Tabanca* tem um sentido comunitário de aldeia, mas também é uma forma de organização social mutualista que permite aos sócios a assistência moral e material em caso de doença ou morte, a entreatura na construção de casas, nos trabalhos agrícolas e nas práticas sociais e rituais (Ribeiro, 1997; Saint-Maurice, 1997). Pode-se afirmar que através destes apoios e actos de solidariedade os cabo-verdianos criam uma «sociedade providência». A *Tabanca* é uma prática social da camada mais pobre, uma espécie de irmandade ou confraria, um sistema de relações recíprocas religiosas e sociais e, de mútuos socorros.

Falando agora dos *Colá* das várias ilhas, que, no fundo, são idênticos às *Tabankas* da Ilha de Santiago, é de destacar que todos eles são festas consagradas aos santos patronos de determinadas localidades e que decorrem, normalmente, entre os meses de Maio e Julho, com maior ênfase em Junho. Os *Colá* são manifestações e rituais populares, resultantes de um sincretismo religioso, que têm tambores e apitos como instrumentos musicais e que se fazem acompanhar de cânticos a solo e em coro, existindo, entretanto, algumas particularidades que os diferenciam.

O caldeamento étnico e cultural de origem diversa produziu aquilo que se chama «crioulidade». A identidade cultural do povo cabo-verdiano advém principalmente da formação de uma sociedade «caldeada» em séculos de vivência e num sentimento de nacionalidade que se manteve firme (Filho, 1981).

Apesar de ser uma cultura mista e com uma elevada homogeneização, os elementos da cultura africana não tiveram o mesmo tratamento, por parte das autoridades, havendo uma preocupação em evidenciar os elementos culturais de origem europeia. Houve uma tentativa de combater os elementos culturais de origem africana recorrendo-se muitas vezes a proibições expressas em diplomas legais.

As formas de superstição e crenças populares são conotadas com a tradição africana. No entanto, o feitiço e os bruxedos também se inserem perfeitamente na cultura popular portuguesa.

Na ilha de Santiago, o feiticeiro não significa nem sacerdote, nem curandeiro, mas está associado ao mal, a um indivíduo que se transforma em diversos animais, o qual em determinadas noites se junta a colegas de idênticos dons, para a prática dos seus malefícios, que vão desde assustar as pessoas até a matar crianças. O curandeiro recebe a designação de mestre. As práticas tradicionais estão embebidas da percepção que o africano tem do seu mundo, da existência, das suas representações da alma, da sua noção de pessoa.

Ainda voltando às questões de identidade, existe uma ideia que já vem desde o movimento dos «claridosos», nos anos 30, de que, a condição cabo-verdiana é marcada por um desfasamento entre as condições de existência deficientes e as potencialidades espirituais elevadas. Chegou-se a afirmar que os Cabo-Verdianos possuíam corpos africanos com espíritos europeus ou ainda que tinham um sangue predominantemente negro, que, no entanto, do ponto de vista cultural, era predominantemente luso, distinguindo, assim, a herança biológica da herança cultural. Mais do que uma miscigenação e a interpenetração cultural em si, trata-se da representação dominante da Caboverdianidade a exaltar a contribuição cultural ou espiritual de Portugal na formação da sociedade mestiça do arquipélago. A mestiçagem é, assim, vista, conforme Vasconcelos (2001) observa na sua obra, como um dos elementos fundamentais da sociedade cabo-verdiana e, era entendida não apenas como um processo histórico de miscigenação ou mistura racial, mas também como um processo de civilização ou desafrikanização cultural, impondo-se como sinal diacrítico de Cabo Verde no contexto das colónias de Portugal na África.

3.2. Diferenças étnicas e/ou unidade étnica

Tal como afirma Lopes Filho (2003), a insularidade delineou a especificidade da identidade cultural da sociedade cabo-verdiana. Esta surge do encontro de dois grupos humanos (ou étnicos) (o europeu e o africano), portadores de culturas diferentes, de onde resultou uma miscigenação e interpenetração sociocultural que conduziu a um determinado resultado – uma cultura cabo-verdiana. A mestiçagem produzida por esta fusão étnica vai servir de núcleo gerador de uma identidade própria cabo-verdiana, reforçada por uma cultura partilhada. Os estudiosos de Cabo Verde são unânimes na apreciação da singularidade do fenómeno cultural no arquipélago quanto à miscigenação cultural, da fusão de duas culturas, a Europeia e a Africana, da qual resultou a mestiçagem (Santos, 1993).

Assim, Cabo Verde afirma-se como uma unidade étnica e cultural específica, sendo, ao mesmo tempo, uma das nações com um maior grau de homogeneização cultural, independentemente das diferenças de ilha para ilha. A cultura de Cabo Verde assenta na combinação de traços, cobrindo tanto os aspectos caracteristicamente africanos, da costa africana em face de Cabo Verde, como, também, genuinamente europeus (portugueses), que deram origem às bases da identidade cabo-verdiana. Já vimos que a influência portuguesa se manifestou particularmente no que toca à alimentação, ao vestuário, a diversos elementos linguísticos e à religião; por outro lado, os traços específicos dos complexos culturais de origem africana que penetraram na formação da cultura cabo-verdiana pertencem a diversas etnias (Filho, 2003).

Cabo Verde recebeu várias culturas africanas que forneceram uma importante base étnica para a sua constituição antropológica.

Na cultura cabo-verdiana, as divergências encontradas são mais o resultado das diferenças de classe do que das diferenças étnicas devendo-se salientar que no decorrer dos tempos nem sequer se desenrolaram conflitos que pudessem ameaçar esta cultura crioula. O dialecto crioulo vem substituir a língua portuguesa e tornou-se a língua materna, servindo mais tarde de veículo de criação literária. Surgem assim os alicerces da sociedade crioula com a sua cultura específica. A apropriação das formas de poder e de prestígio intelectual tem a ver com a mestiçagem cultural ou o processo de aculturação. Esta aculturação ou miscigenização não foram uniformes em todas as ilhas. Apesar das diferenças regionais já notadas e das especificidades que cada ilha possui, a identidade cultural e a sociedade cabo-verdiana, tal como afirma Sousa Peixeira, que se debruça sobre o fenómeno de formação da «sociocultura» cabo-verdiana, são maioritariamente unitárias e homogéneas (Peixeira, 2003).

3.3. Homogeneidade e diferenças entre ilhas

Sobre as diferenciações regionais, escreve João Lopes Filho (1983), «São (...) um tanto diferentes, ou relativamente diferenciáveis, as sensibilidades dos vários ilhéus, visto que (sem descer a pormenores), é sabido, por exemplo, que, na generalidade, não reagem da mesma maneira o» *santantonense*» e o «*santiaguense*», o «*sanicolaense*» e o «*foguense*», ou ainda o «*santiaguense*» e o «*bravense*» [para nos referirmos a ilhas do mesmo «grupo» – Barlavento, Sotavento], etc. Tornam-se, portanto, evidentes as diferenças de comportamentos, hábitos, estilos de vida, tradições, crioulo local, enfim, a «personificação social» das diversas ilhas cabo-verdianas, advindas, por certo, dos vários processos utilizados nos respectivos povoamentos e suas consequências na evolução sociocultural de cada uma. Deste modo, ao fazer-se uma análise coerente e sem apresadas generalizações do ponto de vista biofísico e cultural, é forçoso ter-se presente as características específicas de cada ilha, porque estas influenciaram significativamente as relações socioeconómicas amassadas ao longo dos séculos e traduzidas no binómio homem/ambiente».

Ainda, segundo João Lopes Filho, não há homogeneidade no arquipélago, há sim um tronco comum e há as especificidades de cada uma das ilhas¹⁰.

10. Assim como para Portugal, há um tronco comum e cada região tem as suas características culturais particulares.

Podemos considerar em Cabo Verde «dois grupos que em parte lhes definem características próprias. Essa dualidade resulta das bases económico-agrícolas em que assentou o teor de vida do arquipélago». Um primeiro grupo (ilhas do Sotavento: Maio, Santiago, Fogo e Brava), baseado numa actividade agrícola intensiva e numa relação social fortemente assimétrica, numa «menor compreensão e reciprocidade» entre senhores e escravos, numa maior coesão por parte dos escravos traduzida por uma consequente «maior fidelidade às origens africanas». No outro grupo, do Barlavento (ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boavista) não vingou o tipo feudal agrícola. Aqui as ilhas patriarcalizaram-se, transformando-se todos, escravos e senhores, numa «família» alargada. Houve uma interpenetração dos dois grupos e uma miscigenação em grande (Filho, 1983).

O enraizamento por mestiçagem não se processa da mesma forma por todo o arquipélago, havendo diferenças acentuadas na composição racial de ilha para ilha. O mestiçamento foi mais profundo e alargado em São Nicolau onde os mestiços constituem 90% da população. Diferentemente do resto do arquipélago, em Santiago, a assimilação foi menos completa e a miscegenação cultural processou-se com menor intensidade (Monteiro, 1988).

Para além dos factores já referidos (de carácter étnico, histórico, etc.), que lhe deram origem e determinaram a cultura, conforme afirma Lopes Filho (1995), também são de salientar as questões de natureza, meio ambiente, clima árido, seca e insularidade. Houve uma adaptação de todos para sobreviverem à miséria, ultrapassando as barreiras raciais. As fomes e as secas geraram mortandades em massa e muita emigração. Surgiram inúmeras estratégias para as enfrentar, uma delas com base nas reservas alimentares de milho e feijão, base da alimentação em Cabo Verde.

Os condicionalismos ambientais criaram particularidades culturais em cada ilha, mas pode-se afirmar que existem determinados comportamentos e afinidades da cultura cabo-verdiana, nomeadamente: a língua, a miscigenação, a interpenetração sociocultural, o sincretismo religioso, que são generalizáveis a todo o arquipélago (Filho, 1981).

Muitos autores afirmam que as manifestações culturais e sociais africanas existem sobretudo na ilha de Santiago (Saint-Maurice, 1997). Santiago, considerada a ilha mais africana em que o peso das tradições se expressa nas práticas quotidianas de uma população essencialmente rural e fechada em si mesma, contrasta com a ilha de São

Vicente¹¹. Em Santiago, com predominância do «negro» no processo de mestiçagem, o «*badio*»¹², mais isolado, foi construindo uma identidade própria, que ainda hoje o distingue dos habitantes das outras ilhas. Ainda há um outro grupo de Santiago, que é formado pelos «*rebelados*»¹³, que são de certa forma mais tradicionais.

Santiago constitui-se no berço da civilização cabo-verdiana, não só pela história que lhe concede a primazia na colonização das ilhas pelos portugueses, como também pelo seu posicionamento político, eivado de revolta e rebeldia, pois, a sua população sempre contestou, peremptoriamente, os abusos e desmandos do poder colonial, cultivando, sistematicamente, em verdadeiros actos de resistência cultural, a sua identidade sociocultural própria.

A ilha de Santiago, sendo a primeira a ser descoberta e habitada, é, também, a mais negra em termos culturais, por possuir um menor grau de mestiçagem, relativamente às outras, conseguindo construir uma valiosa cultura, recebida das mais ancestrais tradições negro-africanas, e moldada, em jeito próprio, no contexto da sociedade escravocrata que a caracterizou inicialmente, e ao longo de algum tempo¹⁴.

O que se pode facilmente constatar pelo facto de, já no século XX, possuir uma língua própria, com tanta vitalidade, que levava todos aqueles que viessem da célebre Metrópole a utilizá-la, ao fim de algum tempo, para poder comunicar, acabando até por torná-la sua, o que demonstra, claramente, a consolidação inequívoca de uma identidade própria e uma particularidade interessante no fenómeno da aculturação, em que o dominador não consegue impor a sua cultura ao dominado, mas exactamente a situação inversa, isto é, este é que consegue o triunfo sobre o colonizador¹⁵. Tudo isso nos leva a uma ilação, inequívoca, de que a identidade cabo-verdiana já estava consolidada na ilha de Santiago, muito tempo antes da povoação de S. Vicente e da existência da Vila de Mindelo, que só passaria a cidade em 1879.

11. Mariano, Gabriel, *Cultura Cabo-verdiana, ensaios*, Vega, Lisboa, 1991 citado em Saint-Maurice, A., *Identities reconstruídas – Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

12. O *badio* é o termo usado para rotular os Santiaguenses, considerados os «Africanos» de Cabo Verde.

13. Os *rebelados* começaram por ser pastores isolados nas montanhas de Santiago, vivendo isolados do resto da sociedade.

14. Mariano, Gabriel, *Cultura Cabo-verdiana, ensaios*, Vega, Lisboa, 1991 citado em Saint-Maurice, A., *Identities reconstruídas – Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

15. *Idem, ibidem*.

O autor descreve a ilha de São Vicente nos seguintes termos literários: «Ilha marcada por um itinerário socio-histórico ímpar – tal uma saga, ou a epopeia de um povo mártir –, a sua população, agrícola até à medula, agiganta-se frente à situação catastrófica de chuva misógina e de seca castradora, pela sua atitude estóica e perseverante, perante o peso do deserto, que é tanto que a leva a ignorá-lo e a manter uma relação mais comedida com a vida e de abertura ao mundo – tal a emigração, enquanto escape, enquanto solução».

É preciso ainda acrescentar que a psique e a mentalidade da população de São Vicente se encontram em estreito diapasão com arreigados princípios religiosos, sendo as atitudes mais heróicas e resistentes desse povo, galvanizadas e polarizadas pelo peso de Deus.

3.4 Crenças e religiosidade

Se é certo que o Cabo-Verdiano professa a religião católica, adivinham-se os seus laços com África, quando admite a existência de feiticeiras, de práticas malignas que originam doenças, incidentes indesejáveis, morte precoce. Contudo, de acordo com Sousa Peixeira (2003), grande parte das superstições ainda existentes no seio desta comunidade tem origem europeia e não africana.

São inúmeras as crenças que circulam entre os Cabo-Verdianos. A «crença», por vezes, é definida enquanto fé religiosa, outras vezes, como uma convicção que se pode situar noutros domínios que não o religioso e ainda, às vezes, simplesmente como credence ou superstição. A crença tanto pode ter carácter religioso como profano. Em Cabo Verde, religiões e crenças não terão fronteiras bem definidas, implicando ambas, doses de fé¹⁶. É preciso distinguir as diferenças entre religião e superstição. Ligados à religião estão as orações fúnebres, ritos funerários, encomendação das almas, velórios, enterros (Filho, 1981). Quanto à superstição, pode-se dizer que o povo cabo-verdiano é extremamente supersticioso. Esta superstição pertence tanto às camadas ditas eruditas, como também às menos letradas, que acreditam em factos ou seres que podem dar sorte ou azar, fazer bem ou mal. Nos rituais da morte, funeral e enterro, existem cerimónias subsequentes, superstições e tabus relacionados com as mesmas. Em Cabo Verde também são numerosos os tabus referentes ao período da menstruação, à gravidez, aleitamento, alimentação, morte e defuntos, e até mesmo em relação a

16. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

certas palavras. Os medos aparecem sob formas ligadas ao mundo fantástico que povoa a alma do cabo-verdiano, como fantasmas, seres sobrenaturais, figuras míticas. As formas de superstição e crenças populares são primordialmente conotadas com a tradição africana. No entanto, o feitiço e os bruxedos também se inserem perfeitamente na cultura popular portuguesa. Para as pessoas mais ligadas a estas crenças, a morte está muitas vezes relacionada com causas sobrenaturais. Em Cabo Verde há figuras aparentemente sobrenaturais, integrando o imaginário colectivo e existe uma forte crença no espiritismo.

Diz-se que as crenças e as religiões terão certamente entrado em Cabo Verde com os primeiros povoadores, em 1462. No entanto, vale a pena falar de algumas crenças que, até há cerca de uns cinquenta anos atrás, tinham bastante força e peso social em Cabo Verde. Estas mesmas crenças têm vindo a perder credibilidade sob o efeito da escolarização, cristianização, progresso sociocultural e científico, modernização e do poder interventivo dos meios de comunicação social que têm vindo a transformar as mentalidades e os comportamentos¹⁷. Assim, as crenças a que nos vamos referir são o curandeirismo, a *Kórda*, a «*fetiseria*», as bruxas, os espíritos ou finados (espírito de um falecido) e o «*guarda-cabeça*». A última será abordada no ponto seguinte sobre as celebrações dos ciclos da vida, já que está associada ao nascimento.

O curandeirismo consiste na arte de curar diversas enfermidades e ajudar a resolver problemas. Segundo Lima Rodrigues (1991), os curandeiros são iniciados por outro curandeiro na sua aprendizagem, mas que são escolhidos por possuírem à nascença um dom, entre outros, o de curar. O curandeiro utiliza diversas substâncias de origem vegetal, mineral ou animal que prepara com base nos ensinamentos veiculados pela tradição oral.

É pela intuição e de forma empírica que se faz o diagnóstico das doenças e se utilizam as mezinhas para as curar. Em certos casos, o curandeiro socorre-se de fármacos aos quais junta as outras substâncias. Tem havido casos em que um ou outro médico, prevendo a impossibilidade de cura, aconselha o paciente a dirigir-se ao curandeiro. «Há tempos, estas práticas eram correntes até pela carência de médicos e de unidades sanitárias de base, sendo consideradas como necessárias e socialmente úteis. Hoje em dia estão em descrédito crescente porque se considera que ir a um curandeiro é manifestação de ignorância»¹⁸.

17. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

18. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

O curandeiro detecta, faz o diagnóstico e decide sobre a terapia a ser utilizada, mas antes disso, classifica a doença em «doença-da-terra» ou «doença-da-farmácia». No caso de ser «doença da terra» definirá que terapia irá ser utilizada e que comportamento deverá o paciente seguir (Rodrigues, 1991). Para as próprias pessoas, existem dois tipos de doenças, as de farmácia e as da terra que, neste caso, são aquelas que os médicos não conhecem e têm origem nos espíritos, nas bruxas ou na simples imprudência.

A «*kórda*» corresponde ao conceito de «magia» e faz-se para impedir que determinados actos se tornem conhecidos, para obter determinados favores ou impedir que determinados actos se concretizem. Trata-se de um serviço que é geralmente pago (a um mágico) e em regra é feito às escondidas. Apesar de ter sido um serviço muito procurado, sobretudo na ilha de Santiago, hoje em dia, o seu descrédito é grande, embora muitos ainda acreditem nos seus efeitos perversos. É uma prática que se associa a uma certa dose de crença na capacidade de utilização de poderes ocultos¹⁹.

A «*fetisería*» trata-se de uma prática que teve bastante peso na sociedade cabo-verdiana até há décadas atrás. Hoje, muitas pessoas deixaram de acreditar na sua existência. Existem dois tipos de «fetiseria»: a que resulta de efeitos mágicos, a «*kórda*», que já referimos, e o bruxedo ou encantamento, de efeitos sempre maléficos. As bruxas são pessoas de quem se diz que, por razões tidas como hereditárias, possuem um dom especial. Vêem-se normalmente associadas à eclosão de certas doenças. O feiticeiro é menos temido e menos poderoso, faz feitiço negativo em vez de curar ou ajudar (Guedes, 2001). Era-se feiticeiro sem ser por vontade própria, acreditando-se que se nascia feiticeiro por uma espécie de destino. Para se protegerem dos feiticeiros, os indivíduos recorriam a inúmeras práticas. Por exemplo, para proteger uma criança, colocavam-se cruces desenhadas com «leite» de babosa²⁰ na testa, no peito, nas costas, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. Se alguém adoecesse de repente ou morresse, a pessoa julgada feiticeira seria considerada a causadora dessa desgraça. Se se pensava conhecer o responsável pela doença, os familiares do doente dirigiam-se a casa do suposto autor e ameaçavam-no, caso o doente não melhorasse. O autor indicava ou dava as mezinhas para o doente, e «largava» o espírito do doente e a saúde deste era restabelecida. Também se acreditava que os espíritos dos feiticeiros tomavam a forma de animais como gatos, bois ou pássaros²¹. Os bruxos e os feiticeiros são as forças do mal, directamente ligados à doença e à morte, o curandeiro trabalha para o bem (Rodrigues, 1991).

19. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

20. Líquido que se extrai de um cacto chamado Babosa.

21. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

Ainda hoje em dia, alguns acreditam em feiticeiros que podem fazer o bem ou o mal, em curandeiros que curam, em bruxas e em almas do outro mundo. Pensa-se que são sobretudo as pessoas da ilha de Santiago, as mais ligadas a estas crenças (Monteiro, 1988). Para estas, a morte está muitas vezes relacionada com causas sobrenaturais. Em Cabo Verde há figuras aparentemente sobrenaturais, integrando o imaginário colectivo e há uma forte crença no espiritismo.

Na altura em que as crenças entraram no arquipélago de Cabo Verde, na segunda metade do século XV, mais precisamente em 1462, apenas se conhecia a religião católica. Para além desta, todas as demais confissões religiosas hoje existentes foram introduzidas a partir dos finais do século XIX, tendo a maior parte delas entrado nestas ilhas depois de 1975, ou seja após a independência nacional. Podem-se identificar 11 comunidades religiosas: a igreja Católica, a igreja do Nazareno, a igreja Adventista do 7.º dia, a igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, a igreja Pentecostal «Deus é Amor», a igreja Universal do Reino de Deus, a igreja Nova Apostólica, a Assembleia de Deus, as Testemunhas de Jeová, o Bahá'í e o Islão. Das 11 confissões religiosas hoje existentes em Cabo Verde todas são cristãs, exceptuando as duas últimas.

A religião católica viveu sozinha por mais de 400 anos e envolve uma estimativa de crentes quase numericamente idêntica à da população residente no país. A igreja católica tem um peso enorme em Cabo Verde, do ponto de vista histórico, sociocultural e religioso²². A religiosidade popular sobrevive à margem da religião oficial e exprime-se através dos santos patronos da terra, do «destino», dos «finados» (espíritos mortos até à 3.ª geração) e do transe dos «encostados».

Existe dentro da religião, o chamado movimento espírita, do Racionalismo Cristão, sobretudo na ilha de São Vicente. Têm centros espíritas onde se recorre para sessões públicas de limpeza psíquica. A língua utilizada nessas sessões é o português (Vasconcelos, 2001). Aliás é em português que se celebram os cultos de 12 das 13 igrejas da ilha de São Vicente.

3.5. Celebrações dos ciclos da vida

Morrer, tal como viver, não é uma actividade solitária. Os laços com os antepassados regulam as relações na comunidade, as relações dos indivíduos com a vida, a morte, a saúde e o bem-estar (Monteiro, 1988). Em

22. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

termos de celebrações culturais, o nascimento, o casamento e a morte são os momentos «sociais» e familiares mais importantes e culturalmente mais ricos na vida dos Cabo-Verdianos, os quais são comemorados através de rituais, formas de culto e festejos tradicionais. São momentos marcantes na vida de todos os Cabo-Verdianos e estão também relacionados com a saúde e a doença.

Estes rituais de passagem, que se concretizam em baptizados, cerimónias de casamento ou funerais, são grandiosamente celebrados, reunindo numerosos grupos de pessoas provenientes do bairro, de outros bairros, de outras ilhas e até de outros países. A festa ou o luto prolongam-se por alguns dias e neles se joga o crédito ou o descrédito da família. Neste contexto, nem a morte nem estar doente é um acto solitário, mas sim um acto social. Nestes actos, são as mulheres que preparam as refeições rituais. Está sempre presente o acto de repartir e de dar. No ritual da «comida de anjo»²³ os homens retribuem favores e pedidos aos deuses, como a saúde para um filho.

No presente, o nascimento realiza-se através de cuidados diferenciados, geralmente em hospitais e maternidades, mas festeja-se o «7.º dia» com a cerimónia do «fazer cristão» ou «*guarda-cabeça*» ou ainda «noite de sete» (Filho, 1995). É uma cerimónia que serve para proteger os recém-nascidos das bruxas e do mau-olhado. É uma espécie de baptismo que tem como objectivo proteger a criança mas que não substitui o baptismo oficial católico. Durante a gravidez, a mulher não deve ir a funerais nem usar luto carregado pois pode influenciar negativamente o bom curso da gestação e a criança nascer morta.

Como terá surgido a prática de «*guarda-cabeça*»? No passado, a assistência médica era quase nula em Cabo Verde e os partos tinham, quase na sua totalidade, lugar em casa, sem nenhuma assistência ou só com a ajuda de uma parteira curiosa. No tratamento do umbigo ao recém-nascido usava-se pó de barro ou rapé, sem uso de álcool ou desinfectante. As crianças recém-nascidas não eram vacinadas e, conseqüentemente, muitas delas morriam ao sétimo dia de vida devido ao tétano. As pessoas, por alguma ignorância, acreditavam muito nas bruxarias e na existência de feiticeiros e passavam a atribuir essa mortalidade aos seus efeitos perversos. Daí, a invenção popular do guarda cabeça, um acto protector que se pode chamar de sincrético-religioso²⁴. O «*guarda cabeça*» é hoje em dia uma prática que muitos continuam a realizar puramente por tradição.

23. Fazem uma grande panela com comida e gritam à porta para todas as pessoas da vizinhança irem lá comer.

24. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

Nos rituais ligados à morte e funeral, reza-se e chora-se pelo «finado» durante 7 dias, «chorando juntos» e através da «guisa» (meio choro, meio canto das mulheres). Coloca-se a «esteira» que é um altar coberto de panos brancos especiais com velas e um crucifixo envolto num pano branco, que é retirado no 7.º dia quando terminam estas cerimónias (tempo de nojo ou tempo de esteira em Santiago) (França, 1992).

A «esteira» e o «guarda-cabeça» são praticados por cerca de metade dos cabo-verdianos em Portugal. A prática e a adesão diminuem à medida que as habilitações dos indivíduos vão aumentando. São práticas que decorrem de superstições, habitualmente mais rejeitadas por aqueles que têm níveis de educação superiores (Gomes, 1999).

A prática de alguns ritos ligados ao nascimento e à morte é diferentemente apropriada pelas diversas ilhas. Como já referimos mais acima, Santiago é a ilha mais africana, mais rural e fechada em si mesma, em contraste com a ilha de São Vicente. Estas duas ilhas polarizam as diferenças entre os grupos do Barlavento e Sotavento, contendo, dentro de si, especificidades das ilhas que abarcam. O espaço socializador, o capital sociocultural e a educação religiosa das famílias são igualmente modeladores da relação estabelecida com estas práticas culturais (Saint-Maurice, 1997).

3.6. Medicina e saúde

Apesar dos poucos recursos que caracterizam a economia cabo-verdiana, a significativa evolução dos indicadores dos cuidados de saúde em Cabo Verde são bem o espelho e reflectem uma evolução positiva das políticas sociais assumidas²⁵. As infra-estruturas sanitárias do Sistema de Saúde de Cabo Verde correspondem, de uma forma geral, às necessidades das populações locais e demonstram os esforços que têm vindo a ser realizados: os 2 Hospitais Centrais, na Praia (Santiago) o Hospital Agostinho Neto e o Hospital Baptista de Sousa no Mindelo (S. Vicente); os 3 Hospitais Regionais, na Assomada – Santa Catarina (Santiago), em S. Filipe (Fogo) e Ribeira Grande (Santo Antão); os 19 Centros de Saúde, 3 na Praia, 2 em S. Vicente e 1 em cada um dos restantes Concelhos/Delegacias de Saúde (com excepção daqueles onde se encontrem Hospitais Regionais); os 5 Centros de Saúde Reprodutiva (Programas de Acompanhamento Materno Infantil/Planeamento Familiar); os 23 postos sanitários, com suporte de Enfermagem, dis-

25. É possível constatar que a mortalidade infantil, que em 1975 rondava os 88,90/00 nascimentos vivos, quebrou para o valor de 200/00, em 2004 (440/00 em 1990; 260/00 em 2000); a esperança média de vida que em 1975 rondava os 63 anos atinge, em 2003, os 71 anos (67 para homens e 75 para as mulheres).

tribuídos por todas as ilhas; as 117 unidades sanitárias de base, estruturas elementares, sem enfermeiro mas a cargo de um agente sanitário, nas pequenas localidades. O sector da saúde conta com 197 médicos e 420 enfermeiros, o que corresponde a 1 médico para 2203 habitantes e 1 enfermeiro por 1033 habitantes. Cada uma das ilhas tem no mínimo 2 médicos. O sector farmacêutico conta com 25 farmacêuticos, 1 técnica superior de química, 9 técnicos de farmácia e 30 técnicos auxiliares de farmácia. Desde os finais de 1989 a legislação cabo-verdiana reconhece e regula o exercício de actividade privada de prestação de cuidados de saúde. No seguimento desta regulamentação foram abertos consultórios, policlínicas e postos de enfermagem privados e fez-se a privatização das farmácias e postos de venda estatais. Outros intervenientes privados na área da saúde são as seguradoras que criaram seguros – doença. A medicina privada é praticada, em diversas especialidades, em clínicas na Cidade da Praia (Santiago) e no Mindelo (S. Vicente), os dois principais centros urbanos de Cabo Verde, e em consultórios médicos de regime ambulatório.

As principais doenças endémicas são as comuns num país de clima tropical seco. As infecções respiratórias agudas, de maior incidência no período de Fevereiro a Maio devido aos ventos que sopram durante este período, as diarreias correntes, essencialmente derivadas do consumo de água ou alimentos mal lavados, patologias comuns da criança, e alguma tuberculose. O paludismo, em tempos considerado erradicado, surge em menos de uma centena de casos anuais, importados por uma forte componente migratória oriunda dos países da África Ocidental²⁶.

No arquipélago de Cabo Verde, subtropical, não é de esperar, devido a uma vegetação rudimentar, uma medicina tradicional muito acentuada (Spatz, 1981). Porém é o contrário que acontece. O sistema sanitário ocidental, existindo desde o começo do século XX, fez recuar a medicina tradicional, sem conseguir, no entanto, forçá-la a ficar numa posição marginal como se passou na Europa Ocidental. Existe já pouca medicina tradicional efectuada por curandeiros, mas esta mantém-se como uma medicina modesta e cujos conhecimentos são divulgados no seio das famílias. Ainda hoje em dia, a maioria da população rural tenta curar as doenças por meios tradicionais antes de ir a um posto sanitário (Spatz, 1981).

A medicina popular é um corpo de conhecimentos e práticas médicas de caracterização empírica, não enquadrado no Sistema Nacional de Saúde, que se desenvolve numa dinâmica própria, segundo o contexto sociocultural e económico em que se insere (Arruda *in* Lima, 1991).

26. http://www.portugalcabo Verde.com/item1_cv.php?id_channel=32&id_page=123

Segundo Varela (2000), as práticas da arte de curar aparecem nas culturas de todos os continentes, de todas as civilizações. Nas sociedades ditas tradicionais, como as da África Negra, estas práticas resultam de um saber empírico adquirido ao longo dos séculos e de conceitos ligados ao «universo» desses povos, a uma filosofia particular, que tem merecido desde há algum tempo uma certa atenção.

Nas ilhas de Cabo Verde, o sistema ocidental de saúde que está implantado desde o início do século sobrepôs-se parcialmente à medicina tradicional (Spatz, 1990), sem no entanto, a marginalizar. A medicina mais popular tornou-se numa questão de sobrevivência. A medicina tradicional não existe na acepção profissional do termo, excepto aquela que é praticada pelos «curandeiros», para além de uma forma de medicina «doméstica» comum, em que o saber se transmite no interior das famílias.

O importante papel da flora das ilhas, enquanto recurso médico, explica-se pela sua situação isolada. Das cerca de 800 espécies de plantas, 240 são usadas para fins profiláticos, sob a forma de infusões ou xaropes. Esta medicina tradicional é praticada sobretudo entre as pessoas mais velhas e por aquelas que pertencem à arte de curar (curandeiros) e pelos «endireitas» (Filho, 1981). É necessário identificar a forma como é praticada a medicina popular, a sua incidência no contexto social e os elementos mágicos convergentes, bem como registar o que acontece quando as pessoas adoecem. Também é necessário perceber como as pessoas reagem ao acontecimento em geral, à doença em particular, e por consequência interpretar as representações que lhes estão associadas e as práticas que a sua aparição engendra. A doença é geralmente apercebida como resultante de um comportamento social negativo, sancionado pelos poderes sobrenaturais (Faizang, 1986).

Em Cabo Verde, a medicina popular é apelidada de «remédio-da-terra» (para a população cabo-verdiana é o conceito de «remédio de terra» e não o de «medicina popular» que é utilizado). Para a população, o remédio da terra é a utilização de recursos naturais e culturais como plantas e minerais ou rituais de diagnóstico e cura, manipulados pelo curandeiro ou pela própria clientela na cura doméstica, segundo hábitos culturais próprios, transmitidos através da tradição oral e utilizados não individualmente, mas fazendo parte de um conjunto de práticas do quotidiano importante para a sobrevivência do grupo, o seu equilíbrio físico, espiritual e social (Rodrigues, 1991).

O remédio está ligado à cura que, nunca é vista como separada, mas intrinsecamente ligada ao conceito de doença. Os agentes da cura, o

curandeiro e a parteira tradicional, não estão desvinculados dos agentes da doença, o bruxo e o feiticeiro. As plantas, as rezas, os amuletos, elementos da cura, não podem ser desvinculados dos elementos da doença como o mau-olhado, transgressão de regras sociais e divinas.

Em resumo, o «remédio da terra» coexiste com a «medicina oficial» num mesmo espaço social, com plena aceitação por parte da população, apesar de uma adaptação a novas técnicas e novos valores introduzidos pelo progresso médico da medicina dita «moderna» (Rodrigues, 1991).

As receitas locais mais frequentes coincidem com as tradições de outros países, como por exemplo o uso de eucalipto para a tosse. A influência africana limita-se às práticas «fetichistas». As práticas medicinais que o uso popular consagrou podem remontar tanto a uma tradição africana, como a usos portugueses (Lima, 1968). Ainda hoje a maior parte da população rural tenta tratar os males com os meios tradicionais, antes de recorrer a um centro de saúde. Nalgumas zonas do arquipélago, as pessoas normalmente só iam ao médico depois de esgotados os recursos por parte dos curiosos, curandeiros e «botadeiras-de sorte» (Filho, 1995). As parteiras em Cabo Verde desempenham um papel de relevo dentro dum certo grupo social, porque elas não só fazem partos, como também fazem tratamentos e praticam as curas utilizando plantas e proferindo certas rezas.

Há entre os Cabo-Verdianos uma diferenciação entre os problemas que pertencem à esfera da competência da medicina e os problemas que pertencem a um referencial local, observada tanto na explicação da origem do problema de saúde, como nas medidas gerais ou específicas para a sua prevenção e tratamento (Mateus, 1998). Muitas vezes denominam «doença-da-terra» e «remédio-da-terra» a perturbações e tratamentos pertencentes ao universo da medicina popular e a concepções do mundo que podem incluir o sobrenatural.

O mal e as doenças podem ter duas origens diferentes: a primeira é o «mal de Deus» ou «destino». São as doenças incuráveis, a morte imediata e os imprevistos ou desgraças. A segunda, é o «mal do pecador» que é causado pelo mau-olhado e pela maldição que outros possam rogar. Recorre-se ao curandeiro/ feiticeiro que o cura com «rezas» e «passa com ervas» e usam-se amuletos. Nas crenças e espíritos populares, atribui-se às doenças, o mau-olhado, quebranto ou feitiço. Para tal utilizam as benzeduras e as mezinhas dos curandeiros e coisas contra o mau-olhado (Lima, 1968). Na medicina tradicional africana, o mau-olhado, a má sorte, a feitiçaria, são muitas vezes utilizados para explicar a causa das doenças. O curandeiro representa as forças positivas de cura e pre-

venção tendo por oposição o feiticeiro e o bruxo, causadores de doenças e infortúnios.

No estudo de Lameirão Mateus (1998) existem três tipos de explicações causais para as doenças, neste caso apenas para as do foro psicológico. As causas podem ser sobrenaturais, ligadas à noção de forças, provocadas em geral por terceiros, causas orgânicas e causas reactivas a situações *stressantes*. No caso das causas sobrenaturais, entram em linha de conta a inveja e o mau-olhado, o mal e o feitiço. A feitiçaria é por vezes referida como bruxaria.

No que respeita às causas orgânicas, Rodrigues (*in* Mateus, 1998) considera que a diferenciação feita entre «doença-da-terra» e «doença-da-farmácia» é mais importante em Cabo Verde do que uma diferenciação entre «doenças do corpo» e «doenças do espírito». Um exemplo de sinais de causas orgânicas é, por exemplo, um problema dos nervos. Em Cabo Verde distingue-se doença material e doença espiritual. Refere também que os cuidados que as pessoas têm com a saúde se relacionam com o acatamento e desafio às normas. Por exemplo, uma «imprudência» é o não cumprimento de normas e cuidados de saúde, que poderão levar a uma doença. Nestas situações os tabus servem para controlar e respeitar essas normas (por exemplo, os tabus acerca da menstruação). Em Cabo Verde existe outra expressão semelhante a «fazer uma imprudência» que é «pôr a doença com sua mão» ou seja a doença é causada por actos do próprio indivíduo que contraria os cuidados necessários para «poupar a vida». Quanto às causas reactivas do problema ou da doença, o autor evoca o *stress* no relacionamento social, falta de apoio, isolamento e falta de ocupação (Mateus, 1998).

Em termos de modelos de tratamento, distinguem-se a medicina oficial, o remédio-da-terra e o tratamento espiritual. Como exemplo de remédio-da-terra, o mesmo autor refere o caso dum curandeiro em Santo Antão que possui poderes de diagnóstico e cura e o facto deste apenas praticar o «bem» através de actos de cura e não de feitiçaria. Quanto ao modelo de tratamento espiritual em Cabo Verde, o espiritismo é fundamentalmente representado pelo racionalismo cristão, sendo que a incorporação de espíritos pelos médiuns (chamada de «manifestação»), produz frequentemente diagnósticos espirituais, nos quais são revelados feitiços, maus-olhados ou a influência dos «espíritos inferiores». Para além do racionalismo cristão, as igrejas pentecostais, como é o caso da IURD, têm vindo a revelar a sua imposição (Mateus, 1998). Em Cabo Verde, nas situações de diagnóstico e tratamento, recorre-se com muita frequência a tratamentos alternativos, como o «remédio-da-terra», o racionalismo cristão e as igrejas pentecostais.

As práticas tradicionais embebem-se da percepção que o africano tem do seu mundo, da existência, das suas representações da alma, da sua noção de pessoa. Como já referimos ao abordarmos os factores de identidade, a língua, a música e os comportamentos constituem factores relevantes de identidade e cultura de um grupo. O património cultural de um grupo étnico comporta os elementos culturais mais tradicionais (a gastronomia, a literatura, a música, a dança), mas também os rituais profanos e religiosos que serão também reproduzidos em território de migração e reforçam a identidade étnica e a coesão do grupo (Gomes, 1999).

É evidente que as características enunciadas, dificilmente serão encontradas na sua totalidade e na sua originalidade, no seio das comunidades actuais em Cabo Verde e, mais raramente ainda, nas comunidades residentes em Portugal. Algumas das características são ainda visíveis na comunidade que nos propusemos estudar, enquanto que outras foram-se diluindo numa aproximação às características locais, de cariz urbano, da sociedade de acolhimento.

CAPITULO II – A IMIGRAÇÃO RECENTE EM PORTUGAL

As migrações de pessoas e povos não são só de hoje, mas são de sempre. De forma progressiva ocorreu o crescente aumento da mobilidade humana, sobretudo no que toca às migrações internacionais. Por outro lado, a realidade migratória é cada vez mais volúvel e volátil (Miranda, 2002).

O mundo conta actualmente, segundo a Organização Mundial das Migrações (OIM), com cerca de 150 milhões de migrantes²⁷, dos quais cerca de 30 milhões de imigrantes estão em situação ilegal. A imigração legal, apesar do que se afirma, constitui o principal meio de migração das pessoas. A imigração ilegal tem vindo, contudo, a crescer, constituindo actualmente um próspero negócio para as redes de tráfico de seres humanos que operam por todo o mundo. Sendo difícil de quantificar, a única certeza que se tem é que o seu número não pára de aumentar.

As causas da emigração são quase sempre as mesmas: a fuga à pobreza, desemprego, destruição do meio ambiente, guerra, violência, perseguição política ou religiosa. Neste campo, não é, por vezes, fácil distinguir a fronteira entre o imigrante e o refugiado, embora as Nações Unidas estabele-

27. OIM, «OIM: Respostas e medidas no âmbito da saúde – Vários os esforços para conjugar a prevenção e a terapia» OIM, sem data.

leçam critérios bastante rígidos para a determinação do estatuto de refugiado. Ambos fogem a uma situação intolerável que os obriga a deixar a terra onde nasceram. Imigra-se para aproveitar oportunidades de emprego que são oferecidas nalguns países que carecem de mão-de-obra. O actual e progressivo envelhecimento das populações dos países economicamente mais desenvolvidos, implica um contínuo recurso à mão-de-obra estrangeira.

1. A IMPORTÂNCIA DAS COMUNIDADES IMIGRANTES EM PORTUGAL

«Uma história da imigração em Portugal será necessariamente truncada quanto a épocas passadas, das quais apenas restaram marcas qualitativas, sem bases para quantificar» (Rocha-Trindade, 2001). Antes do período que atravessamos e no qual Portugal se tornou num ponto de chegada, outros períodos existiram, em que outras comunidades tiveram Portugal como destino. A presença de diferentes grupos étnicos no nosso território é anterior à era cristã (Miranda, 2002).

A história de Portugal não tem sido feita só de emigrantes e residentes mas também e muito, de imigrantes. Frequentemente vieram para o país, a pedido do próprio Estado, para desenvolverem aqui actividades inovadoras de que o país carecia, outras vezes para suprirem a mão-de-obra que nele escasseava. No período dos descobrimentos (séculos XV-XVI), Lisboa fervilhava de estrangeiros e algo de semelhante ocorreu no século XVIII. Na primeira metade do século XX, em dois momentos, o país recebeu milhares de estrangeiros, tendo muitos fixado aqui residência permanente (ex. Calouste Gulbenkian) ou apenas temporária (ex. Ortega y Gasset). O primeiro desses momentos foi nos anos trinta, durante a Guerra Civil de Espanha (1936-1939), e o segundo coincidiu com a 2.^a Guerra Mundial (1939-1945). Durante a década de cinquenta, o número de estrangeiros residentes, manteve-se estável, oscilando à volta dos 25 000 indivíduos. Na sua maioria, residiam no país há muito tempo, ligados a importantes actividades económicas, como o comércio do vinho do Porto, exploração mineira, etc. e outras (Rocha-Trindade, 2001).

Em 1960, a maioria dos cerca de 30 mil estrangeiros residentes eram europeus (67%) e brasileiros (22%), destacando-se entre os primeiros os espanhóis (40%). A abertura do país ao exterior (1959) e o desenvolvimento económico a partir dos anos 60 traduziu-se num aumento dos imigrantes profissionais, nomeadamente de alemães e ingleses (Esteves, 1991).

No princípio da década de 70, o Estado fomenta a migração de trabalhadores cabo-verdianos e de outras colónias africanas. Após a Revolução de 25 de Abril de 1974, com a independência das colónias, dá-se um brusco aumento da imigração proveniente das mesmas, acentuada pelos conflitos militares e civis que nelas continuaram a ocorrer (Rocha-Trindade, 2001).

A entrada de Portugal na CEE, em 1 de Janeiro de 1986, provoca não só um natural aumento do número de estrangeiros residentes ligados a actividades económicas, como estimula também a vinda de um número crescente de imigrantes, não apenas dos países lusófonos, mas igualmente de outros lugares da Europa e da América do Norte (EUA, Canadá, etc.). Enquanto num período de vinte anos, a população portuguesa cresceu cerca de 12%, a população residente estrangeira aumentou na ordem dos 313%. A origem dos imigrantes também sofre grandes alterações. Em 1960, os estrangeiros de origem europeia representavam 67% dos estrangeiros residentes em Portugal, os americanos 31% e os provenientes de África somente 1,5%. Em 1981, a grande alteração provém do fluxo de imigrantes de África que representa, já nessa altura, 44% do total de estrangeiros. Observaram-se ainda três grandes alterações nessas duas décadas: a distribuição geográfica dos estrangeiros difundiu-se por todas as zonas do país, apesar de se manterem sobretudo na região de Lisboa (cerca de 46 %); o rejuvenescimento da população estrangeira também foi sentido, passando o grupo etário com menos de 15 anos a representar 42% da população estrangeira total, com uma redução do peso relativo dos grupos dos 40 aos 64 anos e dos mais de 64 anos; a distribuição dos estrangeiros activos por sectores de actividade foi outra das grandes alterações, com um aumento da mão-de-obra empregada na construção civil, que passou de 3% para 22%. A partir de meados dos anos oitenta, a imigração de natureza laboral assume expressão mais notória, tanto a nível qualitativo, como quantitativo. Consolida-se no caso cabo-verdiano e alarga-se aos restantes PALOP. É também nesta altura que a imigração brasileira ganha impulso, tratando-se de uma imigração de natureza económica, embora o seu perfil socioprofissional seja bastante mais elevado do que o dos africanos²⁸.

Portugal, no início dos anos 90, tinha à volta de 200 000 residentes estrangeiros, dos quais cerca de 40% estavam em situação irregular. Só no início desta década é que os investigadores começaram a interessar-se por esta temática já que, por tradição, Portugal sempre foi conhecido como um país de

28. Em 1997, do total de estrangeiros residentes 53,4% são activos (48,2% são trabalhadores na indústria e 80,7% dos activos trabalham por conta de outrem). Os 46,6% de não activos são estudantes, domésticas e reformados.

repulsão de emigrantes e de movimentos migratórios internos (Esteves, 1991). Somente nos últimos anos houve uma tomada de consciência de que há efetivamente imigrantes em Portugal. Esta inversão de fluxos migratórios internacionais traz consequências nas dinâmicas da população portuguesa.

Se observarmos a evolução no curso das últimas décadas, podemos afirmar que, se até ao início dos anos 90, a imigração africana era algo que se associava quase exclusivamente a Cabo Verde, depois dessa data não ficam dúvidas de que ela passa a incluir também a Guiné-Bissau e Angola. Em dez anos, a imigração guineense quadruplicou e a angolana triplicou (Machado, 1997). Observando ainda esta evolução, verificamos uma significativa alteração nos pesos comparativos das respectivas populações imigrantes. Se em 1986 os cabo-verdianos representavam 71,5% dos estrangeiros dos PALOP, em 1996, representavam 51,3%, atenuando-se a hegemonia cabo-verdiana. Em 31 de Dezembro de 1999, 190 896 cidadãos estrangeiros possuíam uma autorização de residência que lhes permitia viver em Portugal, verificando-se uma forte concentração demográfica na Região de Lisboa (os distritos de Lisboa e Setúbal concentravam cerca de dois terços dos estrangeiros documentados)²⁹.

Relativamente aos trabalhadores dos países do Leste Europeu, a sua distribuição pelo território nacional apresenta maior dispersão geográfica que os cidadãos provenientes dos PALOP. Trabalhando essencialmente no sector da construção, são distribuídos pelos «*engajadores*» pelas diversas obras existentes um pouco por todo o país³⁰. Apesar de frequentemente possuírem um grau de instrução elevado, a falta de domínio da língua portuguesa e a dificuldade em serem reconhecidas as suas habilitações académicas e profissionais, remete-os para trabalhos onde não são devidamente aproveitadas as suas qualificações. Só muito recentemente é que o fenómeno da migração laboral da Europa de Leste (romenos, russos, moldávicos, ucranianos...), não só legal, mas também ilegal, está a ter alguma visibilidade. No entanto, considerando as autorizações de permanência concedidas pelo SEF desde Janeiro de 2001 e ao abrigo do Decreto-Lei 4/2001, de 10 de Janeiro, Portugal parece ser um destino final que está a assumir cada vez maior importância para os indivíduos vindos de Leste. Em 1999 residiam legalmente em Portugal, segundo dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras,

29. O relatório do SEF de 1997 (MAI, 1997) indicava que do total de estrangeiros, 65,1% vivem na região de Lisboa e Vale do Tejo, dos quais 55,2% vivem no Distrito de Lisboa. Se considerarmos só a imigração africana, a concentração na região de Lisboa representa cerca de 85% do total da presença africana em Portugal (Machado FL, 1999). Os imigrantes brasileiros, são, na região de Lisboa, menos de metade do total (cerca de 48%) e estão mais fixados na região do Porto do que qualquer outra nacionalidade.

30. No entanto, são também visíveis em actividades ligadas aos sectores agrícola e industrial, executando tarefas para as quais já se torna difícil encontrar mão-de-obra nacional disponível para as executar com tão baixos salários.

2343 cidadãos da Europa do Leste (1,2% do total de estrangeiros em situação regular). Foi entre 1993 e 1995 que surgiram os primeiros indícios de que os cidadãos do Leste da Europa se sentiam atraídos pelas perspectivas de trabalho abertas em Portugal (os Romanos foram os primeiros a chegar). Se considerarmos os pedidos de regularização que receberam uma resposta afirmativa por parte do SEF, mais de metade são de cidadãos de países do Leste Europeu. Podemos concluir que o estatuto legal destas pessoas é mais favorável que o estatuto dos grupos atrás mencionados e têm também um melhor posicionamento social. É importante referir que os cidadãos dos PALOP, os brasileiros e os cidadãos da UE (que representam mais de 80% dos estrangeiros legais no nosso país) beneficiam de diferentes tipos de estatutos especiais, de acordo com o sistema legal português.

Tem de se reconhecer, tal como Esteves refere, que Portugal, enquanto no passado um país predominantemente de emigração, «presentemente, assume uma posição de enorme visibilidade, enquanto um país de imigração» (Esteves, 1991). O passado colonial do nosso país conduziu a um importante movimento migratório nos meados dos anos setenta, quando mais de meio milhão de pessoas chegaram a Portugal provenientes das antigas colónias portuguesas em África. A instabilidade económica e política de países como Angola, Moçambique (principalmente até ao início de década de noventa) ou a Guiné-Bissau, funcionou como um factor repulsivo, empurrando as pessoas para fora do seu país, fortalecendo os fluxos migratórios, nomeadamente para Portugal.

Para além do efeito das antigas relações coloniais na composição das populações que imigraram para Portugal, em que se destacam os cidadãos dos PALOP na sua componente não europeia, um segundo elemento de originalidade do caso português é de carácter geográfico. A posição de Portugal no extremo ocidental da União Europeia, encarando o Oceano Atlântico e não o Mar Mediterrâneo, tem contribuído para a importância do número de estrangeiros oriundos dos países da Europa de Leste e do Norte de África que chegaram ao nosso país.

Ainda hoje, a população estrangeira é representada pelos indivíduos oriundos dos PALOP (mais de metade são cabo-verdianos) que correspondem a aproximadamente 45% dos estrangeiros legais a residir em Portugal. Se aos três maiores grupos de cidadãos dos PALOP (cabo-verdianos, angolanos e guineenses), adicionarmos os brasileiros, alcançamos um valor superior a 50% de cidadãos estrangeiros, valor que mostra outro elemento original do contexto migratório português: uma reduzida diversidade em termos de nacionalidades, quando comparado com outros países da Europa do Sul. Para além dos cidadãos dos PALOP e dos brasi-

leiros, os concidadãos da UE constituem o terceiro maior grupo entre a população estrangeira com autorização de residência em Portugal, bem como os provenientes do Centro e Leste europeu.

Temos, forçosamente, que fazer uma distinção entre os imigrantes legalizados e os imigrantes clandestinos. Quanto aos primeiros, em 1980 o seu número era apenas de 50 750. Dez anos depois já contabilizavam 107 767, em 1995 atingiam os 168 216 e no ano de 1999, os 191 143. Estimativas oficiais referentes a 2001 apontavam para um total de 348 901. Quanto aos segundos, o último período de legalização ocorreu em 20 de Novembro de 2001, quando, de acordo com o governo, teria sido atingido o número de imigrantes necessários para o mercado português. De acordo com a lei, todos os imigrantes que entrassem posteriormente seriam considerados ilegais, não lhes sendo passada qualquer autorização de residência. A verdade é que o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) acabou por conceder, só nos três primeiros meses de 2002, um total de 48 418 novas autorizações de permanência, quase o dobro dos 27 mil postos de trabalho previstos em 30 de Novembro do ano anterior. A concessão destas novas licenças, feita ao abrigo da Lei 4/2001, é justificada com a existência de um contrato de trabalho válido. Entretanto, a situação de imigrantes ilegais no Algarve tornou-se nos últimos tempos problemática. Estimava-se em Abril de 2002 que viviam em Portugal cerca de 200 mil imigrantes clandestinos, embora ninguém conheça os números reais.

Calcula-se que o número de imigrantes ilegais seja superior a 300 mil, na sua maior parte cidadãos da Moldávia, Ucrânia, Rússia e Roménia, mas também de países de expressão oficial portuguesa. A população estrangeira com estatuto legal de residência em Portugal, a 31 de Dezembro de 2003, contabilizava 250 697 indivíduos, segundo o SEF³¹ e em 2004 um total de 265 361 indivíduos³².

Em termos de dados estatísticos oficiais em Portugal, as fontes estatísticas são escassas, dispersas e divergentes. População imigrante e população estrangeira residente em Portugal não se sobrepõem. A população imigrante integra a maioria dos estrangeiros residentes e ainda os detentores da nacionalidade portuguesa originários de outros países. A identidade de estrangeiro e a situação jurídica de estrangeiro podem não coincidir. E também, como já vimos, o número de imigrantes em situação irregular, é bastante significativo. Os dados do Censo de 91 (e agora os de 2001) e a comparação com os números do SEF para as mesmas épocas,

31. SEF, *Relatório Estatístico 2003*.

32. SEF, Dados provisórios de 2004.

revelam uma discrepância difícil de explicar³³. Com efeito, os dados estatísticos sobre estrangeiros utilizados em Portugal advêm dos relatórios estatísticos do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e dos recenseamentos da população, por parte do Instituto Nacional de Estatística. Os dados, publicados pelo INE em Março de 2001 e pelo SEF em Dezembro de 2001 divergem enquanto ao número total da população residente em Portugal com nacionalidade estrangeira. Por exemplo, o INE apresenta Angola no 1.º lugar, seguindo-se Cabo Verde e em 3.º lugar o Brasil, enquanto para o SEF Cabo Verde ocupa o 1.º lugar, seguindo-se o Brasil e em 3.º lugar Angola. O número de estrangeiros indicado pelo Recenseamento da População não é comparável ao número de imigrantes documentados registados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, não só porque os dados do INE e do SEF se referem a momentos diferentes, 12 de Março e 31 de Dezembro, respectivamente, mas também porque os valores do Recenseamento podem incluir alguns imigrantes em situação irregular. A população estrangeira com residência legalizada em Portugal, no final de 2001, segundo o SEF, cifrava-se em 223 602 indivíduos, e a população com nacionalidade estrangeira recenseada em 12 de Março de 2001, era de 226 715 pessoas (Santos, 2004). Existem em Portugal duas fontes de dados principais sobre estrangeiros, as quais são utilizadas, frequentemente, de forma indistinta nos vários estudos: Recenseamentos da População, da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística (INE), e Relatórios Estatísticos, da responsabilidade do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) (Rosa, Seabra e Santos, 2003). A comparação dos dados globais publicados sobre a população residente com nacionalidade estrangeira em 12 de Março de 2001 (INE) ou sobre os residentes estrangeiros (titulares de autorização ou de cartão de residência) em 31 de Dezembro de 2001 (SEF) exemplifica essas dissonâncias estatísticas. Assim, o número total de estrangeiros é mais elevado para o INE, se bem que essa superioridade não se aplique a todas as nacionalidades (entre as 10 nacionalidades mais representativas, os valores são mais elevados para o SEF no caso de Cabo Verde, Alemanha, Espanha, Guiné-Bissau e Reino Unido); os valores apresentados para as 10 nacionalidades mais importantes também dificilmente coincidem (por exemplo, no caso de França e do Reino Unido parece que houve uma troca dos valores correspondentes); no grupo das 10 nacionalidades mais importantes (que, em ambas as fontes, representam mais de 70% da população estrangeira), figura para o INE a Venezuela e para o SEF os Estados Unidos da América (Rosa, Seabra e Santos, 2003).

33. Segundo o Centro de Estudos Padre Alves Correia (CEPAC) e o estudo do Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (IED), estima-se que a população estrangeira é 2,5 vezes superior aos dados oficiais. O IED estimou que se devem acrescentar aos dados cerca de 40% para calcular o valor real do número de imigrantes.

2. A IMPORTÂNCIA DEMOGRÁFICA DAS COMUNIDADES IMIGRANTES NA REGIÃO URBANA DE LISBOA

Segundo o Recenseamento de 1991, residiam em Portugal 106 571 estrangeiros recenseados, dos quais 49 713 na região de Lisboa e Vale do Tejo³⁴. Entre os últimos, 28 357 (57%) eram provenientes de África. 62,7% do total de estrangeiros que residiam na região de Lisboa e Vale do Tejo³⁵ vieram da CPLP. As Estatísticas Demográficas indicam para o mesmo ano, somente para a cidade de Lisboa, o número de 58 925 estrangeiros com a residência legalizada.

No que se refere ao ano de 2001³⁶, residiam em Portugal (Continente e Ilhas) 226 715 estrangeiros com a residência legalizada, dos quais 125 446 vivendo na área da Grande Lisboa, e mais especificamente, 99 304 no concelho de Lisboa. Em Portugal (continente e ilhas), em 2001, foi feito o levantamento estatístico de 33 145 indivíduos residentes com nacionalidade cabo-verdiana (32 907, no Continente). O total de estrangeiros residentes em Portugal, segundo o INE³⁷ em 12.03.01 e o SEF³⁸ em 31.12.01

34. INE, *Censos 1991. Portugal. Resultados definitivos*, INE, Lisboa, 1993.

35. De acordo com a resolução do Conselho de Ministros, a delimitação das NUTS II Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo, tal como as NUTS III Grande Lisboa e, Oeste e Pinhal Litoral foram alteradas, mesmo em relação à delimitação que tinham quando foram publicados os resultados preliminares e provisórios dos Censos 2001. Assim, face à importância presente e futura destes resultados e do seu novo enquadramento geográfico-administrativo, foi decidido organizar as publicações dos resultados definitivos dos Censos 2001, de acordo com as novas NUTS e com a geografia da unidade administrativa de base (freguesia) à data do momento censitário. As NUTS utilizadas na presente publicação, tanto nos quadros de apuramento como na comparação com os dados dos Censos 91, são as correspondentes à geografia das respectivas freguesias existentes em 2001, o que implicou o reapuramento dos dados anteriores de acordo com a geografia de 2001. Foi publicado o Decreto Lei n.º 244/2002, no Diário da República n.º 255, I.ª Série A, de 5 de Novembro de 2002, que estabelece alterações às actuais NUTS.

36. As NUTS são Regiões Estatísticas. Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos. A nomenclatura para os censos de 2001 mudou um pouco. Em 1991 a Região chamava-se Região de Lisboa e Vale do Tejo e incluí as NUTS III Oeste, Médio Tejo, Lezíria do Tejo, Grande Lisboa e Península de Setúbal. Agora chama-se Região de Lisboa e só incluí a NUT III Grande Lisboa e Península de Setúbal. O concelho de Mafra que fazia parte da região Oeste passou para a Grande Lisboa. Para ver as várias regiões nos censos de 2001: Oeste e Médio Tejo: Região Centro, Lezíria do Tejo: Alentejo, Grande Lisboa e Península de Setúbal: Lisboa.

37. Entende-se por estrangeiro a situação de o indivíduo não possuir a nacionalidade do país de referência pelo que, este total agrega os indivíduos que o INE designa de estrangeiros (226 715), os indivíduos com mais de uma nacionalidade sem que nenhuma seja a portuguesa (4905) e os apátridas (1075).

38. Nestes totais apenas se incluem os estrangeiros titulares de autorização de residência e de cartão de residência. Ficam, assim, de fora os cidadãos estrangeiros em Portugal portadores de vistos (trabalho, estada temporária e estudo) e os estrangeiros portadores de uma autorização de permanência.

era de 232 695 e 223 602, respectivamente. E o total com nacionalidade cabo-verdiana era de 33 145 para o INE e 49 930, para o SEF (Rosa, Seabra e Santos, 2003)³⁹. Estas diferenças comprovam que não é indiferente, para efeitos de análise, a base de dados que se utiliza, pois o carácter (finalidade) diverso dos apuramentos permite compreender, em larga medida, as divergências estatísticas notadas.

Nesse ano, na área da Grande Lisboa, 19 899 eram da Europa (12 287 da UE e 7612 do resto da Europa), 27 657 de Angola, 28 654 de Cabo Verde, 13 466 da Guiné-Bissau, 2745 de Moçambique e 7783 de São Tomé e Príncipe. Provenientes da América, residiam nessa área 18 988 cidadãos, dos quais 16 657, para além de 4285 que vieram da Ásia (89 são de Timor-Leste). Em Lisboa, concelho, eram residentes 21 990 indivíduos de Cabo Verde, 21 753 de Angola, 11 563 da Guiné-Bissau, 2155 de Moçambique, 5511 de São Tomé e Príncipe. Do Brasil foram registados 12 215 e de Timor-Leste 75 indivíduos dessa nacionalidade.

No concelho de Lisboa, estavam concentrados 29% dos estrangeiros residentes na área da Grande Lisboa. Para além disso, encontramos Europeus residindo no Concelho de Cascais e Africanos nos concelhos de Loures e Oeiras.

No distrito de Lisboa, existia já, em finais da década de noventa, uma percentagem de 4,6% de estrangeiros sobre o total da população residente, dos quais 2,5% eram africanos, 0,9% europeus da União Europeia e 1,2% de outras nacionalidades⁴⁰. A inexistência de dados desagregados a nível concelhio, por parte do SEF e do INE, não possibilita uma quantificação de forma mais rigorosa.

Observando a composição sexual e etária da população estrangeira, verifica-se que os imigrantes apresentam uma relação de feminilidade muito baixa; por exemplo, para cada 100 homens africanos dos PALOP há só 61 mulheres. Apresentam também uma estrutura etária muito jovem e uma dimensão média da família mais elevada em comparação com a população portuguesa (Machado, 1999)⁴¹.

39. Fontes: XIV.º Recenseamento Geral da População, INE e Relatório Estatístico (2001), SEF.

40. Dados para 1996 in Machado, F. L. Imigrantes e estrutura social. *Sociologia – Problemas e Práticas* 1999; 29: 51-76.

41. Em média 3,7 para os africanos contra 3,1 para a população portuguesa.

3. A IMIGRAÇÃO CABO-VERDIANA EM PORTUGAL

Segundo Rocha-Trindade (1995), e como já verificámos, os imigrantes cabo-verdianos ocupavam uma posição de supremacia numérica sobre os restantes, embora o seu peso relativo tenha vindo a diminuir.

A comunidade cabo-verdiana constitui-se um grupo social minoritário com uma identidade sociocultural própria e distinta. Trata-se de um grupo com um conjunto de atributos específicos e socialmente relevantes ou com uma cultura (ou culturas) presente(s) na sociedade em que se insere e ainda de um grupo social com uma posição dominada na relação social quotidiana que estabelece com a maioria (Rodrigues, 1989).

Sendo a imigração cabo-verdiana tendencialmente laboral, ela não é homogénea, envolvendo grupos diferentes, enquadrados em movimentos populacionais diferentes. Predominam, em Portugal, indivíduos com idade activa, enquadrados em núcleos familiares quando passam a adquirir um carácter permanente.

Nos pontos seguintes, passamos a fazer a caracterização sociográfica da população alvo do nosso estudo – a comunidade cabo-verdiana imigrante em Portugal – em que nos debruçamos, entre outros aspectos, sobre a sua estrutura demográfica, educacional e profissional.

3.1. Sexo, estrutura etária e estado civil

Quadro 1 – População residente em Portugal, nascida no estrangeiro, segundo o grupo etário e sexo, com nacionalidade e com naturalidade cabo-verdiana, Censos 2001, INE

Idades	Nacionalidade	Homens	Mulheres	Naturalidade	Homens	Mulheres
0-4	937	473	464	396	192	204
05-09	1312	661	651	891	429	462
10-14	2070	957	1113	1690	765	925
15-19	2444	1136	1308	2174	998	1176
20-24	2887	1355	1532	3291	1572	1719
25-29	3409	1643	1766	4095	1969	2126
30-34	4159	2155	2004	4914	2542	2372
35-39	4117	2244	1873	5252	2758	2494
40-44	3861	2190	1671	5897	3243	2654
45-49	3226	1822	1404	5820	3241	2579
50-54	1256	689	567	2708	1426	1282
55-59	914	505	409	2172	1181	991
60-64	958	523	435	2013	1061	952
65-69	658	326	332	1503	730	773
70-74	436	168	268	1003	431	572
75-79	233	78	155	535	209	326
80-84	162	48	114	349	121	228
85 ou +	106	24	82	261	69	192
Total	33 145	16 994	16 151	44 964	22 937	22 027

A caracterização da população alvo tem como base os dados estatísticos provenientes do recenseamento de 2001 (Censos 2001), as Estatísticas Demográficas de 2004 do INE e dados fornecidos pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (dados do Relatório de 2003)⁴². Em 1991, os dados do

42. Chamamos a atenção para a disparidade dos dados. Há um desencontro entre os números das diferentes fontes devido à contagem dos legalizados e dos clandestinos.

censos davam conta de um total de 15 714 residentes com nacionalidade cabo-verdiana e em 2001 contabilizou um total de 33 145⁴³.

Ainda segundo o INE e os dados do censo de 2001, residiam na zona da Grande Lisboa 29 082 indivíduos, dos quais 14 362 são homens de «nacionalidade» cabo-verdiana e 21 990 indivíduos com «nacionalidade cabo-verdiana», dentro dos quais existem 10 961 indivíduos do sexo masculino. Na cidade de Lisboa propriamente dita residem, segundo o recenseamento de 2001, um total de 38 759 indivíduos de nacionalidade cabo-verdiana e 28 654 indivíduos de nacionalidade cabo-verdiana.

Segundo as Estatísticas Demográficas de 2004, a população estrangeira com estatuto legal residente, de nacionalidade cabo-verdiana em Portugal, em 31.12.2003 era de um total de 53 454 indivíduos, 30 097 homens e 23 357 mulheres (dados definitivos), e em 31.12.2004, era de 55 590 indivíduos, dos quais 31 096 eram homens e 24 494 mulheres (dados provisórios). Para o Distrito de Lisboa foi registado um total de 36 971 indivíduos de nacionalidade cabo-verdiana em 31.12.2004⁴⁴.

Nota-se uma enorme discrepância entre os dados do Censo 2001 e das Estatísticas Demográficas de 2004.

43. Fontes: XIV.º e XV.º Recenseamento Geral da População, INE.

44. A fonte utilizada para as estatísticas demográficas foram os dados fornecidos pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF, Ministério da Administração Interna.

Quadro 2 – População estrangeira com estatuto legal de residente, por nacionalidade (cabo-verdiana) e sexo, segundo o grupo etário – Estatísticas Demográficas de 2004, INE

Idades	Total	Homens	Mulheres
0-4	2727	1424	1303
5-9	2540	1403	1137
10-14	3764	1913	1851
15-19	4358	2247	2111
20-24	4745	2445	2300
25-29	5729	3060	2669
30-34	6851	3922	2929
35-39	6652	3983	2669
40-44	6054	3732	2322
45-49	4923	3037	1886
50-54	1916	1162	754
55-59	1369	832	537
60-64	1477	863	614
65 e +	2485	1073	1412
Total	55 590	31 096	24 494

Os dados do SEF relativos a 30.11.2003 para a população estrangeira residente em Portugal, por nacionalidade, segundo o sexo, revelam para os cabo-verdianos um total de 51 950 indivíduos, dos quais 29 550 são homens e 22 400 mulheres. Destes, 34 970 residiam no distrito de Lisboa.

Conforme se pode constatar, existe uma concentração de indivíduos na região de Lisboa, chegando a representar 90% do total de imigrantes em algumas nacionalidades, sendo os concelhos de Amadora, Lisboa, Oeiras e Loures os mais populosos (Gomes, 1999).

A estrutura etária, segundo Saint-Maurice (1997) caracteriza-se por um elevado número de indivíduos activos, sobretudo adultos jovens do sexo masculino entre os 20 e os 59 anos (73.5%); 12,5% têm menos de 14 anos e 5% mais de 60 anos. Encontramos uma percentagem mais elevada de

idosos (mais de 60 anos) entre os naturais do que entre os nacionais de Cabo Verde. Outros dados confirmam que três quartos (75%) dos indivíduos têm menos de 40 anos, entre estes, cerca de metade com idades entre os 15 e os 39 anos (Gomes, 1999).

No que se refere à composição por sexo, verifica-se uma repartição equilibrada dos sexos: 51,2% de homens e 48,8% de mulheres (Gomes, 1999), com uma percentagem de mulheres mais elevada do que o que foi encontrado no índice de feminilidade para a globalidade da população imigrante, o que confirma o processo de reagrupamento familiar.

A maioria dos imigrantes cabo-verdianos é oficialmente solteira (57,3%), seguida pelos indivíduos ligados por laços de casamento (28%) ou união de facto (10,4%) (Gomes, 1999). O trabalho de França indicava em 1992, 53,9% de casados contra 42,6% de solteiros (França, 1992).

A predominância do estado civil de solteiro está em grande parte associada à juventude desta população e também ao facto de muitos indivíduos que vivem em união de facto se declararem solteiros.

Existe um elevado número de indivíduos com filhos, o que é um indicador de uma migração de carácter familiar e permanente. 70% das mulheres com mais de 14 anos têm pelo menos um filho, 36% têm 3 ou 4 filhos e mais de 15% têm 5 ou mais filhos (Gomes, 1999).

A dimensão média dos agregados familiares era de 3,7 indivíduos. As razões apontadas para esta dimensão elevada têm a ver com o elevado índice de fecundidade, a maior dificuldade em constituir agregados independentes para os jovens e o apoio dado à família alargada no âmbito das redes migratórias (Gomes, 1999).

A família é o centro da estrutura social, quer a família unida por laços de sangue, quer a família mais alargada, existindo uma grande concentração, nos bairros, de parentes e de amigos. Os hábitos culturais, tal como na sua terra natal, são orientados para o exterior das casas (cultura rural, tarefas domésticas, sociabilidade local) (França, 1992). O conceito alargado de família e as características de alojamento e vizinhança reflectem as formas de sociabilidade e de solidariedade entre os membros da comunidade. Estas podem passar pela ajuda na construção das casas, no apoio financeiro, assistência prestada em alturas de doença ou desgraça, partilha no luto e em momentos de convívio e festividades que não existe sem música, dança e bebida.

3.2. Características socioeconómicas

Ao nível da inserção no mercado de trabalho distinguimos dois grandes grupos: o primeiro, (mais escolarizado, com mais idade) com um estatuto socioeconómico mais elevado, trabalha no sector dos serviços e quadros técnicos; o segundo, maioritário, inserido em actividades desqualificadas, principalmente no sector da construção civil e comércio, mas com uma elevada taxa de actividade. O grupo maioritário possui um baixo nível de qualificação profissional e, para além das actividades já mencionadas, trabalha também nas indústrias transformadoras, transportes e comunicações (homens) e nos serviços domésticos e de saneamento e limpeza (mulheres). A população cabo-verdiana residente em Portugal está fortemente dependente do mercado de trabalho e do assalariamento. A situação face ao mercado de trabalho é de uma enorme vulnerabilidade e precarização, associada à fraca preparação escolar e desqualificação profissional, resultando na maioria dos casos em baixos rendimentos (Saint-Maurice, 1997).

3.3. Escolaridade

O perfil escolar caracteriza-se pelas baixas qualificações literárias por parte da generalidade dos cabo-verdianos, existindo, no entanto, 5,2% de indivíduos com curso médio ou superior (Saint-Maurice, 1997) (equivalente à categoria socioprofissional superior). A mão-de-obra desqualificada está associada a este baixo nível de escolaridade da maioria da população cabo-verdiana.

É significativo que, tal como foi demonstrado por Sardinha no seu trabalho de Mestrado, quanto menor é o grau de escolaridade, maior é a proximidade do indivíduo com o seu grupo étnico. Em oposição, uma maior escolaridade aumenta o grau de integração dos indivíduos na sociedade anfitriã (Sardinha, 2001).

3.4. Nacionalidade e naturalidade

Cerca de 50% dos indivíduos nascidos em Cabo Verde têm a nacionalidade portuguesa e os restantes mantiveram a nacionalidade cabo-verdiana. A questão da distinção entre a nacionalidade e a naturalidade é importante pois revela, entre outras dimensões, uma diversidade dos percursos migratórios e tempos de enraizamento diferentes em Portugal (França, 1992).

Ter nacionalidade portuguesa ou cabo-verdiana separa duas maneiras de estar na sociedade receptora. A tendência é para que a nacionalidade cabo-verdiana apareça mais fortemente ligada a práticas culturais tipicamente cabo-verdianas, que foram transplantadas para Portugal. Os cabo-verdianos com nacionalidade portuguesa apontam para comportamentos mais diferenciados em termos de cultura de origem.

Alguns investigadores, ao estudarem as comunidades cabo-verdianas em Portugal, tentaram caracterizá-las, por meio de tipologias, quer agregando as comunidades em termos de nacionalidade ou naturalidade, quer utilizando outro tipo de indicadores, tais como, tempo de estadia, origem, idade e categorias socioprofissionais.

Os estudos realizados por Luís de França (1992) e Gomes (1999) indicam que se podem encontrar em Portugal três grandes grupos diferenciados quanto à nacionalidade e naturalidade, nomeadamente, os cidadãos naturais de Cabo Verde com nacionalidade cabo-verdiana, os cidadãos naturais de Cabo Verde com nacionalidade portuguesa e os cidadãos naturais de Cabo Verde com outra nacionalidade. Além disso, ainda podem ser contabilizados os filhos destes grupos. Em 1981 tínhamos 18 557 nacionais e 9148 naturais de Cabo Verde. Em 2001, estes números aumentaram, conforme podemos verificar no quadro anterior, para 33 145 nacionais de Cabo Verde e 44 964 naturais de Cabo Verde (INE, censos 2001).

Tal como os autores atrás referidos, Ana Saint-Maurice (1997) procura fazer uma tipologia desta população começando por distinguir três grupos correspondentes a três gerações diferentes de imigrantes, com inserções sociais diferenciadas dependentemente da época em que chegaram a Portugal, respectivamente:

- 1) Na década de 60: indivíduos com habilitação superior, que integram os quadros técnicos e coexistem com os operários qualificados.
- 2) Entre 74 e 79: uma grande parte da «elite», grupo que, segundo Saint-Maurice, vai integrar o sector dos serviços.
- 3) A partir de 80: uma grande parte da chamada «migração económica» que integra as camadas menos qualificadas em termos de educação, emprego e habitação. Tem um elevado número de cabo-verdianos solteiros em idade activa, bastantes estudantes a frequentar cursos superiores e operários indiferenciados da construção civil.

Ana Saint-Maurice explora também os conceitos de nacionalidade e naturalidade e propõe uma tipologia desta população acrescentando uma caracterização bem completa para cada um destes grupos:

- 1) Naturais de Cabo Verde com nacionalidade cabo-verdiana: um grupo que representa cerca de 66% do total de cabo-verdianos em Portugal que em 1981 (Censos 81) têm idades entre 20 e 29 anos. Este grupo predominante representa uma camada de população activa sobre representada por operários indiferenciados, em que a taxa de analfabetismo atinge os 32%.
- 2) Naturais de Cabo Verde com nacionalidade portuguesa, representando cerca de 33% do total e com idades entre os 29 e os 49 anos em 1981 (Censos 81). Este grupo, mais reduzido, pertence a estratos socioprofissionais mais elevados e mais diferenciados, com um nível superior de escolaridade (12,5% com o curso médio ou superior). Podemos visualizar neste grupo contornos de uma possível atribuição do estatuto de «elite».
- 3) Naturais de Portugal com nacionalidade cabo-verdiana, os quais são muito pouco representativos (1%) e que pertencem à chamada terceira geração (jovens e crianças, filhos de imigrantes nascidos em Portugal). O perfil escolar e socioprofissional é semelhante ao do primeiro grupo, no caso daqueles que já trabalham.

Pelo cruzamento dos diferentes tempos e das diferentes origens, Saint-Maurice, seguidamente, cria uma nova tipologia, agregando em cinco grupos a população cabo-verdiana em Portugal:

- 1) Cabo-Verdianos vindos directamente de Cabo Verde antes de 74;
- 2) Cabo-Verdianos vindos de São Tomé;
- 3) Cabo-Verdianos vindos de outras ex-colónias entre 74 e 79 (muitos retornados);
- 4) Cabo-Verdianos vindos directamente de Cabo Verde após 74;
- 5) Cabo-Verdianos vindos de outros países.

A partir daqui podemos distinguir dois tipos de migração cabo-verdiana: laboral (grupos 1, 2 e 5) e política/guerra (grupo 3). O grupo 4 apresenta um perfil misto: as causas de migração são sobretudo de ordem política entre 74-79, enquanto as da década de 80 são laborais. A migração eminentemente laboral caracteriza-se por indivíduos com baixos níveis de escolaridade, trabalhadores indiferenciados, com uma elevada taxa de actividade.

A migração política ou de guerra caracteriza-se por uma migração com um nível de escolaridade médio ou alto, considerada uma migração de elite.

3.5. Habitação e alojamento

No estudo efectuado pelo CEPAC sobre as comunidades de imigrantes de origem africana, são descritas as zonas de maior concentração da população cabo-verdiana, bem como as suas condições de habitação (Cachada, 1995).

Podemos distinguir dois tipos de áreas de residência: as maiores concentrações em bairros conhecidos por «aldeias cabo-verdianas» nos concelhos do distrito de Lisboa (distritos de Amadora, Oeiras, Sintra, Lisboa, Loures, Odivelas e Cascais, [sendo os dois primeiros os mais significativos] e os residentes «isolados» dispersos e diluídos em bairros de prédios ou moradias (Gomes, 1999). No processo de migração, membros da mesma aldeia, grupos extensos (ou com a mesma língua), tendem a residir o mais próximo possível, ou, pelo menos, a interagir em caso de dispersão, sendo reconhecidos pelos restantes habitantes do bairro como um grupo particular, possuidor de uma cultura de origem comum e categorizados em estereótipos baseados nos seus traços culturais comuns, como por vezes acontece com as comunidades cabo-verdianas emigradas (Filho, 2003).

A maioria dos cabo-verdianos residentes em Portugal vive «concentrada» em barracas ou casas abarracadas. No entanto, apesar do regime «clandestino» de construção das habitações, os residentes são «proprietários». Grande parte do alojamento em que vivem situa-se em terrenos de ocupação ilegal, em habitações precárias, muitas feitas com materiais de desperdício, sem as infra-estruturas básicas, com uma elevada densidade de ocupação nas casas e nos bairros. Por outro lado, o grupo minoritário de cabo-verdianos de estatuto «médio ou alto» vive disperso, em andares ou moradias «isoladas», arrendadas ou particulares, não se verificando, neste caso, nenhuma zona especial de concentração.

3.6. Ilhas de origem

Em termos quantitativos, os dados estatísticos existentes para 1997 dão conta de que a maioria dos cabo-verdianos em Portugal são originários da ilha de Santiago (63,8%), seguida pelos de São Vicente (10,9%), Santo Antão (6,9%), Fogo (6,7%), São Nicolau (5,2%) (França, 1992). No trabalho

de Saint-Maurice também se refere que a ilha de Santiago continua a fornecer os maiores contingentes de emigrantes, seguida de São Vicente e Santo Antão (Saint-Maurice, 1997). Segundo V.N. Monteiro (1995), 55% dos cabo-verdianos que se encontram em Portugal são naturais de Santiago, 21% de São Vicente, 9% de Santo Antão e os restantes das outras ilhas.

3.7. A identidade e a ligação a Cabo Verde

Luís de França (1992) afirma que «para os Cabo-Verdianos a identidade nacional prende-se com características culturais específicas: a língua (crioulo), o vestuário, a alimentação, a música, certos comportamentos (por exemplo, falar alto) e a raiz africana. Segundo Gomes (1999), a identidade define-se quando existe a percepção da diferença. Os factores de identidade são entre outros, a nacionalidade, a língua (como factor de coesão), a ligação a Cabo Verde (relacionada com modos de participação cívica, política, participação em associações culturais e recreativas, participação em actividades da comunidade), contactos com Cabo Verde (leitura de jornais, programas de televisão, deslocações à terra natal e algumas práticas culturais específicas (língua, literatura, música, dança, prática de alguns rituais, comida cabo-verdiana).

Consideramos que a comunidade cabo-verdiana residente em Portugal pode constituir um grupo com características étnicas próprias, mas também que, no seu interior, existem divergências de ordem socioeconómica. De acordo com S. Maurice (1997), se adoptarmos a postura de Gordon, o grupo étnico resulta de uma relação específica que se estabelece entre estrutura social e cultura. Gordon propõe um conceito que resulta da intersecção dos conceitos de grupo étnico e classe social: a «*ethclass*» que envolve três variáveis: a identidade do grupo, a participação social e o comportamento cultural. Pessoas do mesmo grupo étnico, mas de classes sociais diferentes, partilham do sentimento de «nós»⁴⁵, ou seja, de pertença a uma comunidade de referências culturais específicas, mas não dos mesmos comportamentos, das mesmas práticas. O contrário também é verdade, ou seja, pessoas da mesma classe social, mas de grupos étnicos diferentes, partilham de semelhanças de comportamento, mas não do sentido de «nós».

Para a autora (1997), outro contributo importante é o de Weber, com a noção de grupos de condição social. Assim, os grupos de condição social implicam estilos de vida comuns em que o factor económico determina as

45. Tradução daquilo a que Gordon chama «peoplehood».

práticas quotidianas, mas em que a dimensão cultural tem especial relevo na determinação do quadro de referências simbólicas dos indivíduos. Na mesma obra refere-se ainda Rex que afirma que «à medida que o imigrante avança na escala da posição social, torna-se menos étnico, ao mesmo tempo que consegue melhor emprego e melhores condições de educação e habitação» (1997). A residência e o trabalho são dois aspectos fundamentais no êxito ou no insucesso da inserção de qualquer comunidade no seio de uma sociedade mais vasta e determinantes na definição da inserção social (Costa e Pimenta, 1991).

A ligação a Cabo Verde pode ser concretizada de modos distintos, através de viagens, contactos, notícias, participação em instituições representativas do país de origem (por exemplo, a Embaixada), pertença a grupos ou associações: musicais, desportivas, estudantis. Para além das próprias deslocações a Cabo Verde, a intensidade desta ligação manifesta-se também através de outro tipo de contactos com Cabo Verde, nomeadamente, a frequência de leitura de jornais/revistas do país de origem, da audição de programas de rádio e programas televisivos relacionados com Cabo Verde. A comunidade cabo-verdiana tem vindo a mostrar um forte potencial associativo, porém, segundo Luís de França, existe uma fraca participação social da população cabo-verdiana na sociedade portuguesa.

A comunidade de imigrantes cabo-verdianos transporta a sua cultura própria para o país de acolhimento. Os seus núcleos populacionais majoritários localizam-se essencialmente na periferia de Lisboa, enfrentam dificuldades económicas e são muito discriminados. A maioria tem escolaridade baixa, mas é activa, trabalhando, ainda que quase sempre de forma precária, os homens na construção civil, e as mulheres como empregadas domésticas e mercados. O segmento da comunidade com um estatuto social mais elevado – os quadros – tem maiores facilidades de integração social, decorrentes do meio em que vivem e da sua própria capacidade de inserção. A tendência generalizada da sociedade é para a predominância de uma visão unívoca da comunidade, devido ao facto do primeiro grupo ser o mais numeroso.

Em jeito de síntese, segundo o estudo coordenado por Gomes (1999), os vectores principais que caracterizam a comunidade cabo-verdiana são os seguintes: uma população muito superior àquela que é representada nos dados oficiais; uma população concentrada na Área Metropolitana de Lisboa e em crescente sub-urbanização; uma população jovem com potencial de crescimento demográfico; uma população que mantém estreitos contactos com o país de origem e com as comunidades na diáspora; uma população caracterizada por uma inserção precária no mer-

cado de trabalho; uma população caracterizada pela baixa escolaridade e por percursos escolares problemáticos; uma população que procura Portugal não só como destino de migração mas também como plataforma giratória; uma população envolvida num processo migratório que é potencialmente desestruturador das relações familiares; uma comunidade que desenvolveu um forte potencial associativo.

A designação de «Comunidade Cabo-Verdiana» usada neste estudo, prende-se ao sentido de uma sociedade heterogénea em micro escala, enquanto conjunto relativamente significativo de um grupo mais alargado dentro da sociedade global.

CAPÍTULO III – AS POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE EM PORTUGAL

O fenómeno crescente da imigração, cada vez mais visível na sociedade portuguesa, obrigou o Estado a desenvolver, a partir de meados da década de noventa, políticas de intervenção ao nível da imigração e políticas de direitos e deveres dos imigrantes. Os imigrantes a residir legalmente em Portugal têm direito à saúde e à segurança social, apesar da lei de bases do Serviço Nacional de Saúde (SNS)⁴⁶ continuar a prever, de uma forma constitucionalmente questionável, que o acesso dos estrangeiros (de fora da UE) ao SNS esteja sujeito à reciprocidade. Outra característica desta evolução do fenómeno migratório é o crescente dinamismo por parte dos municípios enquanto interlocutores entre Estado, Associações e restante sociedade civil. O associativismo também só foi formalmente reconhecido no final da década de noventa. O Alto-comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) reconhece as associações e fornece a estas um papel de intermediário no diálogo com o Governo⁴⁷. As associações têm um papel activo junto das comunidades imigrantes e, entre os seus vários domínios de intervenção, também se inscreve a atenção que têm vindo a dar às questões de saúde, nomeadamente à prestação de cuidados. Estas associações surgem como entidades privilegiadas para desenvolver acções de educação para a saúde adequadas às práticas e padrões culturais das comunidades imigrantes.

46. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde.

47. Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 75/2000, de 9 de Maio (publicado no Boletim Informativo do ACIDI de Maio de 2000), diploma que estabelece o processo de reconhecimento e de registo de representatividade e as modalidades de apoio técnico e financeiro do Estado às associações de imigrantes, para que possam melhor proteger os direitos e interesses específicos daqueles, contribuindo para que todos os cidadãos legalmente residentes em Portugal gozem de dignidade e oportunidades idênticas.

1. POLÍTICAS DE IMIGRAÇÃO

Países, como Portugal, Espanha ou a Itália, até ainda há pouco tempo países «exportadores» de mão-de-obra estão pouco habituados à recepção de imigrantes. Não é pois de estranhar que os respectivos Estados não tenham desenvolvido qualquer plano de integração destes cidadãos, até muito recentemente, abandonando-os a todos os tipos de exploração. O Estado português, nos últimos trinta anos, acabou por cometer os mesmos erros de que acusou outros Estados de praticarem em relação à integração dos portugueses em países estrangeiros.

Podem-se considerar como «políticas de imigração» dois tipos de medidas legislativas e regulamentares: primeiramente, as medidas relativas à entrada de estrangeiros no país e, em seguida, as medidas destinadas a promoverem a inserção ou a integração de grupos ou comunidades estrangeiras residentes em Portugal.

Em relação às medidas de integração dos imigrantes na sociedade portuguesa, a situação é no momento actual globalmente positiva. Em termos constitucionais, tem-se lutado para estabelecer o princípio da igualdade, o de não discriminação dos cidadãos e o princípio da equiparação de direitos entre nacionais e estrangeiros. Esses direitos incluem o do acesso à educação, à saúde, à protecção social, aos tribunais, além de todo o conjunto de direitos fundamentais relativos à vida, à família e à segurança pessoal (Rocha-Trindade, 2001). Os imigrantes legalmente residentes em Portugal gozam da generalidade dos direitos, liberdades e garantias pessoais (tais como o direito à vida, integridade e identidade pessoal, liberdade e segurança), de participação política e dos mesmos direitos que os trabalhadores nacionais, assim como dos direitos e deveres económicos, sociais e culturais. Os trabalhadores imigrantes têm direito, sem distinção de nacionalidade, «raça» ou território de origem, à segurança social, à retribuição do trabalho, segundo a quantidade, natureza e qualidade; à organização do trabalho em condições socialmente dignificantes, à prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde; ao repouso e aos lazeres e a um limite máximo da jornada de trabalho, entre outros. Actualmente introduziram-se alterações à lei, para a atribuição do abono de família e subsídio de funeral⁴⁸. A lei que institucionalizou o rendimento mínimo garantido previu que esse direito seja reconhecido aos residentes legais, incluindo os imigrantes, o que significa o reconhecimento da sua cidadania.

48. Alteração do Decreto-Lei n.º 176/2003, que define os requisitos para a atribuição das prestações sociais aos estrangeiros com autorização de permanência válida.

«Todos têm direito à segurança social». Assim, todo e qualquer cidadão que se encontre a trabalhar em Portugal, independentemente da respectiva nacionalidade, encontrar-se-á coberto pela protecção social conferida pelo regime geral de segurança social, na medida sinalagmática do cumprimento da inerente obrigatoriedade de inscrição e contribuição para o sistema, sendo as prestações concedidas ao nível deste subsistema igualmente acessíveis por nacionais e não nacionais, *ceteris paribus*, em perfeita igualdade de circunstâncias. O subsistema de solidariedade abrange os cidadãos nacionais podendo ser tornado extensivo, nas condições estabelecidas na lei, a refugiados, apátridas e estrangeiros com residência em Portugal, sendo a residência legal em território nacional, a par de outras demais condições legalmente fixadas, condição geral de acesso» (Silva, 2005).

Segundo Machado (1993) na década de 90, em Portugal, o tema da legalização dos imigrantes clandestinos constituiu o «grau zero da politização da etnicidade». Nessa altura, o Estado inicia o processo de politização das questões da etnicidade, com o reconhecimento da problemática da imigração, passando a incluí-la na agenda política. Pode-se situar no início dos anos 90, a emergência de princípios de política imigratória em Portugal, consolidando-se a mudança, no sentido de uma abordagem mais ampla e integrada das questões da imigração, apenas no final da década de noventa (Pires, 2003). Até 1995 era inexistente qualquer referência às questões da imigração nos programas de governo, com excepção da Lei n.º 4-A/81, de 6 de Maio. Até 95, o governo centra-se nas questões relacionadas com a União Europeia e a adesão aos acordos de Schengen em 1991 e ainda duas medidas de política activa⁴⁹. Se do ponto de vista da política de entrada de estrangeiros, o quadro foi marcado por algum reforço das restrições formais e pela ideia de combater a imigração irregular, a realização da primeira regularização extraordinária em 1992/93 significou, implicitamente, o reconhecimento da existência de um número significativo de estrangeiros em Portugal e, indirectamente, que muitos destes iriam ficar no país por períodos relativamente longos⁵⁰.

49. A extensão aos imigrantes dos programas de reabilitação urbana (1992) e a regularização extraordinária dos imigrantes em situação ilegal (Lei n.º 17/96).

50. O ano de 1993 pode ser considerado um marco no âmbito da política de imigração em Portugal, pois para além da Regularização Extraordinária foi promulgada uma nova Lei de Entrada, Saída, Permanência e Expulsão de Estrangeiros (Decreto-Lei 59/93, de 3 de Março) e um despacho conjunto dos Secretários de Estado da Segurança Social e do Emprego e Formação Profissional (D.R., II Série, n.º 78, de 2 de Abril de 1993) que referia explicitamente a implementação de medidas visando a plena integração social e profissional dos imigrantes (Rocha-Trindade, 1995: 317).

«Com o Decreto-Lei 212/92 de 12 de Outubro que instituiu o processo extraordinário de regularização de imigrantes clandestinos (200.000 em 1992, segundo Carvalho⁵¹), extensível aos cônjuges e filhos menores de 14 anos, Machado (1992) considerou que o Estado trouxe definitivamente a questão da etnicidade para a esfera política».

Em 1995⁵², todo o quadro da política de imigração foi aprofundado, no sentido de garantir uma maior igualdade de direitos entre nacionais e estrangeiros, prolongando, de modo mais claro, algumas iniciativas implementadas na fase final dos governos anteriores. Por um lado, a criação do Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), em Janeiro de 1996, significou o reconhecimento público da especificidade da problemática das minorias étnicas e dos imigrantes e a existência de algum esforço de coordenação de políticas. Desde que foi criado, este órgão tem procurado estabelecer um diálogo permanente com as associações de imigrantes e outras entidades com intervenção directa ou indirecta, neste domínio (departamentos governamentais, Câmaras Municipais, Organizações Não Governamentais [ONG], para além de apoiar e promover acções conjuntas (formação, desporto, informática...) e de ter uma intervenção ao nível da produção legislativa em matérias de imigração e minorias étnicas⁵³. De resto, foram dados passos importantes nesta matéria, com o objectivo de remover situações de desigualdade, como é o caso da segunda regularização extraordinária (1996), do alargamento do Programa Especial de Realojamento e do Rendimento Mínimo Garantido aos estrangeiros em situação regular, da nova lei sobre o trabalho dos estrangeiros (Lei n.º 20/98, de 12 de Maio, que remove determinadas restrições à contratação de não nacionais e ao exercício de actividades profissionais) e da possibilidade de voto dos não comunitários nas eleições locais desde que estejam garantidas condições de reciprocidade. Por último, a promulgação da nova Lei de Entrada, Saída, Permanência e Expulsão de Estrangeiros (Decreto-Lei 244/98, de 8 de Agosto) manteve estes princípios de igualdade de direitos, explicitando o direito ao reagrupamento familiar e alargando, de certo modo, as possibilidades de legalização de estrangeiros em situação irregular (Baganha, 2002).

Em 2001, a lei é novamente alterada⁵⁴. Para além de mais uma vez se introduzir uma nova redução do tempo de residência requerido para a concessão do título de autorização de residência permanente, para os imigrantes lusófonos, cria-se também o estatuto da «autorização de per-

51. Carvalho, B. F. «Gente sem nome», revista *Sábado*, Outubro, 1992.

52. Com a entrada do Partido Socialista na liderança do governo.

53. ACIME, *Informação n.º 29*, Janeiro de 1999, Lisboa.

54. Decreto-Lei n.º 4/2001, de 10 de Janeiro.

manência» e a associação entre o controlo de fluxos imigratórios e a regulação do mercado de trabalho.

O Decreto-Lei n.º 34/2003 constitui a actual lei de imigração em vigor em Portugal. Trata-se de uma alteração do regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional⁵⁵. Ao lermos as notícias que surgem diariamente na imprensa escrita dos últimos anos sobre os imigrantes e o fenómeno migratório, verifica-se que a palavra de ordem é «contenção». Ou seja, restringir a imigração e travar o fluxo de ilegais. No entanto, o Governo quer apostar mais numa melhor integração dos imigrantes que já estão em Portugal, e os que serão ainda autorizados a entrar, através do estabelecimento de critérios sociais de integração.

Ao nível municipal, a definição de acções direccionadas para os imigrantes e os seus descendentes, é sobretudo visível no contexto da Área Metropolitana de Lisboa, onde se concentra quase dois terços desta população. Os Municípios de Lisboa e da Amadora criaram, em 1993 e 1995, respectivamente, Conselhos Municipais para os imigrantes e os grupos étnicos que integram representantes das principais associações e reúnem periodicamente com o objectivo de se pronunciarem sobre acções de política municipal que incidam, directa ou indirectamente, sobre esta população. Embora apenas nestes dois casos o reconhecimento das associações de imigrantes enquanto parceiros políticos seja explícita, ela também se verifica noutros municípios (Loures com a criação de um Gabinete para os assuntos religiosos e sociais específicos, Oeiras, Cascais, Moita, Setúbal) que, cada vez mais, as reconhecem como interlocutoras em processos como o recenseamento eleitoral dos estrangeiros para as eleições locais, na aplicação do Programa Especial de Realojamento (PER) ou na implementação de acções de formação profissional e de apoio educativo. A implementação do PER, destinado a toda a população alvo residente nos bairros de barracas, acaba por ser muitas vezes destacada como medida de apoio à promoção social das minorias, uma vez que estas estão sobre representadas nestes locais. Adicionalmente, medidas no domínio da formação profissional ou do combate ao insucesso escolar, frequentemente promovidas por ONGs com o apoio das câmaras municipais, acabam por ter uma incidência mais significativa sobre os imigrantes e os seus descendentes, na medida em que estes se encontram em posições de desvantagem social. De resto, a assunção da diversidade cultural das populações acaba por dar origem, por um lado, ao reconhecimento de que algumas medidas de carácter geral não podem ser aplicadas directamente aos grupos não nacionais e, por outro, à admissão do facto desta diversidade constituir uma mais-valia que

55. Decreto-Lei n.º 34/2003.

pode ser utilizada como factor de valorização dos municípios, contribuindo para a reconstrução dos laços colectivos num quadro multiétnico.

O espaço, por excelência, das comunidades culturais é o das associações de imigrantes que constituem a «expressão das suas expressões» culturais e comunitárias. Para além disso, as associações representam o espaço de uma comunidade cultural ou étnica, constituindo o lugar de mediação entre o estado e o indivíduo. O carácter recente da imigração explica que apenas em 1999 tenha sido aprovado em Portugal, pela Assembleia da República, o Regime Jurídico das Associações de Imigrantes existentes desde a década de setenta (Albuquerque, Ferreira e Viegas, 2001). A Lei n.º 115/99, de 3 de Agosto, estabeleceu o regime jurídico das associações representativas dos imigrantes e seus descendentes, prevendo o reconhecimento da sua representatividade, bem como o direito ao apoio técnico e financeiro do Estado para o desenvolvimento das suas actividades e ainda o direito a beneficiar de tempo de antena nos serviços públicos de rádio e televisão⁵⁶.

Podemos distinguir três grandes fases no movimento associativo de origem imigrante em Portugal. Uma primeira fase de intervenção de emergência inicia-se nos anos setenta e marca toda a década de oitenta. Caracteriza-se pela criação de associações informais na área Metropolitana de Lisboa que servem, sobretudo, para acolher os recém-chegados, com o objectivo de facilitar a instalação dos conterrâneos. Segue-se uma segunda fase, de impulso da intervenção das associações, como agentes da integração socioeconómica dos imigrantes, que marcou a primeira metade da década de noventa, assistindo-se a um aumento do número de associações⁵⁷ que representam agora um vasto leque de nacionalidades. É nesta fase que as associações iniciam a sua intervenção política em torno da reivindicação de direitos de cidadania dos imigrantes, os quais só seriam atingidos com uma efectiva política de integração.

As associações têm centrado a sua atenção em alguns domínios de intervenção, tais como as acções de formação informal e formação profissional, prestação de cuidados de saúde, melhoramento das condições dos bairros, promoção de desportos, organização de actividades culturais e interven-

56. Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 75/2000, de 9 de Maio (publicado no Boletim Informativo do ACIME de Maio de 2000), diploma que estabelece o processo de reconhecimento e de registo de representatividade e as modalidades de apoio técnico e financeiro do Estado às associações de imigrantes, para que possam melhor proteger os direitos e interesses específicos daqueles, contribuindo para que todos os cidadãos legalmente residentes em Portugal gozem de dignidade e oportunidades idênticas.

57. De uma associação entre 1979 e 1980 – Casa de Cabo Verde – passou-se para 10 em 1990 e para 78 em 1996, só a nível de associações ligadas à comunidade cabo-verdiana.

ções no domínio político-legal, através de acções para a comunidade, informando sobre os direitos e deveres dos imigrantes, bem como acções dirigidas à sociedade e ao Estado, defendendo e representando os interesses dessas mesmas comunidades. Hoje, as associações de imigrantes integram o cenário político e social, como parceiros do poder político a nível nacional e local. É importante salientar que existem dois tipos de associações, as de imigrantes e as que apoiam as comunidades de migrantes.

As associações têm um papel activo junto das comunidades imigrantes e entre os vários domínios de intervenção também se inscreve a atenção que têm vindo a dar às questões de saúde, nomeadamente à prestação de cuidados. Estas associações surgem como entidades privilegiadas para desenvolver acções de Educação para a Saúde adequadas às práticas e padrões culturais das comunidades imigrantes, assegurando a manutenção de uma identidade cultural. O facto de não se apoiar os imigrantes que têm doenças de carácter infecto-contagioso põe em risco a saúde de todos. São milhares os imigrantes que não têm qualquer assistência em matéria de saúde, particularmente os imigrantes ilegais. A saúde dos imigrantes deve passar a ser parte integrante de toda a actividade desenvolvida quer pelo Estado quer pela sociedade civil no domínio das migrações e das políticas nacionais.

Têm-se estabelecido vários protocolos importantes, quer ao nível da cooperação com as estruturas do poder nacional, quer ao nível de parcerias interinstitucionais que envolvem organismos de âmbito regional. Destacamos aqui os protocolos no domínio da educação para a saúde e prestação de cuidados de saúde celebrados entre a Associação para a Informação e Defesa da Saúde dos Africanos Imigrados em Portugal (Sanitae) com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (celebrado em Junho de 1998) e com a Sub-Região de Saúde de Lisboa (celebrado em Setembro de 1998). «A partir do conhecimento e proximidade que a SANITAE tem com as comunidades africanas, as entidades oficiais procuraram melhorar a sua intervenção na prestação de cuidados de saúde a essa população, tendo em conta que estas comunidades constituem um alvo fácil para graves doenças infecto-contagiosas, uma vez que, na sua generalidade, vivem em meios habitacionais com más condições de habitação e ausência de saneamento básico, tendo dificuldades de acesso ou desconhecendo os serviços do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A SANITAE surge como uma entidade privilegiada para desenvolver acções de educação para a saúde adequadas às práticas e padrões culturais das comunidades, factor essencial para o seu sucesso» (Albuquerque, Ferreira e Viegas, 2001). A Associação para a Informação e Defesa da Saúde dos Africanos – SANITAE, ameaçou queixar-se à União

Europeia pela falta de apoio das autoridades portuguesas aos doentes africanos ilegais, a qual põe em risco a saúde pública»⁵⁸.

Ao abrigo do protocolo assinado em Junho de 1998, a SANITAE fez o levantamento, na área metropolitana de Lisboa, das pessoas que precisavam de rastreio das doenças infecto-contagiosas. No levantamento, a SANITAE encontrou cerca de três mil africanos com necessidade de fazer o rastreio de doenças infecto-contagiosas⁵⁹.

Em termos de associativismo étnico e de intervenção específica junto da comunidade, mais concretamente, ao nível das práticas implementadas por entidades públicas, em que são destacadas as autarquias, e mais precisamente no domínio da saúde, destaca-se a Câmara Municipal da Amadora com o projecto «Mais Saúde/Melhor Vida», promovido em parceria com a Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável, em conjunto com uma rede alargada de parceiros (Associação Unidos de Cabo Verde, Morna, Instituto de Apoio à Criança, Centro Social Bairro 6 de Maio, Centros de Saúde e Centro de Diagnóstico Pneumológico). Este projecto visa desenvolver acções de promoção da saúde e prevenção da doença e de saúde pública nos bairros.

Muitos destes imigrantes têm condições de saúde precárias. Apesar da sua importância demográfica e das suas necessidades especiais de saúde, existem dados que sugerem uma sub-representação dos imigrantes entre os utentes dos serviços de saúde. O direito à saúde é uma expressão sem sentido para a maior parte dos imigrantes ilegais, se bem que mesmo a grande maioria dos imigrantes residentes legalizados tenham níveis de rendimento que também limitam a sua capacidade de cobrir a compra de medicamentos e tratamentos. A falta de uma política nacional de imigração pode ser constatada através da falta de estatísticas credíveis nacionais, regionais ou locais, ou ainda sectoriais (trabalho, educação, saúde), ou de estudos aprofundados sobre a imigração. O «status» sanitário da maior parte destes imigrantes parece ser de menor qualidade do que o da maior parte da população portuguesa.

Apesar dos centros de saúde e dos hospitais públicos realizarem um variado conjunto de campanhas e programas de saúde como, por exemplo, a vacinação de crianças, combate ao uso de substância tóxicas e

58. «Sanitae ameaça denunciar na UE situação de imigrantes africanos» in revista *África Hoje*, sem data.

59. A tuberculose está a aumentar a um ritmo preocupante entre os imigrantes ilegais residentes na Grande Lisboa. A Sanitae atendeu 1026 doentes com «suspeita» de «tuberculose» em 1995. Este ano já encontrou 3015. «Perigo Clandestino» por Carlos Enes, *O Independente*, 1 de Outubro de 1999.

educação sexual, estes estão orientados para a comunidade em geral, e não para a comunidade imigrante em particular (Fonseca, 2005).

Não há programas ou campanhas públicas cujo alvo sejam os imigrantes, tendendo antes a inclui-los indirectamente. A única excepção é o ACIDI, que publicou uma brochura informativa sobre saúde, e os CNALs de Lisboa e do Porto que conseguiram ter elementos do SNS disponíveis para responder a perguntas sobre o acesso dos imigrantes ao SNS. Mais recentemente surgiram algumas iniciativas de programas e projectos, sem fins lucrativos, de âmbito local, destinados aos imigrantes.

O Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa, tem a funcionar desde 2004, uma consulta especializada na ajuda às vítimas do choque de culturas, cidadãos com patologias mentais ligadas à integração numa nova sociedade. A Consulta do Migrante propõe-se ajudar imigrantes, ex-emigrantes, minorias étnicas e refugiados a ultrapassarem o medo, a ansiedade e a depressão associadas ao fenómeno da migração e à inserção numa sociedade culturalmente diferente. A equipa da Consulta do Migrante contactou cerca de 40 associações de imigrantes com quem pretende vir a trabalhar no futuro. «Queremos formar uma rede com associações para termos a quem recorrer quando precisarmos de mediadores culturais»⁶⁰. Algumas das associações já se mostraram interessadas em trabalhar com a equipa». Ainda a dar os primeiros passos, a Consulta do Migrante já foi procurada por cerca de uma dezena de imigrantes, que apresentavam «variadíssimas patologias». Além de consultas de psiquiatria e psicologia, os utentes podem obter também apoio psicopedagógico e cuidados de enfermagem.»

No Centro de Saúde de Sacavém adoptou-se uma nova atitude perante os utentes estrangeiros, a que os profissionais de saúde de Sacavém, concelho de Loures, chamam de «Estratégia multicultural»⁶¹. Esta está a seguida nos diferentes consultórios. Das 140 mil pessoas inscritas neste centro de saúde – o maior do país – dez mil são provenientes de comunidades imigrantes. Número que bem traduz a quantidade de utentes com uma cultura, tipo de alimentação, costumes e patologias diferentes e, como tal, necessidades distintas. «Atendemos todos os pacientes da mesma forma, mas estamos atentos às particularidades de cada pessoa, porque só conseguimos resolver os seus problemas se a conhecermos bem», dizem os profissionais.

60. Consulta do Migrante ajuda vítimas do choque de culturas. Publicado pela agência *Lusa* em 24-09-2004.

61. Fernandes C., Centro de Saúde de Sacavém atende 10 mil imigrantes. Publicado no *Jornal de Notícias* em 21-11-2005.

A Unidade Clínica de Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical em Lisboa criou o EPIMIGRA (Núcleo de Estudo Epidemiológico de Doenças Transmissíveis em Populações Migrantes), um projecto de três anos que disponibiliza check-ups médicos iniciais para imigrantes e refugiados recém-chegados.

Várias ONG e autarquias locais estão directa ou indirectamente envolvidas na questão da saúde dos imigrantes através de iniciativas locais, como o projecto Semear para (A)Colher e o Centro de Apoio às Vítimas de Tortura em Portugal (CAVITOP).

Finalmente, há alguns programas locais no norte do país e no Algarve – áreas onde muitas prostitutas são de origem imigrante – que se destinam particularmente às trabalhadoras do sexo. Carrinhas com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais circulam pelas áreas de prostituição, oferecendo apoio psicológico e testes anónimos de HIV e DST. O SNS disponibiliza testes de DST e cuidados médicos gratuitos independentemente do seu estatuto legal.

Uma maior ligação entre entidades fornecedoras de cuidados de saúde, os CNAIs, CLAI, ONGs e associações de comunidades imigrantes não-lusófonas ajudaria a resolver algumas destas dificuldades. Para além disso, a brochura do ACIDI sobre os serviços públicos de saúde e principais questões de saúde (disponível em português, russo e inglês) deveria estar disponível nos centros de saúde e nos hospitais. A informação sobre o acesso dos imigrantes ao SNS e necessidades de saúde específicas em várias línguas só muito raramente estava disponível nos locais onde os imigrantes se dirigem directamente à procura de cuidados médicos (Fonseca, 2005).

2. ENQUADRAMENTO SOCIAL DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Para os cidadãos, em geral, a saúde não é encarada como uma mercadoria, mas sim como uma necessidade, atravessada por níveis variáveis de angústia, de ansiedade, de sofrimento e de dor. A nível individual, a saúde representa a durabilidade da condição de vida e a superação da sua ameaça. Esta necessidade percorre todos os indivíduos, de todas as classes sociais, embora assumindo específicas e distintas configurações e urgências, derivadas das diversas condições materiais e culturais de existência desses indivíduos.

Um dos grandes problemas do sistema de saúde é o da equidade, ou seja o de garantir uma igualdade de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde.

Em Portugal não há ainda hoje em dia, garantias desta equidade. Para além disso, existem e persistem problemas de discriminação social e étnica. Na sua relação com os grupos étnicos, os profissionais de saúde têm reagido de forma indiferente às diferenças de representações da saúde e da doença. Equacionar os problemas do sistema de saúde em Portugal passa, em primeiro lugar, pela clarificação da posição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no sistema de saúde português. Este é um problema que atravessa a regulamentação e a implementação do SNS, desde a sua criação em 1979. O sistema de saúde português abriu-se à iniciativa privada, acumulando-se os fenómenos de desregulação estatal do sector público e dos interesses privados na saúde; consequentemente, só ideologicamente, este se pode designar como «sistema misto», na medida em que não foi pensado e estruturado como tal, mas apenas resultou da acumulação e sedimentação de cedências na liberalização de prestação de cuidados de saúde a empresas privadas, promovendo uma lógica de mercantilização dos bens e serviços de saúde.

Apesar da Constituição estabelecer que todos os cidadãos têm direito à saúde, a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (SNS)⁶² continua, não obstante a prever, de forma constitucionalmente questionável, no caso dos estrangeiros que não sejam cidadãos da União Europeia, que o acesso ao SNS esteja sujeito à reciprocidade.

Invocando razões de Saúde Pública, tem-se vindo a permitir desde há vários anos o acesso ao SNS dos imigrantes em situação irregular, mas de forma discreta e «furtiva», através de circulares da Administração Regional de Saúde de Lisboa ou de um acordo, de âmbito regional, com uma associação ligada à saúde dos imigrantes (Leitão, 2001).

2.1. Políticas de saúde específicas para o enquadramento dos imigrantes no sistema nacional de saúde (SNS)

Conforme já foi anteriormente referido, os imigrantes a residir legalmente em Portugal têm direito à saúde e à segurança social, apesar da lei de bases do Serviço Nacional de Saúde (SNS) continuar a prever que o acesso ao SNS dos estrangeiros de países exteriores à União Europeia esteja sujeito à reciprocidade. Daqui resulta que a maior parte deles não têm de facto direito ao SNS, mesmo que descontem para a Segurança Social, o que é uma situação grave que coloca em causa a Saúde Pública.

Num documento elaborado pelo Alto Comissário para a Imigração e as Minorias Étnicas (ACIME), em 1996, sobre «*A política de saúde para os*»
62. Lei n.º 40/98, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde.

imigrantes e as minorias étnicas», alertava-se para o facto de que as circulares e ordens de serviço emitidas pelo Ministério da Saúde a este respeito apenas permitiam que os «cidadãos de Cabo Verde portadores de credencial para o efeito e os cidadãos brasileiros investidos no estatuto geral de igualdade tivessem direito a assistência médica e medicamentosa»⁶³. Concretamente, esses documentos legais⁶⁴ previam a prestação de cuidados de saúde a cidadãos estrangeiros com situação não regularizada em moldes idênticos aos dos restantes beneficiários do SNS, mas, no entanto, os centros de saúde, geralmente, não seguiam essas indicações e só em casos de emergência é que encaminhavam os doentes para os hospitais. Por outro lado, esses documentos legais não se pronunciavam sobre o pagamento dos cuidados prestados, nem do acesso aos medicamentos, permitindo também aos Centros de Saúde decidirem arbitrariamente sobre esses casos.

Diversos testemunhos publicados em jornais e revistas da especialidade, editados em Portugal, vêm denunciar a situação de injustiça social e exclusão que põe em risco a saúde pública, e que é fruto das contradições e inoperância do sistema de saúde no que respeita aos serviços prestados aos imigrantes e minorias em geral.

Em 2001, o Ministério da Saúde enviou uma circular para os centros de saúde na qual refere que os trabalhadores estrangeiros não têm direito ao Serviço Nacional de Saúde, independentemente de estarem ou não a descontar para a Segurança Social⁶⁵. Este organismo foi claro ao informar que «os cidadãos estrangeiros, nacionais de países não pertencentes à UE, que residem e exercem a actividade profissional em Portugal e se encontrem a descontar para a Segurança Social portuguesa, não podem beneficiar dos cuidados médicos, nas unidades de saúde, como utentes do Serviço Nacional de Saúde». No caso de serem atendidos «deve ser exigido o pagamento das despesas resultantes dos cuidados de saúde, assim como taxas moderadoras».

Esta situação é alterada com o despacho n.º 25 360/2001 sobre o «*Acesso à saúde por parte dos imigrantes*»⁶⁶, o qual começa, no preâmbulo, por afirmar que tem como objectivo responder às «preocupações actuais com as doenças que podem constituir risco para a saúde pública», bem como

63. ACIME, *A política de saúde para os imigrantes e as minorias étnicas*; Lisboa, 1996.

64. *Nota de Serviço n.º 39/94 e Nota de Serviço n.º 9/95* do Director de Serviços de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-região de Lisboa.

65. «Estado recusa saúde gratuita a imigrantes» in *Diário de Notícias*, 8/11/2001, de Alfredo Teixeira.

66. Despacho n.º 25 360/2001 «*Acesso à saúde por parte dos imigrantes*» [publicado no DR, n.º 286, II Série, de 12 de Dezembro].

esclarecer «dúvidas que se colocam no relacionamento entre cidadãos estrangeiros e o Serviço Nacional de Saúde».

Seguidamente, o texto do despacho vem reafirmar a igualdade de direitos de acesso à saúde por parte dos cidadãos estrangeiros, tanto ao nível do atendimento, como da assistência medicamentosa prestada pelas instituições e serviços que constituem o SNS. Pronuncia-se sobre a forma como estes devem ser atendidos e encaminhados pelo pessoal de saúde, bem como sobre os passos que devem dar, de modo a regularizar a sua situação como utentes, tanto no caso dos estrangeiros residentes e com autorização de trabalho, como outros em circunstâncias diversas.

Nesse mesmo ano de 2001, a situação era particularmente incisiva no Norte do país, onde havia hospitais, nomeadamente o de Felgueiras, a queixarem-se de que a Administração Regional de Saúde (ARS) não comparticipava as despesas efectuadas com estes doentes⁶⁷. Albano Ribeiro, presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Construção do Norte e Viseu (STCNV) exigiu a revisão da Lei de Bases da Saúde, para que fosse reconhecido o direito ao SNS a todos trabalhadores extra comunitários legalizados. Para o dirigente sindical, a situação constituía um desrespeito dos direitos humanos e inconstitucionalidade, uma vez que nega a um grupo de cidadãos direitos básicos consagrados na Declaração dos Direitos Humanos e na Constituição da República Portuguesa. O Sindicato ofereceu apoio jurídico aos imigrantes que pretendam ser reembolsados do dinheiro que indevidamente lhes tenha sido cobrado pelo SNS, ao longo dos últimos anos. «Milhares» de imigrantes, segundo estimativas da estrutura sindical, eram obrigados a pagar os cuidados médicos sempre que recorriam ao SNS, apesar de efectuarem descontos para a Segurança Social. O Sindicato disse tratar-se de uma «situação vergonhosa, que coloca em causa a saúde pública»⁶⁸. Existe, no entanto alguma contradição entre as normas do próprio Ministério da Saúde e o despacho sobre o «*Acesso à Saúde por Parte dos Imigrantes*»⁶⁹ que, para além dos benefícios e medidas acima referidas, determina que é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, adiante SNS, aos cuidados

67. «Justiça: Provedor quer assistência a imigrantes» in *Diário de Notícias*, 1/10/2001.

68. «A mesma opinião tem o médico José Cunha, que aponta ainda as condições precárias em que os imigrantes vivem e trabalham em Portugal: Esta situação é gravíssima, já que muitos trabalhadores não se encontram bem de saúde. Muitas vezes já chegam doentes a Portugal, aqui passam fome e as condições de alojamento nem sempre são as melhores. «Muitos dormem em pinhais, debaixo de eucaliptos». E agora, para além de serem explorados devido aos baixos salários que auferem, querem obrigá-los a pagar aquilo a que têm direito de forma gratuita».

69. Despacho n.º 25 360/2001, publicado no DR, n.º 286, II Série, de 12 de Dezembro.

de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS. Para além desta determinação menciona os seguintes aspectos: que para efeitos de obtenção do cartão de utente do SNS⁷⁰ deverão os cidadãos estrangeiros exibir, perante os serviços de saúde da sua área de residência, o documento comprovativo de autorização de permanência ou de residência, ou visto de trabalho em território nacional, conforme as situações aplicáveis. Os cidadãos estrangeiros que não se encontrem nestas situações, têm acesso aos serviços e estabelecimentos do SNS, mediante a apresentação junto dos serviços de saúde da sua área de residência de documento comprovativo, emitido pelas juntas de freguesia⁷¹, declarando que se encontram em Portugal há mais de noventa dias. A estes cidadãos estrangeiros⁷², poderão ser cobradas as despesas efectuadas, exceptuando a prestação de cuidados de saúde em situações que ponham em perigo a saúde pública, de acordo com as tabelas em vigor, atentas as circunstâncias do caso concreto, nomeadamente no que concerne à situação económica e social da pessoa, a aferir pelos serviços de segurança social.

Posteriormente, já em 2002, e na sequência do despacho acima mencionado, dada a situação de incumprimento por parte do pessoal de saúde, surge uma circular informativa da Direcção Geral da Saúde dirigida ao pessoal dos estabelecimentos de saúde do SNS⁷³ com vista a alterar a situação que se mantinha até à data. Chama a atenção do pessoal que tem contacto com os utentes que os estrangeiros que residem legalmente em Portugal podem utilizar os serviços de saúde e têm direito aos medicamentos. Para isso é necessário obter o «cartão de utente»⁷⁴. O pagamento dos cuidados realizados aos estrangeiros que descontam para a segurança social é efectuado tal como a lei indica para os portugueses. Os estrangeiros que não tenham «autorização de permanência ou residência» ou o «visto de trabalho» têm acesso aos serviços de saúde na condição de apresentarem um documento da Junta de Freguesia indicando que residem em Portugal há mais de 90 dias.

Neste quadro legal, se persistir a descoordenação e alguma inoperacionalidade das instituições de saúde, manter-se-á o elevado número de imigrantes que não têm qualquer assistência em matéria de saúde, situação

70. Instituído pelo Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, na redacção que lhe foi dada pelos Decretos-Lei n.º 468/97, de 27 de Fevereiro, e n.º 52/2000, de 7 de Abril.

71. Nos termos do disposto no art.º 34.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril.

72. Nos termos do disposto na al. c) do n.º 2 da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde.

73. *Circular informativa da Direcção Geral da Saúde* – assunto: Cuidados aos estrangeiros residentes em Portugal, DGS, 2 de Abril de 2002.

74. O cartão de utente será dado a quem apresente a «autorização de permanência ou residência» ou o «visto de trabalho».

que incide particularmente sobre os indocumentados. Neste sentido, as associações podem também surgir como entidades privilegiadas para desenvolver ações de Educação para a Saúde adequadas às práticas e padrões culturais das comunidades imigrantes.

Num artigo publicado no *Diário de Notícias* em 2003⁷⁵, chamava-se a atenção para os direitos dos imigrantes, lembrando que o SNS não pode negar assistência médica a cidadãos estrangeiros, mesmo que estes estejam ilegais.

Dados os condicionalismos de reciprocidade impostos aos cidadãos de fora da UE, a maior parte dos imigrantes a residir legalmente em Portugal não têm de facto usufruído do direito ao Serviço Nacional de Saúde, mesmo que descontem para a Segurança Social. Este é um problema extremamente grave que coloca em causa os direitos cívicos e sociais destas populações, e que tem chamado a atenção dos *media* e outros grupos da sociedade civil. No entanto, algumas nacionalidades⁷⁶ podem beneficiar de algumas regalias em termos de segurança social e acesso a cuidados de saúde, mesmo não descontando para a Segurança Social em Portugal, por força de acordos bilaterais (Costa, 2004) onde se incluem os nacionais de Cabo Verde⁷⁷.

Perante a situação de discriminação evidente no seu direito à saúde a que são sujeitas as minorias, associada a preconceitos que, dum modo geral, relacionam o estrangeiro com a doença, e o incumprimento da lei, no caso particular de Portugal, a imprensa não tem ficado indiferente e vários testemunhos têm surgido nos *media*. O artigo publicado em 2005 pelo ACIME⁷⁸ tenta desmontar o mito existente na população em geral, em relação aos imigrantes, considerando-os como potenciais portadores de doenças que nos ameaçam⁷⁹. O artigo reforça a ideia de que esse é um receio injustificado. Vários estudos nos Estados Unidos da América⁸⁰ evidenciaram, por exemplo, um fenómeno identificado como «paradoxo hispânico», em que os imigrantes revelam à chegada, em média, melhores indicadores de saúde do que a população residente. Dado o processo

75. Imigrantes são grupo de risco na saúde, publicado no *Diário de Notícias* em 03-12-2003.

76. Cabo Verde, Brasil, Guiné-Bissau, Marrocos e Chile.

77. Decreto do Governo n.º 45/85, de 6 de Novembro.

78. In *Imigração – Mitos e factos* – ACIME, Lisboa, 2005.

79. «Desde tempos imemoriais sempre se agitou o fantasma da associação entre doença e estrangeiro... sempre se verificou a tentação de culpar o estrangeiro, por todos os novos males da sociedade, nomeadamente, as doenças epidémicas».

80. Estudos comparativos entre imigrantes latinos e brancos não hispânicos americanos evidenciam que os primeiros têm taxas mais baixas de mortalidade por doenças cardíacas, cancro e derrames cerebrais.

muito exigente de selecção natural que decorre durante o ciclo migratório, em que os mais fracos ficam pelo caminho, os imigrantes que conseguem vencer todas as barreiras e chegam aos países de acolhimento, são os mais saudáveis e com maior resistência física e psíquica. Este facto bloqueia significativamente a entrada de imigrantes doentes. A dureza da vida imigrante, está associada a vários factores de risco, como má alimentação, más condições de alojamento, profissões perigosas ou receio de contacto com o sistema de saúde. Surgem então, exactamente como na população nacional com o mesmo contexto socioeconómico, as doenças associadas à pobreza e à exclusão social: a tuberculose e outras doenças infecto-contagiosas, por um lado, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, por outro, bem como o alcoolismo e o excesso de consumo de tabaco. Se as comunidades imigrantes à chegada, são mais saudáveis do que a maioria da população, com o tempo tornam-se mais vulneráveis à doença. As comunidades imigrantes estão mais expostas a riscos do que a população portuguesa e menos protegidas do que a população portuguesa⁸¹.

Recentemente veio-se também denunciar as condições em que vivem doentes africanos que vêm para Portugal, ao abrigo dos acordos de cooperação na área da saúde entre Portugal e os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) e que representam anualmente mais de um milhar de doentes estrangeiros assistidos no Serviço Nacional de Saúde⁸². De acordo com os diplomas assinados com cada um dos países africanos, Angola pode transferir por ano até 200 doentes, Cabo Verde e Guiné-Bissau 300, S. Tomé e Príncipe 200 e Moçambique 50. No que respeita em particular à situação dos doentes cabo-verdianos, a grande maioria das pessoas sujeitas a tratamentos contínuos são vítimas de doenças do foro oncológico (em particular cancro do útero e da mama) ou são doentes renais crónicos... neste momento estarão hospitalizados cerca de 45 pacientes com insuficiência renal, perto de 80 com cancro e cerca de 25 com problemas variados, nomeadamente na área da cardiologia e da neurologia.

81. «... estes imigrantes vêm encontrar outras doenças, nomeadamente decorrentes de estilos de vida pouco saudáveis, com as quais não contactavam. Se a situação à chegada desmente este preconceito de que os imigrantes, por regra, trazem doenças com eles, regista-se por outro lado, que a vida dos imigrantes, já no país de acolhimento, tem elevados riscos para a sua saúde.»... «O que se passa com a SIDA, assim como com outras doenças, é que os imigrantes, tal como os portugueses em iguais circunstâncias socioeconómicas e culturais, estão mais expostos, por via da pobreza, da exclusão e de comportamento de risco, a serem contagiados ou a desenvolver determinadas doenças. Por isso, em vez de ameaça, eles são, sobretudo, vítimas da sua circunstância e das vicissitudes da sua vida».

82. Felner, R. D., «Perto de mil africanos assistidos por ano em Portugal», jornal *Público*, 30 de Novembro de 2005.

PARTE II SOCIEDADE, CULTURA E SAÚDE/DOENÇA

CAPÍTULO IV – A SAÚDE E A DOENÇA NUMA PERSPECTIVA SOCIOANTROPOLÓGICA

Para estudarmos a saúde e a doença, ou melhor, as representações e as práticas face à saúde e à doença, numa comunidade cabo-verdiana, sentimos necessidade de fazer um percurso por algumas ciências sociais que ajudam a compreender melhor toda a problemática que gira em torno destes conceitos.

Neste capítulo iremos analisar como os sociólogos e os antropólogos tentaram explicar e entender a forma como as pessoas pensam e explicam a saúde e a doença. É essencial apreender o essencial destas duas disciplinas pois pensamos que esta teoria social permitirá fornecer uma noção totalizante das grandes questões acerca da saúde e da doença nas ciências sociais. Mais à frente apresentaremos também alguns contributos da psicologia social, nomeadamente ao nível das representações sociais da saúde e da doença.

Apesar da definição que a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza, referindo-se à saúde como o «bem estar físico, mental e social», hoje em dia, a saúde é compreendida mais como a «não doença» e refere-se, a um corpo objectivado nos seus órgãos e no seu funcionamento⁸³. O desenvolvimento da medicina científica reporta-se ao triunfo do diagnóstico centrado no corpo humano. Inúmeros são os autores que afirmam que, seja qual for a concepção do corpo que as diferentes sociedades ou culturas apresentam, é sempre relacionado com ele que surgem as diferentes concepções de saúde e de doença⁸⁴.

A dada altura, os estudos epidemiológicos começaram a colocar directamente o problema das relações entre saúde, doença e os factores sociais. Estabeleceram-se relações entre as condutas face às doenças e diversas variáveis, como é o exemplo da cultura, pertença étnica, religião ou classe social. É então que se fala pela primeira vez, segundo Herzlich,

83. Honoré, B., *La santé en Project*, Paris: Interditions, 1997.

84. Helman, C., *Culture, health and illness*, BH, Oxford, 2000 [4 edição]; Nunes, B., *O saber Médico do Povo*, Ed. Fim de Século, 1997, Lisboa; Hespanha, M. J., *O Corpo, a Doença e o Médico*. Representações e práticas sociais numa aldeia, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23 – Sociedade, medicina e saúde – Setembro de 1987; Jodelet, D., *Folies et représentations sociales*. PUF, Paris, 1989.

em «sociologia médica»⁸⁵. No entanto, os primeiros trabalhos de investigação sociológica produzidos sobre a problemática da saúde, da doença e da medicina, surgiram nas décadas de 50 e 60, nos Estados Unidos e na Inglaterra.

1. SOCIOLOGIA DA SAÚDE

Numa primeira fase do desenvolvimento da sociologia médica os interesses de ordem médica predominavam em relação à sociologia. Straus fez a distinção entre a «sociologia na medicina» e a «sociologia da medicina»⁸⁶. «A sociologia na medicina» contribuía com as teorias e os métodos sociológicos na resolução de problemas médicos. Servia para naturalizar e legitimar o trabalho médico e tornar eficazes as possibilidades práticas da medicina. Esta «sociologia na medicina» estudava as causas sociais, enquanto factores de igual importância aos factores naturais e biológicos na etiologia e tratamento das doenças. Na «sociologia da medicina é salientada uma relação de instrumentalidade invertida, no sentido em que o sociólogo se apresenta face à medicina com uma estratégia de conhecimento destituída de orientações de ordem aplicada e não comprometida com os interesses práticos de ordem médica, sendo, pelo contrário, orientada para uma perspectiva de conhecimento centrada na recolha de resultados de natureza teórica que contribuam para o enriquecimento da teoria sociológica»⁸⁷. Reivindica-se a urgência de uma sociologia da medicina, orientada para uma sociologia da estrutura dos cuidados médicos. Nos anos 70 e 80 a investigação sociológica no campo da medicina representa o afastamento da distinção entre «sociologia na medicina» e «sociologia da medicina» e desenha-se uma estratégia teórico e empírica orientada para a autonomia deste campo da ciência⁸⁸.

«A sociologia da saúde tem, desde a sua criação, uma relação com a teoria social» conforme afirma Annandale⁸⁹ e que era inicialmente vista

85. Herzlich, C., *Médecine, maladie et société: recueil de textes présentés et commentés*. Paris: École Pratique des Hautes Études: Mouton, 1970.

86. Straus, R. (1957) in Carapinheiro, G., *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento, 1998.

87. Carapinheiro, G., *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento, 1998.

88. Gerhardt, Uta, *Ideas about illness, An intellectual and political history of medical sociology*, New Studies in sociology, Macmillan, London, 1989.

89. Annandale, Ellen, *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. Cambridge, Polity Press, 1998.

como «médico-centrista». Nas décadas de 70 e 80, insistia-se que a sociologia médica se deveria separar da medicina e desenvolver uma abordagem social alternativa, ponto de vista que é recorrentemente apresentado nos debates sobre esta área disciplinar. Discutia-se como deveria ser designada, se como «sociologia médica» ou «sociologia da saúde e da doença», ou ainda, «sociologia da saúde e da medicina».

A investigação mais recente na sociologia médica contemporânea é cada vez mais a combinação da «sociologia na medicina» e a «sociologia da medicina»⁹⁰. A «sociologia na medicina» e a «sociologia da medicina» deixaram de ser práticas alternativas para o sociólogo. Houve uma evolução que levou a diluir as duas e, necessariamente, a inserirem-se uma na outra. Tanto uma como a outra focam a saúde e não apenas a doença. A medicina começa a considerar o contexto social dos indivíduos, enquanto a sociologia começa a aceitar o corpo físico e vivo como central para o seu estudo.

Para Figlio⁹¹, a sociologia da saúde distingue-se da epidemiologia pela abordagem subjectiva relativamente à saúde e à doença. Por outro lado, a epidemiologia demonstra, sem nenhuma ambiguidade, que a melhoria dos indicadores de saúde das populações das sociedades desenvolvidas se deve, em primeiro lugar, à melhoria das condições de vida e, só em segundo lugar, às capacidades da medicina. Tendo em conta este tipo de abordagem utilizada, a sociologia da saúde e da doença pode contribuir tanto para a sociologia em geral como para as práticas e políticas de saúde, em particular.

Stacey e Homans⁹² referiram que o campo da sociologia da saúde e da doença estava, na década de setenta, dividido em inúmeros estudos que lidavam com as causas sociais e consequências de doenças particulares, aspectos da doença e da saúde em estádios particulares do ciclo de vida (gravidez, nascimento, crescimento, constituição duma família, envelhecimento, morte), a divisão e organização do trabalho nos cuidados de saúde, os processos associados a essa organização, tais como a produção e a reprodução do conhecimento sobre saúde, doença e tratamento e ainda a relação da saúde e da doença com a classe social, o sexo, o género e a «raça».

90. Scambler, G. and Higgs, P., *Modernity, medicine, and health: medical sociology towards 2000*, London; New York: Routledge, 1998.

91. Figlio, K., «The lost subject of medical sociology», in Scambler, G. (ed.), *Sociological theory and medical sociology*. Tavistock Publications, London, 1987.

92. Stacey, M.; Homans, H., The sociology of health and illness: its present state, future prospects and potential for health research. *Sociology*, 1978; 12, pp. 281-307.

A sociologia da saúde examina padrões de saúde e de doença, examinando as diversas influências da sociedade. Dá enfoque a questões sociais, económicas, culturais e políticas da sociedade e à forma como estas determinam os diferentes estados de saúde dos indivíduos. Através da estrutura social é possível compreender as ligações entre a saúde dos indivíduos e as causas sociais. Os sociólogos da saúde e da doença desenvolveram um quadro teórico rigoroso que tem em conta uma relação dialéctica entre os processos biológicos e sociais, entre o indivíduo e a sociedade.

Gerhardt⁹³ promoveu uma abordagem teórica extensiva aos principais paradigmas presentes na história da sociologia da saúde e da doença⁹⁴ e refere que, nos anos 50, Parsons, numa perspectiva estrutural-funcionalista, estuda, no âmbito dos sistemas sociais, as instituições sociais de saúde e as profissões médicas, realçando a ideia de que estas são detentoras de poder e servem de mecanismo de controlo social do desvio. A sua contribuição teve um lugar decisivo na sociologia médica porque levou para a frente a pesquisa empírica central sobre o papel da profissão médica na sociedade. Parsons explorou as relações entre médicos e pacientes e conceptualizou a medicina enquanto detentora de papéis profissionais que se desenvolveram, em conjunto, para manter a estabilidade. Na obra «O sistema social» (1951), Parsons interpreta o papel da medicina enquanto um mecanismo fundamental para o controlo e a ordem social. O papel central da medicina era o de manter as pessoas saudáveis ou, quando doentes, curá-las e reintegrá-las na sociedade. Considera a sociedade como um sistema, tanto com necessidades «instrumentais», como «expressivas», que, conjuntamente, produzem os quatro subsistemas económico, político, «*kinship*»⁹⁵, cultural/comunitário. Parsons definiu a saúde como o estado de capacidade óptima de um indivíduo para o desempenho efectivo dos seus papéis e funções para as quais foi socializado⁹⁶. O paradigma estrutural-funcionalista de Parsons, vê a sociedade como uma estrutura social composta por sistemas e enquanto um processo dinâmico no qual os sistemas sociais são constituídos por papéis e possuem as suas funções. Nos anos 70, Parsons considerava que a saúde e a doença são fenómenos humanos, orgânicos

93. Gerhardt, Uta, *Ideas about illness, An intellectual and political history of medical sociology*, New Studies in sociology, Macmillan, London, 1989.

94. Germov, J., *Second opinion: an introduction to health sociology*. Oxford University Press. Melbourne, New York, 1998.

95. *Parentesco/relações de sangue familiares que dão origem às linhagens*.

96. Morgan, M.; Calnan, M.; Manning, N., *Sociological approaches to health and medicine*. Croom Helm, London, 1985.

e socioculturais. A saúde é essencial para que os indivíduos tenham capacidade para desempenhar papéis sociais e a doença é disfuncional na manutenção de sistemas sociais, por isso considerado um desvio. De acordo com Gerhardt, o desempenho de papéis sociais assegura a integração normativa da sociedade⁹⁷. Parsons introduz a noção de «papel de doente» como uma atribuição através da qual se legitima a situação da pessoa desviante, na qual o indivíduo está impossibilitado de trabalhar e incapaz de cumprir as suas obrigações sociais. A teoria do «papel de doente» de Parsons é, assim, segundo Gerhardt, uma forma de controlo social.

Nos anos 70, as teorias do conflito⁹⁸ questionaram a interpretação global da medicina e do trabalho em saúde, beneficiando por exemplo, das críticas marxistas, com relevo para as ligações entre capitalismo e «ill-health»⁹⁹. As teorias do conflito estão em oposição ao estrutural-funcionalismo. Rejeitam a ideia de que as forças sociais, as instituições sociais e as divisões sociais evoluíram para servir as necessidades de todos os membros da sociedade. Stainton Rogers¹⁰⁰ considera que os processos envolvidos foram de conflito, exploração e opressão, e que os grupos mais poderosos da sociedade usaram o seu poder e a sua influência para dominar os mais fracos e os mais vulneráveis. Os médicos passaram a ser vistos como um grupo de «experts» que monopoliza a produção da saúde e da doença. As teorias marxistas afirmavam que, apesar do capitalismo e da medicina profissionalizada terem melhorado os níveis de vida, ainda existe muita desigualdade global e local na saúde.

Uma década mais tarde, Goffman, Lemert e Mead, entre outros, dão o seu contributo a esta disciplina, através das teorias do interaccionismo simbólico e da «labelling theory»¹⁰¹. O interaccionismo enfatiza a ideia de que a saúde e a doença são percebidas de forma subjectiva e são construções sociais que se alteram com o tempo e variam entre as culturas¹⁰².

97. Gerhardt, Uta, *Ideas about illness, An intellectual and political history of medical sociology*, New Studies in sociology, Macmillan, London, 1989.

98. Gerhardt, Uta, *Ideas about illness, An intellectual and political history of medical sociology*, New Studies in Sociology, Macmillan, London, 1989.

99. Pode-se traduzir por «saúde doentia» ou «má saúde» – tradução da autora.

100. Rogers, W. Stainton, *Explaining health and illness – an exploration diversity*. Harvester Wheatsheaf, Londres, 1991.

101. Teoria da etiquetagem.

102. Germov, J., *Second opinion: an introduction to health sociology*. Oxford University Press. Melbourne, New York. 1998.

Tal como afirma Gerhardt¹⁰³ o interaccionismo olha para a doença como um processo de permanente reconstituição fluida de arenas sociais. A noção de doença deve ser vista no seu contexto e ambiente culturais, os quais determinam a origem e o decorrer da doença e do tratamento. Existe uma variedade de formas de adoecer e de reagir à doença. O que importa não é o sintoma que o indivíduo desenvolve, mas o que é apercebido e categorizado pelo contexto. Como referia Gerhardt, desta posição decorrem duas premissas: em primeiro lugar, a doença, enquanto facto biológico, é diferente da doença enquanto realidade social. Segundo, existe um relativismo intrínseco na noção de doença, convidando a um ponto de vista que encara a doença na sociedade como uma questão política.

Podemo-nos interrogar sobre que direcção deve tomar a sociologia da saúde e da doença? Em primeiro lugar, é sempre desejável uma «Sociologia da Saúde e da Doença» e não uma «Sociologia da Medicina» pois esta última implica quase sempre uma relação exclusiva com o mundo da medicina, como profissão, como ciência e como instituição social. Para além disso, a contribuição da sociologia deverá estar conotada com a totalidade de níveis de conhecimento, de organização, crenças, sentimentos, instituições associadas com a saúde e a doença e, por isso, relacionada com todas as categorias de trabalhadores, profissionais e outros que estejam envolvidos na «indústria» da saúde, incluindo os pacientes dessa «indústria». A sociologia da saúde e da medicina percorreu um longo percurso em muito pouco tempo. No espaço de menos de três décadas, os seus praticantes conseguiram contestar o modelo biomédico e encontrar uma perspectiva social distinta para o substituir. Parece que se deu uma volta de 360 graus, ao mudar de um modelo físico a favor de um modelo social. A necessidade da construção de um modelo multicausal complexo, capaz de elaborar a sociogénese das doenças tornou-se premente. Assim, a sociologia da saúde aparece comprometida com novos modelos de causalidade.

Nettleton refere que o desenvolvimento da sociologia da saúde e da doença deve ser compreendido em termos da sua relação com o paradigma dominante da medicina ocidental, a biomedicina e o modelo biomédico¹⁰⁴. Para esta autora é muito importante distinguir saúde e medicina e para tal o modelo biomédico é muito útil.

103. Gerhardt, Uta, *Ideas about illness, An intellectual and political history of medical sociology*, New Studies in sociology, Macmillan, London, 1989.

104. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

No modelo biomédico, a saúde é a ausência de disfunções biológicas. O corpo humano é comparado a uma máquina que pode ser reparada através de tratamentos que param ou invertem o processo de doença. A saúde está largamente dependente do estado de conhecimento médico e da disponibilidade de recursos médicos. O modelo biomédico tem a sua raiz no dualismo mente/corpo, no reduccionismo biológico e na causalidade linear. Centrando-se nas doenças, as suas principais características são: estar focado no médico e no caso individual, ser dominado pela tecnologia, pelo especialista ou pela especialidade, ser orientado para a doença e para o processo biológico do doente. Neste modelo, a saúde é vista como a ausência de doença, não tendo em conta a etiologia psicossocial de algumas doenças.

A mesma autora afirma que a maior parte dos temas centrais da sociologia da saúde emergiram das reacções e das críticas a este paradigma¹⁰⁵. Um modelo com uma abordagem mais holística da saúde deveria contemplar a ideia de uma saúde positiva e de bem-estar. O conceito de saúde propriamente dito tem de ser explorado e tal exploração deve ter também em conta as perspectivas leigas.

Neste sentido, Nettleton refere a emergência de um modelo holístico de saúde que destaca a importância da responsabilidade individual e do desenvolvimento pessoal, em que o paciente é uma parte activa na sua relação com a equipa de saúde. Neste modelo já se inclui a vertente psicossomática da saúde e da doença, a relação entre corpo, mente e espírito e as dimensões social, psicológica e física. Um modelo holístico ou sócio-ambiental de saúde tem de dar ênfase à necessidade de prevenir a doença e como tal, requer uma compreensão do modo como as pessoas mantêm a sua saúde. Por outras palavras, examina os seus estilos de vida, que por sua vez são moldados pelos padrões de consumo e comportamentos. O doente passa a ser considerado como um indivíduo e deixa-se de se considerar «a doença que existe no indivíduo» para se passar a ver «o indivíduo que tem uma doença».

Com a chamada «primeira revolução da saúde», a etiologia multicausal das doenças torna-se essencial. O sucesso desta revolução deveu-se às largas medidas de prevenção que foram implementadas imediatamente a seguir à segunda guerra mundial pela O.M.S. A definição de saúde produzida por este organismo internacional rompe com o modelo médico tradicional, no sentido em que a saúde não é apenas a ausência

105. *Idem, ibidem.*

de doença, mas manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade, nos níveis mental, social e físico. O conceito de saúde pode também ser visto como um conceito subjectivo que deve ser medido na sua dimensão positiva (saudável – mais saudável), com a sua capacidade, potencial e realização. No modelo biomédico a doença é definida como um desvio da norma, relativamente às variáveis biológicas mensuráveis, ou à presença de uma patologia definida e categorizada. Porque o modelo biomédico só explicava a doença e a saúde com base na medicina racional, passou-se então a reconhecer a contribuição de aspectos psicológicos nos males físicos e a relacionar emoções com desordens físicas. Assiste-se também a uma evolução da preocupação com a qualidade de vida e com a prevenção da doença, e a uma mudança de atenção das doenças agudas para as doenças crónicas, com o reconhecimento do papel e importância dos estilos de vida. Introduzem-se dois conceitos centrais, o de «promoção de saúde» e o de «estilos de vida»¹⁰⁶.

Na segunda revolução de saúde, em meados do século XX, com o aparecimento de novas doenças crónicas nos países desenvolvidos, a atenção centra-se na ausência de doença e passa-se a atribuir mais importância à etiologia comportamental. A segunda revolução da saúde baseou-se na noção de saúde e reconheceu o comportamento humano como principal causa da morbidade e mortalidade. Uma das mudanças foi a deslocação das preocupações dos factores que estão associados às doenças para os que estão associados à saúde, olhando a saúde como uma entidade autónoma da doença. As preocupações inerentes à segunda revolução da saúde manifestaram-se na necessidade de desenvolver novos modos de perspectivar a saúde e a doença; preocupações com um estilo de vida saudável, quer para evitar doenças como a SIDA, quer para prevenir consumos excessivos de substâncias aditivas, como, por exemplo, o tabagismo, o alcoolismo; controlo de comportamentos violentos; protecção contra os acidentes; prevenção de doenças específicas; adopção de estilos de vida que visem aumentar a energia disponível para a vida do dia a dia e a alegria de viver¹⁰⁷. Aqui aparece a relação entre o estilo de vida e a saúde e entre estilos de vida e a morbidade e mortalidade. O estado de saúde é claramente consequência de outros factores que não os biológicos. Os padrões de morbidade e mortalidade ou os «acasos» da vida estão relacionados com as estruturas sociais e variam de acordo com o género, a classe social, a etnia e a idade.

106. *Idem, ibidem.*

107. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

Lillie-Blanton e Laveist acrescentam que a saúde e o bem-estar são função de múltiplos factores interrelacionados, nomeadamente, os grupais, os sociais, os comportamentais (neste caso associados a estilos de vida e a utilização dos serviços de saúde)¹⁰⁸.

Kleinman¹⁰⁹ interroga-se acerca do modelo biomédico¹¹⁰ porque este não integra as perspectivas leigas, já que não se refere às terapêuticas alternativas levadas a cabo por outros sistemas de tratamento e cura. Kleinman diz ainda que toda e qualquer a sociedade tem o seu sistema de cuidados de saúde que constitui um sistema de respostas socialmente organizadas para a doença e um sistema cultural especial. Da mesma forma que se fala de religião ou linguagem como sistemas culturais, também podemos ver a medicina como um sistema cultural, um sistema de significados simbólicos. Em cada cultura, a doença e as respectivas respostas a esta mesma doença, a experiência individual de a sentir e de a tratar, e as instituições sociais que lhe estão relacionadas, estão todas sistematicamente inter-conectadas e a totalidade destas inter-relações é o já referido sistema de cuidados de saúde¹¹¹. Nele estão inseridos os pacientes, os profissionais, a doença, a saúde, a cura. São componentes básicos de tal sistema, inseridos numa configuração de significados e experiências culturais e relações sociais. Isto vem pôr em causa o modelo biomédico reduzido aos processos biológicos.

A sociologia da saúde também se interessa pelas formas através das quais os indivíduos tentam manter a sua saúde, bem como pelos recursos utilizados. Este modelo parte do princípio de que os indivíduos se preocupam, no seu dia-a-dia, em manter a sua saúde e ao fazê-lo têm um trabalho com a saúde, tomam decisões sobre ela e fazem escolhas entre os serviços de saúde disponíveis. Também reconhece que os indivíduos utilizam as suas definições sociais de saúde e de doença e o seu

108. Lillie-Blanton, M.; Laveist, T., Race/Ethnicity, the social environment and health. *Social Science and Medicine*, 1996; 43: pp. 83-91.

109. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press. 1984.

110. O modelo bio-psico-social veio integrar num mesmo referencial teórico as perspectivas físicas, biológicas, psicológicas e sociais, existentes acerca do adoecer. Foi necessário o aparecimento da perspectiva bio-psico-social, para se passar a relacionar doença/saúde com «hábitos de vida» e «estilos de vida». A perspectiva bio-psico-social engloba condutas de risco relacionadas com hábitos de vida e traços de personalidade que podem predispor para um determinado tipo de doenças.

111. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press. 1984.

próprio conhecimento sobre como promover, manter e recuperar a saúde. Fazem-no através de um quadro de condições materiais que não só limita as escolhas disponíveis, como também é o factor mais importante para definir o seu estado de saúde. A classe social, o género, a idade e a etnicidade são factores que têm um papel central para estruturar capacidades para manter o estado de saúde.

2. AS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS RESPONSÁVEIS PELAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

As desigualdades de saúde são estruturais e as melhorias na saúde serão uma consequência directa de melhorias de condições de vida (alimentação, habitação, educação). Reconhece-se igualmente o contributo dos factores culturais e, mais particularmente, as formas como eles se articulam com as desvantagens materiais. Temos aqui duas noções em jogo: desigualdade social e saúde.

Smaje¹¹² refere que os dois termos remetem para uma diferença de saúde entre os indivíduos relacionada com factores ou critérios sociais de diferenciação. Historicamente, a noção de desigualdade de saúde apareceu, essencialmente, para comparar a mortalidade entre indivíduos pertencentes a grupos profissionais hierarquizados. A outra dimensão importante, a saúde, abarca não só os indicadores relativos à saúde física e mental, mas igualmente os indicadores de bem-estar em todas as suas dimensões possíveis. Os estudos das desigualdades sociais em matéria de saúde podem tomar duas formas. Na primeira, o objecto principal é uma caracterização global das desigualdades sociais e o estado de saúde é um dos aspectos dessas desigualdades, na outra, o objecto central é a saúde e procura-se identificar quais os factores sociais determinantes.

Muitos estudos focam a questão das desigualdades em saúde, centrando-se na classe social e no género. No entanto, as transformações e mudanças sociais ocorridas nas sociedades contemporâneas induziram muitos sociólogos a reflectir de forma crítica sobre se, de facto, a classe social, concebida de forma tradicional, não estará a ser substituída por novas formas de estratificação social¹¹³. Muitas vezes, o saber

112. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

113. *Idem, ibidem*.

sociológico fica limitado pela falta de instrumentos conceptuais e metodológicos sofisticados para alcançar novos desenvolvimentos teóricos na disciplina. Isto tornou-se particularmente visível no campo da «raça» e saúde, onde a ausência de meios de controlo teórico das categorias «raça», etnicidade, e racismo, tornou difícil o desenvolvimento de um corpo efectivo de investigação neste campo.

No entanto, há razões para um certo optimismo. A extensa investigação sociológica sobre a etnicidade tem, nos últimos anos, conquistado um novo lugar, acompanhando as transformações e os desafios colocados pelo aparecimento de novos racismos e nacionalismos na Europa. Do mesmo modo, também tem acompanhado novos terrenos intelectuais de trabalho sobre as culturas e o pós-modernismo, numa era caracterizada pela diversidade e heterogeneidade culturais, onde rapidamente surgem mudanças de configuração, estruturada por novas formas de globalização. O período corrente é bastante dinâmico não só para a investigação sobre o género e a classe social, mas também para a investigação das ciências sociais sobre a etnicidade. Os sociólogos da saúde estão a começar a defrontar-se com estes debates e a acentuar a importância crucial que estes têm para a relação entre racismo e a experiência de saúde e de doença. Sabemos que as categorias de «raça» e de etnicidade são muitas vezes produtos de políticas, o que implica dificuldades acrescidas na obtenção de resultados de pesquisa de valor credível. Mas, também sabemos que qualquer classificação requer inevitavelmente a invenção de categorias étnicas fixas, discretas e mutuamente exclusivas que têm tendência para esconder a diversidade intra-categorial, acrescenta Smaje¹¹⁴.

As desigualdades em saúde têm sido descritas enquanto resultado de uma inter-relação entre os factores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, culturais e comportamentais. No que se refere à saúde dos imigrantes, tem-se dado mais atenção aos factores genéticos, biológicos, culturais e comportamentais. Tem-se explorado pouco a relação entre desvantagem ambiental e uma saúde «pior» entre os grupos étnicos. Sabe-se que a fixação destes grupos nas sociedades de acolhimento se faz em contextos com infra-estruturas precárias e com más condições de higiene, fazendo crescer os riscos que se somam aos da discriminação resultante das condições de trabalho e das condições económicas¹¹⁵.

114. *Idem, ibidem.*

115. *Idem, ibidem.*

O modo de vida das pessoas e as condições em que elas vivem e trabalham influenciam consideravelmente a sua saúde e a sua longevidade. Os cuidados médicos podem prolongar a vida depois de se ter sofrido algumas doenças, no entanto, as condições económicas e sociais que afectam o estado de saúde das pessoas acabam por ser mais importantes em termos de benefício para a saúde das populações. As condições degradadas conduzem a uma saúde precária¹¹⁶.

Os recursos materiais escassos e comportamentos pouco saudáveis produzem efeitos nocivos directos, mas as preocupações e as inseguranças do dia-a-dia, assim como a falta de meios de apoio também são determinantes. O autor acrescenta que os factores sociais e económicos afectam as decisões individuais e a própria saúde, a todos os níveis. Na saúde, o fosso social reflecte a desvantagem material e os efeitos da insegurança, ansiedade e falta de integração social. Os imigrantes, as minorias étnicas, os trabalhadores ilegais e os refugiados são particularmente vulneráveis à exclusão social, chegando por vezes, a ser excluídos do direito de cidadania. No entanto, a exclusão acontece mais frequentemente a nível das oportunidades de trabalho e de educação. O racismo, a discriminação e a hostilidade que eles enfrentam, pode, por vezes, prejudicar a sua saúde.

No «The Black Report»¹¹⁷ avançaram-se quatro hipóteses para explicar as desigualdades em saúde. A teoria do artifício, a materialista, a da selecção social e a cultural/comportamental. Correspondem a diferentes perspectivas sobre a realidade, mas que são complementares entre si. Uma destas explicações para as diferenças de saúde centra-se na explicação cultural/comportamental que envolve diferenças de classe em comportamentos que, ou são destrutivos ou são promotores da saúde e que, em princípio, estão sujeitos a escolhas individuais. As escolhas alimentares, o consumo de drogas, como o tabaco e o álcool, as actividades de tempos livres e o uso dos serviços de medicina preventiva, como a imunidade, contracepção e observação pré-natal, são exemplos de comportamentos que variam com a classe social e que podem contribuir para as diferenças de classe na saúde. As dietas ou hábitos alimentares são influenciadas tanto por preferências culturais, como pela disponibilidade financeira.

116. Marmot, M.; Wilkinson, R. G. (editors), *Social determinants of health. research.* Oxford; New York: Oxford University Press, 1999.

117. Townsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report.* Penguin, London, 1992.

Nas questões acerca das desigualdades em saúde, Sarah Nettleton também utilizou as explicações do «Black Report» para elaborar uma teoria acerca das desigualdades em saúde¹¹⁸. Podem ser identificados tipos de explicações para padronizar o estado de saúde pela etnicidade, através de factores genéticos, culturais e socioestruturais¹¹⁹.

Quanto às questões socioestruturais, estas estão altamente correlacionadas com privações materiais (incluindo situações de discriminação e racismo). Ao nível da saúde, os comportamentos mais arriscados (fumar, dietas desadequadas) estão associados a um nível de educação mais baixo e circunstâncias de vida mais pobres, ou seja, de maior carência financeira. O status socioeconómico delimita a distribuição dos factores de risco e recursos que afectam a saúde, incluindo as atitudes e comportamentos face à saúde. Segundo Nettleton inúmeros autores demonstraram uma associação tão evidente entre a situação socioeconómica e a saúde que os levou a considerar a situação socioeconómica como uma causa fundamental. A situação socioeconómica está também relacionada com uma incidência dos comportamentos de risco para a saúde que estão dependentes das condições sociais e da exposição a circunstâncias dos meios sociais envolventes.

As questões das desigualdades em saúde muitas vezes escondem as questões de classe. O desenvolvimento do conceito de classe social tem sido essencial ao desenvolvimento do trabalho sobre a desigualdade¹²⁰. Os indicadores de desigualdade são os factores que permitem determinar a classe: rendimento, riqueza, educação, estilos e tipos de consumo, modos de comportamento, origens sociais e familiares e ligações locais. Estão todos interrelacionados e nenhum deve ser visto como suficiente. No entanto, historicamente, a ocupação profissional tem sido seleccionada como o indicador principal, em parte porque é visto como o mais potente face a indicadores alternativos, mas também porque é muitas vezes estatisticamente conveniente para medidas e análises. Claro que este indicador está intimamente associado à educação.

A associação proporcionalmente inversa entre morbilidade e classe social ou estatuto socioeconómico já não deixa dúvidas¹²¹. Entre as

118. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

119. São as explicações de artefacto, processo social, privação material e privação cultural.

120. Townsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, London, 1992.

121. Scambler, G. and Higgs, P., *Modernity, medicine, and health: medical sociology towards 2000*, London; New York: Routledge, 1998.

condições que afectam a saúde das classes mais baixas destacam-se os efeitos patológicos do desemprego, que pode levar até à depressão, somatização e ansiedade e o aumento de morbilidade e mortalidade. Para além do desemprego, também as próprias condições de trabalho, os baixos ordenados, e o grau de decisão dos empregados podem influenciar o estado de saúde. No que diz respeito à distribuição da riqueza, existe também uma forte relação entre o nível de rendimento e a saúde. As condições sociais e económicas das pessoas entre e dentro das comunidades, com as suas inequidades económicas, são reflectidas no estado de saúde.

Na segunda parte do *Black Report*¹²² intitulada «*The Health divide*» Margaret Whitehead interroga se certas classes estarão em maior desvantagem do que outras. Os resultados mostram que as classes ocupacionais mais baixas sofrem de taxas de mortalidade mais elevadas, mas que também sofrem de uma maior incidência de estados de doença e de uma má saúde geral. Os factores idade e características de habitação também são importantes para apreciar desigualdades, respectivamente nos diferentes grupos etários e nos diferentes grupos sociais. O género e as circunstâncias sociais são muito importantes para avaliar o estado de saúde. Quanto à relação entre a saúde e a origem étnica, é importante salientar que não se deve incluir e misturar todos os membros de minorias étnicas numa única categoria.

Blaxter¹²³ aborda o debate na sociologia médica sobre as «desigualdades em saúde» e as teorias contemporâneas sobre classe social. Nos estudos acerca da desigualdade, a classe é sempre um conceito chave e é uma dimensão transversal que atravessa outros estatutos sociais. Como explicar a relação linear que tem vindo a ser observada entre saúde e classe ocupacional? As classes sociais têm vindo a alterar-se e as classes médias não só vieram a alargar-se como também se tornaram mais diferenciadas. A classe social já não pode, por si só, explicar a saúde e as desigualdades, apesar de ainda ser uma das variáveis mais explicativas. Na sociologia médica este conceito inclui diversas variáveis, nomeadamente, a educação, o rendimento, a ocupação, as condições de trabalho e os estilos de vida e também o género. É preciso ter em consideração que tem vindo também a alterar-se a classificação das ocupa-

122. Townsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, London, 1992.

123. Williams, S. J.; Gabe, Jonathan; Calnan, Michael (ed.), *Health, medicine and society: key theories, future agendas*. London; New York: Routledge, 2000.

ções. Os novos tipos de classificação ocupacional começaram a explorar a classe como um factor explicativo na saúde, em vez de ser simplesmente uma categoria descritiva.

Questionamos se será a pertença ao grupo de imigrantes ou o estatuto socioeconómico que mais contribuem na produção de desigualdades em saúde. A imigração está sobretudo associada a diferentes culturas, crenças e valores, enquanto que a classe social está sobretudo relacionada com diferenças económicas e materiais. A agregação dos indivíduos em classes e em grupos étnicos é artificial e esconde a possibilidade de haver variação na saúde inter ou intra-grupos.

A investigação sociológica sobre imigração e saúde sofre de inúmeros problemas e uma das grandes deficiências tem a ver com os dados disponíveis, pois muitas vezes a categorização utilizada nos inquéritos tem pressupostos racistas. Tem havido poucos progressos na exploração da interacção entre racismo, factores culturais e factores económicos na produção de desigualdades em saúde.

Em La Rosa, conclui-se que o estado de saúde de uma população é determinado por uma série de factores que agem de forma multifactorial. Podem ser gerais, de ordem política e social, demográficos, biológicos, ecológicos, económicos, sociais, psicossociais, culturais ou sanitários¹²⁴. Em termos de explicações para as desigualdades em saúde, a etnicidade está fortemente associada à maioria das variáveis. Existe uma variação na posição de classe dos diferentes grupos de minoria étnica e isto reflecte-se em termos dos diferentes níveis e tipos de desvantagens materiais¹²⁵.

Nazroo propõe três abordagens alternativas para estudar as desigualdades étnicas em saúde¹²⁶. A primeira é a abordagem epidemiológica que, segundo o autor, é conduzida por descobertas empíricas e faz pouca referência aos conhecimentos sobre etnicidade, mas transporta consigo a pressuposição de que a etnicidade contribui desde logo com uma divisão dos grupos populacionais. Uma segunda, a abordagem estrutural, concentra-se na posição socioeconómica e na classe social. A terceira

124. La Rosa, E., *Santé, précarité et exclusion*. Le sociologue, PUF, Paris, 1998.

125. Nazroo, J. Y., Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20: pp. 710-730.

126. Nazroo, J. Y., Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20: pp. 710-730.

centra-se na identidade étnica e dá ênfase às filiações e pertenças de grupo e de cultura, tendo em conta o contingente e a natureza contextual da etnicidade.

O conceito de etnicidade deve ser diferenciado do conceito de raça, que nas ciências biológicas significa uma divisão da humanidade diferenciada por características físicas, biológicas e genéticas. O grupo étnico é um fenómeno construído socialmente no qual estão incluídas as características sociais, culturais, religiosas, tradicionais e linguísticas. Veremos mais à frente, as reflexões e debates de vários autores em torno da questão da saúde e das questões da imigração (étnico-raciais e culturais) *versus* classe social (factores socioeconómicos). «O padrão social e a desvantagem económica experimentados pelas minorias estão relacionados com a classe ocupacional e reflectem-se no trabalho e no mercado laboral, mas outros factores podem ser importantes, já que se conclui que a classe ocupacional e a raça não se relacionam uma com a outra de forma linear quando se trata da saúde», conforme afirmam Lillie-Blanton e Laveist¹²⁷.

Muntaner faz notar que para um estudo apropriado sobre a saúde dos imigrantes é necessária informação acerca do estado de saúde dos diferentes grupos étnicos, separados, e sobre quais os mecanismos que contribuem para um baixo nível de saúde, caso estes existam¹²⁸. Para este autor, as diferenças raciais são muitas vezes escolhidas para explicar as diferenças étnicas de saúde sem terem em conta as diferenças socioeconómicas e culturais.

Stainton Rogers salienta que durante as últimas décadas do século XX, um número significativo de estudos, conduzidos especialmente na Grã-Bretanha, investigaram as potenciais ligações entre os sistemas explicativos usados por certos grupos sociais e as desigualdades em saúde sofridas pelos menos privilegiados¹²⁹. O «Black Report»¹³⁰ estabeleceu uma relação forte e positiva entre a riqueza e a saúde.

127. Lillie-Blanton, M.; Laveist, T., Race/Ethnicity, the social environment, and health. *Social Science and Medicine*, 1996; 43: pp. 83-91.

128. Muntaner, C.; Javier Nieto, F., O'Campo, P., The Bell curve: on race, social class, and epidemiologic research *American Journal of Epidemiology* 1996; 144: pp. 531-536.

129. Rogers, W. Stainton, *Explaining health and illness – an exploration of diversity*. Harvester Wheatsheaf, Londres, 1991.

130. Townsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, London, 1992.

3. ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

A literatura sociológica e antropológica utiliza a expressão saber leigo (ou saber popular) sobre saúde e doença quando se refere ao conhecimento das pessoas comuns e à forma como estas compreendem, interpretam e actuam em matéria de saúde e doença¹³¹. Referindo Stainton Rogers, os primeiros antropólogos que se debruçaram sobre as explicações para a saúde e a doença, interessaram-se por estes assuntos num contexto geral de estudos sobre as crenças, percepções e práticas de grupos culturais específicos¹³². Massé refere que a antropologia da saúde é responsável pela análise das formas como as pessoas, nas diversas culturas e nos diversos subgrupos sociais no interior de cada cultura, reconhecem e definem os seus problemas de saúde, tratam as suas doenças e protegem a sua saúde¹³³. Conforme afirma Helman¹³⁴, na maior parte das vezes, analisa sociedades em micro escala, geralmente relacionando factores sociais e culturais com a saúde.

Em 1924, Rivers, apresentava a hipótese da existência de uma relação estreita entre as crenças ligadas à doença e à medicina e os universos mágicos e religiosos. Para este autor, os comportamentos e as práticas ligados à prevenção ou ao tratamento da doença são condicionados por um tipo de determinante cultural, as crenças¹³⁵. As crenças e os valores são elementos culturais de base e são determinantes directos das atitudes, das intenções e das motivações agindo sobre os comportamentos.

Segundo Kleinman, estes elementos culturais de base são produto de factores sociais e culturais mais profundos. Surgem crenças mais ligadas à religião, e associadas às descrições culturais do desconhecido e do «mundo natural»¹³⁶. A crença tem o lugar de representante não controlado da cultura e marca de forma específica a fronteira entre a cultura médica profana ou popular e o saber científico. Muitas pessoas

131. Silva, L. Ferreira, *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

132. Stainton, Rogers W., *Explaining health and illness – an exploration of diversity*. Harvester Wheatsheaf, Londres, 1991.

133. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

134. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

135. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

136. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press. 1984.

acreditam que as doenças graves e a morte têm por causa a feitiçaria, a magia e a violação de tabus.

No entanto o enfoque da antropologia nas crenças populares e nas doenças impede muitas vezes de ter em conta as desigualdades sociais, a repartição desajustada dos cuidados de saúde, que estão na base dos problemas de saúde das comunidades minoritárias.

A antropologia da doença, conforme a configuram Augé, Faizang e Laplantine observa como as práticas referentes à doença se articulam com os sistemas simbólicos típicos de cada cultura¹³⁷.

Para Massé, um dos principais objectos de estudo desta disciplina é a análise das concepções populares e profissionais das causas dos problemas de saúde, a natureza dos tratamentos da doença, os terapeutas, os processos pelos quais os indivíduos procuram ajuda e as instituições¹³⁸. Esta disciplina, pretende compreender os mecanismos que subentendem a construção social e cultural da saúde e da doença e também os comportamentos ligados à doença. A essência da antropologia da saúde é a conjugação das abordagens da antropologia médica e da antropologia da doença, em que ambas colocam demasiada ênfase na doença, e não na saúde, que constitui o estado inicial, o referente positivo. O mesmo autor adianta que, se no domínio da saúde, as representações da doença não são tidas em consideração, no entanto, tem o mérito de se referir às crenças, às atitudes e aos comportamentos ligados à manutenção e à promoção da saúde, sendo este o contributo que a antropologia da saúde vem trazer como mais valia. Massé apresenta o saber popular de saúde e de doença como um subsistema cultural com o seu conjunto de conhecimentos, crenças e atitudes, organizado segundo uma lógica própria.

Esta disciplina começou por se interessar pelos saberes e práticas populares ligados à saúde e à doença, nas sociedades não ocidentais. Nos anos 60, a antropologia médica era sobretudo uma disciplina de terreno que alguns antropólogos conceberam (Benjamin Paul, G. Foster, Charles

137. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

Faizang, S., *Pour une Anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris: L'EHESS, 1989.

Laplantine, F., *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot, 1992.

138. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

Erasmus] para melhorar a saúde pública no terceiro mundo. É também nessa altura que surgem as teorias do relativismo cultural. Actualmente, em matéria de cultura e de representação, os debates orientam-se cada vez mais para a análise da representação da doença, quer se trate do saber médico popular ou da ideia que a sociedade faz de certas doenças.

Laplantine afirma que um mesmo objecto de estudo pode ser estudado pela antropologia médica e pela antropologia da religião¹³⁹. O que um investigador considera um ritual religioso pode ser estudado por um outro como uma prática terapêutica. Exemplo disto é a ida em peregrinação a um santo terapeuta (*guérisseur*), o que, sendo uma cerimónia religiosa, tem, no entanto, uma dimensão terapêutica do ponto de vista da antropologia das religiões; do lado da antropologia médica, esta situação é vista como uma terapia que se exprime através de um acto religioso. De facto, todo e qualquer fenómeno é sempre um «fenómeno social total». No estudo das relações possíveis entre a doença e o sagrado, entre a medicina e a religião, dois casos podem ser distinguidos por Laplantine. O primeiro tem a ver com as situações terapêuticas nas quais o que nós chamamos de «religioso» e o que tratamos como «médico» estão estreitamente interligados. O conjunto de rituais de protecção e as peregrinações mobilizam significados explicitamente religiosos.

O segundo caso apresenta-se como rigorosamente inverso, segundo Laplantine. A função médica, disjunta da função religiosa, adquire uma autonomia relativa. São as terapias tradicionais e as práticas utilizadas nas medicinas populares.

Não existem práticas puramente «médicas» ou puramente «mágico-religiosas», mas sim recursos distintos e níveis interpretativos que estão interrelacionados: existe uma interpretação sobre os processos etiológicos e terapêuticos e outra sobre a questão do sentido e do porquê. Para este autor, o trabalho do antropólogo é o de mostrar que a relação privilegiada da doença e do sagrado é uma consequência da relação da doença com o social. Existem várias formas de pôr em evidência a relação da doença com este modo de expressão totalizante do social, que é o religioso. A primeira consiste em estudar as respostas, simultaneamente interpretativas, da «desgraça/desgosto» (*malheur*) social e a desordem biológica, pelas quais o grupo reage ao que ele considera

139. Laplantine, F., *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot, 1992.

como a calamidade absoluta. Outra forma é perceber as relações entre o «médico» e o «religioso», quando o indivíduo experimenta uma doença que transtorna literalmente a sua existência. Existe também uma forma de pôr em evidência a doença como caso particular do «desgosto» (*malheur*) social e de saúde: é o estudo da medicina popular, da qual o pensamento racional (medicina ocidental) se esforçou, historicamente, por se distinguir, com muita dificuldade, nunca mais se reunindo, mas também nunca se separando dela¹⁴⁰.

Já para Augé, o papel da antropologia não é o de distinguir a religião da magia nas sociedades mais tradicionais, mas sim o de reconhecer em qualquer sociedade, e independentemente do grau de eficácia objetiva da medicina, a parte «mágica» e social de toda a doença¹⁴¹. Para Helman, muitos rituais estão associados a factos sociais e morais, outros a factos de carácter mais fisiológico¹⁴². Por exemplo, em muitas sociedades, a primeira menstruação, a menarca, é assinalada com um ritual específico. É um evento, tanto fisiológico como social, com a entrada de um novo membro na sociedade dos adultos, o de uma mulher fértil. O nascimento e a morte são reconhecidos como factos sociais e biológicos.

O ritual simbólico actua como uma ponte que liga os estádios fisiológicos e sociais da vida humana. Podem incluir o nascimento, a puberdade, o casamento e a morte. Os rituais de transição social estão presentes, de certa forma, em todas as sociedades, associados à gravidez, parto, puberdade, menarca, casamentos, funerais e doenças severas. Outros rituais surgem em situações de crise como, por exemplo, acidentes ou doenças severas. Têm uma função manifesta (solução de um problema específico) e uma função latente (o restabelecimento de relações perturbadas entre seres humanos). A doença também é vista como um evento social. A doença, especialmente quando resultante de um feitiço provocado por conflitos interpessoais, ameaça a coesão e a continuidade do grupo. O grupo tem interesse em encontrar e resolver a causa da doença e restaurar a saúde, tanto da vítima como deles próprios. Estes rituais têm duas fases: o diagnóstico ou adivinhação da causa do azar, e o tratamento dos efeitos e remoção das causas. Os rituais têm uma função tanto a nível individual como a nível da sociedade. As funções podem ser de ordem psicológica, social e de protecção.

140. *Idem, ibidem.*

141. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

142. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

Foster¹⁴³ faz uma distinção entre dois sistemas médicos¹⁴⁴. O primeiro atribui à doença uma intervenção activa de um agente humano ou sobrenatural em que o doente é vítima. O segundo atribui a causa das doenças à natureza (clima). Os dois estão presentes numa mesma sociedade e a sua distinção faz-se pela diferença das suas etiologias respectivas. Se há uma perturbação das relações sociais, considera-se a causa social e não a natural, sem que isto seja, forçosamente, a verdadeira causa da doença. O mesmo autor refere que se deve distinguir o caminho interpretativo do caminho terapêutico, os quais podem ser mais ou menos convergentes ou divergentes, consoante as culturas e no interior de uma mesma doença, consoante as doenças. Foster¹⁴⁵ considera que as diversidades culturais permitem constatar que a relação entre a religião e a medicina é uma das possibilidades culturais, entre outras. Mostra que os métodos de diagnóstico e as técnicas de tratamento e prevenção estão intimamente ligados ao conjunto da configuração social, em função de certas crenças sobre as causas da doença. Qualquer pessoa ou grupo social necessita de dar sentido ao que está a acontecer à sua volta; dar sentido ao azar, e remediar ou prevenir¹⁴⁶.

Augé¹⁴⁷ afirma que nada distingue fundamentalmente os sistemas africanos dos outros e opõe-se às análises de Foster. Para Augé a doença envolve uma multiplicidade de dimensões, de posições de força e de situações sociais. Se a doença constitui uma «forma elementar do acontecimento» no sentido em que as suas manifestações biológicas se inscrevem no corpo do indivíduo, no entanto, a doença faz parte de uma interpretação social. Augé constata o papel importante que tem a interpretação da doença e o sofrimento/infelicidade numa sociedade africana, bem como as questões sociais que seguem as manifestações da desordem biológica. Tal como Helman, Augé também refere que, nessas sociedades, o nascimento e a morte são provas iniciáticas e a ocasião de ritos de passagem de um estado a outro, mas às quais o próprio não assiste. A doença é a realidade individual e social mais próxima destes dois momentos essenciais. Para Augé a doença é um sistema simbólico

143. Referido em Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

144. O primeiro foi traduzido por «personalístico» e o segundo «naturalístico» (tradução da autora).

145. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

146. Fassin, D., *Pouvoir et maladie en Afrique: anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris: PUF, 1992.

147. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

articulado¹⁴⁸. Este autor recusa o termo «antropologia médica» porque este pressupõe uma separação do campo médico, bem definido na maioria das sociedades, o que não acontece nas sociedades não ocidentais.

Por outro lado, a doença é para ele o lugar por excelência onde se juntam a percepção individual e as representações sociais¹⁴⁹.

Os indivíduos podem ter ideias diversas sobre a causa das doenças¹⁵⁰: causas individuais em que o próprio é responsável pela sua saúde, por exemplo, os seus hábitos, higiene, estilos de vida, comportamento sexual e exercício físico; causas do mundo natural como o frio, o calor, a chuva e o vento que provocam doenças; causas do mundo social, em que os conflitos interpessoais, através de bruxarias e mão olhado, se vingam e, por fim, as do mundo sobrenatural, onde predominam os Deuses, espíritos ou fantasmas ancestrais.

Laplantine¹⁵¹ distingue diversos modelos etiológicos e formas de doença, sempre em dicotomia: o modelo exógeno (elemento estranho, exterior, destino) e o endógeno (interior do indivíduo, somático e psicológico), o modelo maléfico (mal, desvio) e o benéfico (provoca virtudes, demonstra força de vontade), o modelo aditivo (presença de algo, de um corpo estranho, como por exemplo a acção agressiva de um feiticeiro) e o substractivo (algo a menos que é preciso restituir, perda de algo). A doença maldição e a doença punição são dois modelos de que fala Laplantine. No primeiro modelo, a doença maldição, muito privilegiado pelas sociedades mais tradicionais, a doença é apreciada como efeito de uma vingança «gratuita». Ela é o acidente que surge por acaso, o destino, a fatalidade contra a qual não podemos nada. O doente vive o que lhe acontece como um escândalo e uma injustiça e considera-se uma vítima. No segundo modelo, o da doença punição, passa-se o oposto. A doença é apreciada como a consequência necessária daquilo que indivíduo e o grupo social provocaram. O indivíduo é punido por uma negligência ou por um excesso, mas sempre por causa de um comportamento de descuido. Pode ser consequência de uma transgressão colectiva das regras

148. Faizang, S., *Pour une Anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris: L'EHESS, 1989.

149. In Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

150. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

151. Laplantine, F., *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot, 1992.

sociais, exigindo uma reparação, quer dizer a acção de uma nova socialização, envolvendo a noção de responsabilidade, de justiça e de «reparação», que são noções sociais. A doença punição é sobretudo do foro «endógeno».

4. SAÚDE E DOENÇA NAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Do ponto de vista da definição de saúde e de doença, por vezes estes conceitos estão intimamente relacionados com valores culturais e com o trabalho¹⁵². Ao falarmos de saúde e de doença, não podemos esquecer que a influência cultural é de uma grande importância e que se manifesta através da educação, nas crenças religiosas, nas tradições e, nas práticas particulares de uma região. Helman¹⁵³ fala-nos das doenças do povo, ou seja, de síndromas que cada elemento de um grupo particular diz sofrer e para as quais a sua cultura providencia uma etiologia, diagnóstico, medidas preventivas e regime de tratamento (exemplo: susto e nervos; «*sleeping blood*» em Cabo Verde).

As definições sobre saúde abundam. A maioria é variante da declaração da Organização Mundial de Saúde: «um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade». Para explicar tal conceito, os factores que afectam a saúde devem ser distinguidos das dimensões da saúde.

Margaret Whitehead¹⁵⁴ afirma que a saúde é a forma como um indivíduo ou grupo está preparado para realizar as aspirações e satisfazer as necessidades de mudar ou se adaptar ao contexto em que vive. A saúde é vista como um recurso para o dia-a-dia e não o objectivo de viver: é um conceito positivo que reforça os recursos sociais e pessoais bem como as capacidades físicas e contém inúmeras dimensões. Têm sido utilizados uma variedade de indicadores de forma a comparar a saúde dos indivíduos em diferentes circunstâncias na sociedade. Os mais frequentes são a ocupação do chefe do agregado familiar e a habitação, que geralmente se correlacionam com outras componentes da posição social, como é o caso da educação e do rendimento.

152. Braga, C., *A saúde e a doença na Peneda – Comportamentos e práticas*. Tese de mestrado em Relações interculturais, Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

153. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

154. Townsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report*. «*The Health divide*» Penguin, London, 1992.

Na perspectiva actual, a saúde é um conceito afirmativo pela presença de características em vez da ausência de outras, implicando não só uma maior quantidade de vida como também uma melhor qualidade de vida e potenciando o indivíduo para se desenvolver e influenciar positivamente à sua volta. Não só devemos prevenir a doença, como também promover a saúde. Enquanto que a prevenção se relaciona com a doença, a promoção relaciona-se com a saúde e é um conceito mais amplo, já que implica não só a protecção e a manutenção da saúde, como também a promoção do óptimo estado vital físico, mental e social do indivíduo e da comunidade.

Actualmente, já não há dúvidas que a saúde e a doença são entendidas como fenómenos inteiramente determinados pelo social e pelo cultural¹⁵⁵. O contexto cultural influencia a forma de lidar com a saúde e a doença e também a forma de lidar com os sintomas. Mas os factores sociais, onde a formação e a informação estão integradas, continuam a ter um peso determinante na relação das pessoas com a saúde e a doença. Lesley Doyal (1979) argumenta que «a forma como a saúde e a doença estão definidas, bem como a realidade material da doença e da morte, vão variar de acordo com os contextos sociais e económicos nos quais ocorrem»¹⁵⁶. As ideias que se fazem sobre a saúde e a doença estão ligadas a factores sociais, culturais e materiais. A nossa própria definição e a dos outros são e sempre foram influenciadas, a vários níveis, pela idade, sexo, ocupação, origem social, educação, circunstâncias materiais e referências culturais. O desafio que a Sociologia coloca é o de entender como os discursos que parecem estar só relacionados com a saúde e a doença, também ajudam a construir a relação do indivíduo com a sociedade¹⁵⁷. A forma como as pessoas pensam sobre a doença e a saúde varia consoante a sua posição na sociedade. Como vêm as pessoas a doença? Por exemplo, as pessoas da classe média vêm a doença mais em termos mentais e as pessoas das classes trabalhadoras vêm-na mais em termos físicos¹⁵⁸. A religião tem sido importante para compreender como a doença e a saúde são encaradas e o facto das crenças religiosas acomodarem a noção de doença é, seguramente, uma razão suficiente para a incluir na investigação.

155. Loux, F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*. InterEditions, Paris, 1983.

156. In Jones, Linda J., *The social context of health and health work*. Macmillan Press, London, 1994.

157. Radley, A., *Worlds of illness: biographical and cultural perspectives on health and disease*. Routledge. London, 1993.

158. *Idem, ibidem*.

Com o duplo movimento de individualização e de socialização surge a categoria de doente. A doença deixou de ser um estado puramente biológico para definir a pertença a um estatuto, ou mesmo, um grupo. Herzlich¹⁵⁹ menciona que o doente é detentor de uma identidade e de uma categoria da percepção social. A doença é produto de uma «vida que não corresponde a ser humano» causado pelo modo de vida moderno, incluindo a alimentação e o trabalho. Passa-se a pensar na causalidade da doença em termos multifuncionais.

No que se refere propriamente ao conceito de doença, os sociólogos começaram-se a interessar por ele, depois de terem dado atenção aos fenómenos da medicina e da saúde. A doença é e sempre foi uma entidade de origem social e é uma realidade social que é interpretada tanto por médicos como por sociólogos. A rápida expansão da observação médica tende a incluir no conceito de doença factores que antes não eram tidos em conta, como por exemplo, o de risco. As doenças não são uniformes nem aleatórias na sua incidência, observa-se que são mais ou menos comuns entre os diferentes grupos sociais, que as pessoas tendem a ver as doenças na perspectiva da sua própria cultura e respondem de forma previsível, como também criam uma série de instituições para tratar sistematicamente essas doenças¹⁶⁰. Por estas e outras tantas razões, a Sociologia tem muito que dar à Medicina. O estudo da distribuição das doenças, das perspectivas culturais da doença, dos papéis, atitudes e valores que surgem da organização social, são temas pertencentes ao campo da Sociologia.

De forma a desenvolver uma teoria geral da saúde e da doença na sociedade, podem-se distinguir três níveis de análise. Primeiro, a Sociologia pode fornecer descrições da experiência da doença numa perspectiva individual. A um segundo nível, pode focar a construção social de categorias de doenças, do ponto de vista cultural, onde os indivíduos são classificados e regulados por grupos profissionais. O terceiro nível de análise trata da organização social dos sistemas de cuidados de saúde e, a sua relação com o estado e a economia e os problemas da desigualdade social, quer intra quer inter-sociedades¹⁶¹.

A definição de doença é profundamente influenciada pelo meio social e cultural. A língua inglesa distingue o conceito de doença usando três

159. Herzlich, C.; Pierret, J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot, 1991.

160. Coe, R. M., *Sociology of medicine*. McGraw-Hill Book Company, New York, 1978.

161. Turner, B. S., *Medical power and social knowledge*. Sage Publications, London, 1987.

termos diferentes: *Disease*, *Illness* e *Sickness*. *Disease* designa a doença como estado orgânico e funcional, *illness* designa a experiência subjetiva de viver a doença e *sickness* designa as consequências sociais de a integrar na vida quotidiana. *Disease* é a doença do médico ou doença-patologia e corresponde a anormalidades na estrutura ou funcionamento dos órgãos ou do sistema fisiológico; *illness* é a doença do doente ou doença-mal-estar e significa as percepções e as experiências vividas pelos indivíduos relativamente aos problemas de saúde de ordem biomédica (*a disease*)¹⁶². Para Young, «sickness» é o processo de socialização de *disease* e *illness* é o que determina as escolhas terapêuticas dos sujeitos¹⁶³. Young prefere recorrer ao termo *sickness* para traduzir a dimensão sociocultural da doença. Entende por este termo o processo pelo qual o indivíduo dá significados socialmente reconhecíveis às suas disfunções ou aos estados patológicos. É este processo que determina as escolhas terapêuticas dos indivíduos. Cada cultura possui as suas regras para traduzir os sinais fisiológicos ou psicológicos em sintomas e para associar estes sintomas a modelos etiológicos populares e depois a um processo de pesquisa médica¹⁶⁴.

Para Laplantine¹⁶⁵, pode falar-se em doença na 3.^a pessoa (*sickness*), na 2.^a pessoa (*disease*) e na 1.^a pessoa (*illness*). A doença na primeira pessoa (*illness*) consiste na análise dos sintomas interpretativos forjados na subjectividade do próprio doente e, também na subjectividade do médico, o qual pertence, tal como o doente, a uma mesma cultura, aderindo ambos a uma mesma concepção dominante do que é a doença.

CAPÍTULO V – CONDIÇÕES SOCIAIS, ESTILOS DE VIDA, CULTURA E SAÚDE/DOENÇA

As classes sociais referem-se às circunstâncias da vida económica e social dos grupos, estabelecendo-se distinções com base no seu nível de recursos económicos e culturais. As condições materiais semelhantes, correspondem modos de vida também semelhantes que condicionam escolhas e hábitos e modelam estilos de vida diferentes entre os grupos sociais¹⁶⁶.

162. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

163. Faizang, S., *Pour une Anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris: L'EHESS, 1989.

164. In Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

165. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot, 1992.

166. Silva, L. Ferreira, *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

O conceito de «estilos de vida» integra tanto as características materiais e sociais, como as características da personalidade, os acontecimentos vitais, os hábitos de vida, as atitudes e os comportamentos. «Hábitos de vida» e «estilos de vida» são ambos termos que são cruciais, ou seja, imprescindíveis para a manutenção adaptativa do indivíduo. Os estilos de vida são padrões de acção e modos de estar que diferenciam os indivíduos. Estão relacionados com estatutos e identidades sociais, mas também podem ser perspectivados como características culturais intimamente relacionadas com hábitos de vida. São elementos da cultura que integram costumes, valores e atitudes, ou seja, são conjuntos de práticas e atitudes que fazem sentido num contexto particular. Intervêm de forma directa ou indirecta nos diferentes modos individuais de adoecer ou de estar saudável.

Também para Drulhe¹⁶⁷, os estilos de vida são modelos de atitudes, valores e comportamentos ligados à saúde, adoptados pelos indivíduos em resposta ao ambiente económico, cultural e social. O autor realça os contextos de condições de vida os quais se inserem os estilos de vida próprios à saúde. Podem-se ter estilos de vida semelhantes, mas vivê-los de forma diferente, consoante as culturas específicas dos grupos sociais e as suas condições materiais de existência. O autor assemelha os estilos de vida às sub culturas de género, geração, classe e etnia que conduziram ao estabelecimento de inter relações entre atitudes, comportamentos e vastos sistemas simbólicos, com consequências positivas ou negativas para a saúde. Estes grupos têm a capacidade de assimilar e acomodar, sob certas condições, valores, normas e atitudes susceptíveis de mudar as relações com a saúde. Conforme Mildred e Blaxter¹⁶⁸, uma ideia que se tem vindo a sobrepor àquela de que a doença e a saúde são opostas tem a ver com a noção de bem-estar. A saúde é vista como um recurso para a vida quotidiana inerente aos estilos de vida e não somente como um objectivo de vida.

Desde 1970 que se desenvolveu uma proliferação de novos conhecimentos e actividades que focam o estado de saúde das populações. Alan Petersen e Deborah Lupton destacaram o corpo e o «self»^{169, 170}. A atenção vai sobretudo para o corpo, a forma, dieta e exercício, mas também

167. Drulhe, M., *Santé et société – Le façonnement societal de la santé*. PUF, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1996.

168. Blaxter, M., *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

169. Petersen, A.; Lupton, D., *The new public health: health and self in the age of risk*. Sage Publications, 1996.

170. Noção do «Eu» – tradução da autora.

surgem novas consciências do risco vistas como resultado de uma actividade humana. Surge uma relação entre «população» e «meio envolvente» que inclui sobretudo acções voluntárias por parte dos cidadãos mas que também faz uso da legislação. O indivíduo orienta cada vez mais, o seu comportamento e estilo de vida de acordo com a noção de risco e a sua exposição a factores de risco. A classe social, o género, a idade, o grupo étnico, o lugar de residência, o desemprego, são elementos de estilos de vida e de exposição a esses factores de risco. Na Saúde Pública actual introduz-se o aspecto da natureza reflexiva da saúde. A promoção da saúde é feita através de um trabalho sobre o corpo e sobre o *self*.

Deborah Lupton, numa análise dos estilos de vida, refere o discurso sobre o risco e o lidar com a incerteza¹⁷¹. Os riscos para a saúde parecem surgir em todos os cantos e existem vários tipos relacionados com a poluição e resíduos tóxicos, relacionados com escolhas e estilos de vida individuais e também os relacionados com o grupo social ao qual o indivíduo pertence. Lupton refere a centralidade dos significados e as medidas de risco. Uma ideia central na questão dos estilos de vida e saúde é a da noção de risco que têm uma conotação negativa e têm uma aceitação baseada em características socioculturais. Uma pessoa é, em si mesma, factor de risco e está exposta a ele, mas os níveis de risco são diferentes de pessoa para pessoa e podem certamente ser evitados. Como já referimos, os riscos são construções socioculturais e são políticos na sua construção, uso e efeitos. O fenómeno do «eu» e as estratégias de auto-cuidados tornaram-se centrais. As relações com o risco variam, por um lado com os factores genéticos e biológicos e, por outro, com os factores ambientais e sociais. O discurso do risco tende a assumir uma experiência universal e ignora as diferenças sociais, como a etnicidade e a classe social. As definições do risco servem para identificar o «self» e o «outro».

A análise dos efeitos dos estilos de vida na saúde deve ter em conta os efeitos cruzados das culturas de classe, das culturas de género, das culturas étnicas e de gerações, em situações sócio-históricas delimitadas. Os estilos de vida diferentes em culturas diferentes vão ser determinados, não só pelos factores pessoais, como também pelas características culturais¹⁷². O cruzamento destes factores com as diferenças sociais,

171. Lupton, D., *The Imperative of health – Public Health and the Regulated Body*. Sage Publications. Londres, 1995.

172. Rawaf, S.; Bahal, V., *Assessing health needs of people from minority groups*. RCP/FPH, 1998.

políticas e económicas combinam-se para, no seu conjunto, condicionar a saúde. A cultura é uma das determinantes mais importantes dos estilos de vida, sendo estes influenciados por factores, tais como as crenças e valores próprios dessa cultura acerca da saúde e da doença, factores estes que agem sobre os comportamentos que afectam os estilos de vida. A saúde, a doença e a morte são conceitos importantes em cada cultura. Outras determinantes importantes que condicionam os padrões de vida e estilos de vida são o tipo de emprego, o rendimento e a habitação. Dada a associação existente entre rendimento e saúde, não é surpreendente encontrar também uma relação forte entre desemprego e falta de saúde. Para além disso, o nível de educação tem a maior influência no emprego e na falta dele. Na relação entre pobreza e saúde temos de ter em conta as condições de vida e de trabalho, as limitações de recursos, as relações sociais, que são, entre outros, causadores de saúde e de doença. A maior parte das evidências sugere que as condições materiais estão na base de uma saúde deficiente. A pobreza impõe constrangimentos materiais do dia-a-dia, limitando o acesso a recursos fundamentais da saúde, como uma habitação adequada, boa nutrição e a oportunidade do exercício de cidadania. Os estilos de vida são o resultado de uma interacção entre inúmeras características sociais, culturais e económicas dos indivíduos, estando intimamente associados a gostos, grupos sociais e aos recursos disponíveis.

Benzeval M *et al.*¹⁷³ exploram a relação entre as condições socioeconómicas ao nível da privação (no sentido de pobreza) e a saúde e constroem um índice que se concentra em quatro grandes categorias: a privação material e social, os factores demográficos, os estilos de vida e o estado de saúde. A privação material e social juntamente com os factores demográficos afectam os estilos de vida. Por consequência, os três factores em conjunto actuam sobre o estado de saúde. Os factores demográficos, materiais e sociais têm uma influência directa no estado de saúde e um efeito indirecto nos estilos de vida.

Com o crescente conhecimento e tomada de consciência de que a saúde é um fenómeno total e transversal a qualquer e a todas as dimensões da vida dos indivíduos, desde o nascimento até à morte, e que estes indivíduos estão inseridos numa determinada sociedade, a saúde está intimamente associada e é consequência dos factores sociais, económicos e culturais deste mesmo contexto. Cada vez mais se dá relevo à dimensão

173. Benzeval, M.; Judge, K.; Smaje, C., Beyond class, race and ethnicity: deprivation and health in Britain. *Health Services Research* 1995; 30:1: pp. 163-177.

cultural e de identidade dos grupos de indivíduos, como um factor tão ou mais importante do que a dimensão socioeconómica, que é tantas vezes traduzida ou associada às classes sociais¹⁷⁴.

O comportamento humano só pode ser entendido à luz da cultura do grupo social de pertença. Os profissionais de saúde reconhecem que o próximo desafio é de ordem sociocultural¹⁷⁵. A cultura reporta-se a todas as esferas da actividade humana: língua, organização económica, estrutura política, ideologias, normas alimentares, sistema escolar e sistema de saúde. Dentro das culturas, existem também subculturas, por exemplo, as subculturas étnicas. Vários grupos portadores de subculturas originais estão inseridos numa matriz global na qual se exprimem as culturas veiculadas pelas comunidades que vivem no mesmo território nacional. Distinguem-se as subculturas ligadas aos grupos sociais em que cada subcultura étnica se apresenta sob tantas variantes quanto os grupos sociais. Identificam-se também as subculturas próprias ao género, homens e mulheres, aos jovens e aos mais velhos, às pessoas urbanas e rurais, aos ricos e aos pobres, entre outros.

É difícil dar uma definição satisfatória e totalmente englobante de cultura. Koeler¹⁷⁶ define cultura como «*o conjunto de comportamentos, saberes, e saber-fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade, sendo essas actividades adquiridas através de um processo de aprendizagem e transmitidas ao conjunto dos seus membros*». A definição mais divulgada de cultura é a de «*um todo complexo que inclui conhecimento, crenças, arte, moral, lei, costumes e outras capacidades e hábitos adquiridos pelos homens enquanto membros da sociedade*»¹⁷⁷. Até certo ponto a cultura pode ser vista como uma «lente» herdada, através da qual os indivíduos percebem e vêem o mundo e aprendem a viver nele com esta cultura. Dentro de cada sociedade existem culturas distintas, sobretudo nos países mais desenvolvidos, onde as sociedades modernas são complexas e incluem hoje em dia minorias étnicas e religiosas e trabalhadores imigrantes. Muitos destes grupos vão sofrendo ao longo dos tempos um processo de aculturação através de uma incorporação de atributos da sociedade de acolhimento.

174. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

175. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

176. In Braga, C., *A saúde e a doença na Peneda – Comportamentos e práticas*. Tese de mestrado em Relações interculturais, Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

177. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

«A cultura com as suas crenças, atitudes, os seus valores e ideologias encontra-se como grande responsável pela saúde e a doença na sociedade. A influência da cultura e as barreiras culturais são determinantes da saúde. É por estas razões que a abordagem biomédica clássica, o modelo clínico de educação do paciente e a epidemiologia tradicional reconhecem hoje os seus limites», afirma Massé¹⁷⁸. Um dos papéis das ciências sociais é o de analisar as relações entre sociedade, cultura e saúde. A cultura não é mais do que o próprio *social* e este é entendido como a totalidade das relações que os grupos mantêm entre si dentro do mesmo conjunto (etnia, região, nação) e com os outros conjuntos¹⁷⁹. Cada modelo de cultura é constituído pelo conjunto de valores e pelas componentes que distinguem uma comunidade e os seus membros. A temática da saúde e da doença no domínio da cultura pressupõe também a compreensão do seu significado. Falar de saúde e de doença é falar do nosso entendimento da vida, é exprimir valores e crenças culturais, mas é também evocar toda uma cultura que é colectiva. Em suma, o contexto cultural influencia a nossa relação com a saúde¹⁸⁰.

A cultura de um grupo não se limita a um conjunto de crenças e de valores veiculados por esse grupo. Esta impõe-se como uma das determinantes fundamentais de saúde e a sua influência só pode ser compreendida com a complementaridade das condições socioeconómicas¹⁸¹.

Smaje salienta que alguns autores consideram que a experiência de saúde dos grupos étnicos é determinada mais por factores culturais associados à etnicidade, do que pela etnicidade propriamente dita, e preocupam-se pela atenção excessiva dada à etnicidade o que pode levar à ideia generalizada de que esta é a causadora de uma saúde mais debilitada¹⁸². Este autor acrescenta que a cultura tem sido assim equacionada com a etnicidade, assumindo-se que ela tem um impacto na saúde das minorias étnicas. Esta equação tem monopolizado as explicações sobre a saúde dos imigrantes. Por outras palavras, a cultura «étnica» é evocada como sendo o factor mais importante ao determinar padrões diferenciais de saúde e de doença entre os diferentes grupos étnicos.

178. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

179. Braga, C., *A saúde e a doença na Peneda – Comportamentos e práticas*. Tese de mestrado em Relações interculturais, Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

180. Silva, L. Ferreira, *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

181. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

182. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

No entanto, uma explicação puramente «culturalista» pode omitir o significado de factores alternativos, tais como a classe, o género e a idade, que podem ser variáveis tão importantes como a cultura e a etnicidade na incidência, diagnóstico e tratamento de algumas doenças.

A fim de superar estes problemas, a análise cultural da saúde e da doença tem de ser equilibrada com análises estruturais. Os grupos étnicos diferem não só em termos de cultura, mas também e talvez com uma maior importância, em termos de posição social, ou seja, em termos de localização na estrutura da desigualdade social. Logo, a etnicidade e a classe social estão interrelacionadas sendo possível identificar uma hierarquia de grupos étnicos com base em indicadores como o rendimento, ocupação, educação, e acesso a bens e serviços como a saúde¹⁸³.

Em termos de uma tentativa de explicação teórica para as diversidades em saúde e em doença, existem, de acordo com Smaje, duas vertentes, a culturalista e a estruturalista. No primeiro caso, existem explicações culturalistas simples, baseadas nas diferenças culturais e explicações mais sofisticadas que reconhecem a importância das diferenças culturais no significado de saúde e de doença entre as pessoas de diferentes origens étnicas. Em contraste com as explicações culturalistas, há as explicações estruturalistas ou materialistas, que focam predominantemente a *localização social* (por exemplo, a classe social, a idade e o «status imigrante») enquanto um factor causal primordial para os resultados em saúde. Também se distinguem dois tipos de explicações estruturalistas. Enquanto o primeiro tende a diminuir a importância do papel da etnicidade, o segundo é o resultado de uma intersecção de uma série de factores como a classe, etnicidade, género, idade e «status de imigrante». Esta segunda explicação dá a mesma importância à influência da classe que à influência da etnicidade e incorpora o papel da influência da cultura. Uma explicação completa deveria examinar cada factor como um fenómeno cultural e estrutural¹⁸⁴.

As características culturais têm uma influência significativa em inúmeros aspectos da vida dos indivíduos que têm fortes implicações para a saúde e os cuidados de saúde¹⁸⁵. Apesar da sua importância, a cultura nunca é, no entanto, a única influência determinante, mas sim uma entre

183. *Idem, ibidem.*

184. *Idem, ibidem.*

185. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

muitas das influências sobre crenças e comportamentos relacionados com a saúde; a cultura também inclui os factores individuais, os factores educacionais, os factores socioeconómicos e os factores ambientais que contextualizam os indivíduos tendo um papel determinante na forma como os indivíduos interpretam os seus sintomas e se comportam face à saúde e à doença.

Todo e qualquer sistema de saúde possui dois aspectos interrelacionados, o aspecto cultural e o aspecto social. As sociedades modernas, complexas e industrializadas têm sistemas pluralistas de cuidados de saúde, contendo geralmente em simultâneo um subsistema popular (sistema não médico relacionado com opções dos próprios indivíduos, auto-medicação, conselhos e orientações da família), um subsistema tradicional (medicina popular, curandeiros, medicinas alternativas) e o subsistema profissional (sistema de saúde ocidental). Os indivíduos optam por uns ou/e por outros, consoante as situações.

Os factores culturais podem ser causais, contribuidores ou protectores na sua relação com a saúde e a doença. Em muitos casos de doença são vários os factores que coincidem. Cecil Helman seleccionou os factores culturais que são, de forma geral, mais examinados: a situação económica, a estrutura familiar, os papéis entre géneros, os padrões de casamento, os comportamentos sexuais, os padrões de contracepção, as políticas populacionais (em termos de ideal de tamanho da família), práticas durante a gravidez e parto, alterações à imagem do corpo, dieta ou hábitos alimentares, formas de vestir, higiene pessoal, as condições habitacionais e sanitárias, a ocupação, a religião, o uso de estimulantes (álcool, tabaco, drogas), auto-tratamentos e terapias leigas, formas de lazer e o estatuto de migrante¹⁸⁶.

São as considerações que perspectivam diferentemente a saúde consoante o meio cultural que vão orientar o nosso estudo de saúde e doença na comunidade cabo-verdiana. Mas, para tal, temos de abordar o conceito de cultura na sociedade global moderna e a visão da comunidade cabo-verdiana enquanto possuidora de uma cultura própria. A cultura comporta um importante elemento estruturante que são as representações sociais. São estas mesmas noções que vão permitir-nos o estudo das representações sociais de saúde e de doença nesta comunidade. Esta comunidade tem uma cultura própria e pode ser considerada uma comunidade possuidora de uma microcultura que se insere

186. *Idem, ibidem.*

na cultura global e interage com esta estando por vezes ambas as culturas sobrepostas. Iremos tentar perceber em que circunstância uma prevalece sobre a outra.

CAPÍTULO VI – REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE E DOENÇA

1. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DE DOENÇA

Para além dos conhecimentos, das crenças, dos valores, das opiniões e das atitudes, a noção de representação social refere-se à organização mental que abarca essas dimensões mais ou menos colectivas do pensamento e que dá a conhecer as interações que entre elas se estabelecem, funcionando como revelador mais integrado da cultura¹⁸⁷. A medicina, a saúde e a doença constituem um dos campos privilegiados de estudo da representação social.

De acordo com Ibáñez¹⁸⁸, as representações constroem-se a partir de uma série de materiais das mais diversas origens, sendo grande parte deles provenientes do fundo cultural acumulado na sociedade no decorrer da sua história. Este circula através de toda a sociedade mediante crenças partilhadas, valores considerados básicos e referências histórico-culturais que conformam a memória colectiva e a identidade da própria sociedade.

A saúde pode ser vista como um bem-estar corporal e mental feito de equilíbrio, de auto-realização e de prazer de viver, ou vista através da capacidade para trabalhar e pela ausência de doença, entre outras características. As representações são um fundo cultural com crenças partilhadas, valores, referências histórico-culturais que formam a memória colectiva e a identidade da própria sociedade. Ao nível das representações sociais, o conceito de representação é concebido como reprodução de uma dada realidade nos sistemas linguísticos ou cognitivos. Embora o conceito remonte a Durkheim (1898) que distinguia representações individuais e representações colectivas, o estudo das representações sociais só se faz a partir dos meados do século XX.

187. Silva, L. Ferreira, *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

188. Ibáñez, T., *Representations sociales, Teoria Y método*, in Ibáñez, T., (coord.), *Ideologias de la vida cotidiana*, Barcelona: Sendai, 1988.

Foi Moscovici (1961) que introduziu este conceito em psicologia social e insistiu na importância da penetração de uma teoria científica no pensamento comum e sobre o seu poder na criação da realidade social. O autor publica um trabalho sobre a apropriação da teoria psicanalítica para pacientes de diferentes grupos sociais. Para Moscovici as representações sociais são um conjunto de conceitos, proposições e explicações criados na vida quotidiana no decurso da comunicação inter-individual. Nas sociedades actuais, são o equivalente dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais. Podem ser vistas como uma forma de conhecimento ou saber específico, como a visão contemporânea do senso comum¹⁸⁹.

As representações sociais, segundo a teoria de Moscovici, relembrada por Herzlich¹⁹⁰, devem ser estudadas articulando elementos afectivos, mentais e sociais e integrando, a par do conhecimento, da linguagem e da comunicação, o contributo das relações sociais que afectam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas intervêm.

Jodelet¹⁹¹ propõe a seguinte definição de representação social: «designa uma forma de conhecimento específico, o saber de senso comum, em que os conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. As representações sociais “são fenómenos específicos que revelam uma certa forma de compreender e de comunicar – uma forma que produz realidade e percepção quotidiana”. É uma actividade de apropriação e de elaboração da realidade exterior ao pensamento, que tem um objectivo prático de organização e de domínio das condutas e comunicações. Funciona como um guia de acção, define a relação com o mundo e com os outros. Serve de grelha de leitura da realidade, fornece os quadros e os códigos de comunicação e contribui para forjar uma visão comum ao serviço dos valores, desejos, necessidades e interesses dos grupos que a partilham».

Uma das vias usadas para definir a saúde é através do exame das percepções ou representações dos indivíduos acerca do conceito. Certos indivíduos definem a saúde em termos de força física e energia, outros atribuem crenças ou fatalidades de sorte ou azar à saúde e à doença. As percepções populares e leigas sobre a saúde e a doença podem ser

189. In Vala, J., *Psicologia social*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.

190. Herzlich, C., *Santé et maladie – analyse d'une représentation sociale*. Paris: L'EHESS, 1996.

191. Jodelet, D., *Folies et représentations sociales*. PUF, Paris, 1989.

estudadas a partir de diferentes pontos de vista, no campo das teorias subjectivas e das representações sociais. As teorias subjectivas têm como elemento de referência o indivíduo. São as hipóteses que os indivíduos emitem sobre o mundo e eles próprios como metáforas. As representações sociais têm como elemento de referência o grupo. Toda a representação social comporta elementos cognitivos e uma referência a comportamentos. Confronta também a experiência dos indivíduos com as normas e as informações do meio cultural onde estas evoluem¹⁹².

O estudo das representações da saúde e da doença é um meio privilegiado para compreender a sociedade que se investiga. As representações e as práticas articulam-se com o conjunto dos sistemas de representações dos indivíduos e as suas actividades sociais. Uma hipótese colocada por Faizang, centra-se na ideia que o discurso sobre a doença tem o valor da linguagem e por vezes traduz a linguagem das tensões entre indivíduos e entre grupos; este discurso é codificado em função da pertença cultural dos sujeitos e do contexto social em que eles evoluem. A forma como categorizam a saúde e a doença vai depender da experiência individual e dos modelos culturais de referência. Faizang chega a alguns resultados através da criação de modelos de «acusação» (atribuição de culpas para a doença): a auto-acusação é a culpa do próprio, sanção ou a culpa de um próximo (familiar); a culpa do outro próximo; a culpa do outro longe ou distante e a culpa da sociedade. Faizang refere que em África existem modelos de auto-acusação, de comportamentos e práticas «diabólicas», de carácter endógeno, e modelos de acusação do outro, efeito de feitiçaria, nomeadamente, de carácter exógeno¹⁹³.

A representação mental que cada pessoa tem não é apenas individual mas é, em grande parte, constituída por informação da cultura da sociedade a que pertence ou seja, corresponde às representações sociais. As representações sociais da saúde foram estudadas conjuntamente com as da doença por Claudine Herzlich¹⁹⁴, entre outros. A pertença a uma cultura fornece um quadro no qual se operam as interpretações que dizem respeito aos fenómenos do corpo e, em particular, à doença e seus sintomas. Quando esta autora, nos anos 60, estudou a representações da saúde e da doença, independentemente do saber médico,

192. La Rosa, E., *Santé, précarité et exclusion*. Le sociologue, PUF, Paris, 1998.

193. Faizang, S., *Pour une Anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris: L'EHESS, 1989.

194. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

procurava, na verdade, compreender através de que noções e valores os membros de uma sociedade dão forma e sentido às suas experiências individuais e, nesta base, se elabora uma realidade social colectivamente partilhada. Critérios sociais como actividade/inactividade e participação/exclusão social são utilizados para definir o «doente» e o «são». Estar doente é sinónimo de não trabalhar. A representação da saúde é feita através de um registo que vai do orgânico (ausência de doença) ao social (estar bem com os outros, ser eficiente no trabalho).

Num trabalho coordenado por Augé e Herzlich¹⁹⁵ apresentam-se quatro formas possíveis de construção de discursos sobre a saúde e as suas determinantes sociais. Na primeira, a saúde equivale a não estar doente que é a forma «saúde-doença». Nesta forma a doença está ligada a um disfuncionamento orgânico ou psíquico, mas geralmente exógeno: excessos, abusos, transgressões, ritmos, quer isto dizer, face à norma e ceticismo/ fatalismo em relação à prevenção (representa cerca de 50% das respostas). Na segunda, a saúde equivale ao que há de mais importante, ela é um valor de referência sob a forma «saúde-instrumento», que significa riqueza, capital. (em 25% das respostas). Não é só uma finalidade em si, mas um pilar indispensável da vida, está no centro das preocupações destes indivíduos. Na terceira, a saúde sob a forma «saúde-produto», é sobretudo uma tipologia dos indivíduos em meio urbano (na qual se enquadram cerca de 20% das respostas). Neste caso, a saúde depende do alojamento, do sono, do trabalho, da medicina. A saúde é o produto dos comportamentos individuais, das condições de vida e do sistema social. São indivíduos mais centrados em si, com práticas alimentares naturais, que praticam exercício físico, e com uma elevada consciência da diferença entre o prazer imediato (fumar, beber) e os riscos para a saúde; os indivíduos não se referem muito ao trabalho. Na quarta e última forma, a saúde surge em termos de organização, «saúde instituições». A saúde aparece como um património colectivo e a sociedade assegura a sua gestão através de diferentes instituições, através de políticas educativas, associações, escolas, família, e a organização social em geral.

Segundo Herzlich¹⁹⁶, a doença é vista como harmonia/desarmonia, equilíbrio/desequilíbrio do indivíduo em relação ao meio a que pertence.

195. Pierret, J. in Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

196. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

A autora identificou a representação da saúde e da doença como entidade endógena (o indivíduo e a sua participação na génese do seu estado) e igualmente exógena (estilo de vida que cada um leva). A saúde pertence ao indivíduo, é endógena e propriedade individual; a doença é exterior a ele e faz parte da sociedade. A saúde e a doença estão, desta forma, entre o indivíduo e a sociedade. Herzlich observa como um conjunto de valores, normas sociais e modelos culturais são pensados e vividos pelos indivíduos. Estuda como se elabora, se estrutura, logicamente e psicologicamente, a imagem destes objectos sociais que são a saúde e a doença. A representação interessa pelo seu papel na construção da realidade social e elabora-se em três planos: a experiência em si, as noções que a explicam e as normas de comportamento que daí derivam. Segundo a mesma autora, a saúde e a doença apresentam-se como um modo de interpretação da sociedade pelo indivíduo e como uma forma de relação do indivíduo com a sociedade.

Num outro estudo de Claudine Herzlich sobre a autoavaliação da saúde, os entrevistados distinguiram a doença, o conceito negativo, que era produzida por formas de vida e especialmente da vida urbana, do conceito positivo de saúde¹⁹⁷. Existe, ao nível da representação não uma única saúde mas diversas «saúdes». Identifica-se a saúde com três dimensões: a «saúde-vazio», ou seja, a simples ausência de doença, um «fundo ou reserva de saúde», determinado pelo temperamento e constituição que implica robustez, força e resistência e por fim a «saúde equilíbrio», sinónimo de bem estar psicológico e físico e associada a uma actividade regular. A linguagem da saúde e da doença não é a linguagem do mundo interior que é o mundo do corpo, mas sim da nossa relação com o mundo exterior, da relação com o exterior socializado. A relação indivíduo-sociedade, ou seja, o modo de vida, actividade-inactividade, joga um papel que determina a dupla «saúde-doença» e a noção de uma sociedade agressiva. Herzlich concluiu que a saúde e a doença se apresentam como um modo de interpretação da sociedade pelo indivíduo e como modo de relação do indivíduo com a sociedade.

197. Herzlich, C.; Pierret, J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot, 1991.

Pierret, J. in Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

As «saúdes» podem ser caracterizadas de forma diversa e com funções distintas:

	Saúde vazio	Fundo/reserva de saúde	Equilíbrio
Conteúdo	SER Ausência de conteúdo positivo	TER Robustez, força, resistência	FAZER Bem-estar físico e psicológico, Bom humor, actividade
Relação com a pessoa	Facto impessoal Tudo ou nada	Característica pessoal e tomada de consciência	Norma pessoal, tudo ou nada, tomada de consciência
Relação com outras formas	-	Diminuição do equilíbrio	Apoia-se sobre o fundo de saúde
Relação com a doença	Destruído pela doença	Resistência à doença	Integra os problemas

Fonte: Herzlich, C.; Pierret, J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot, 1991

Ao estudar as representações sociais da saúde e da doença num grupo, o que se pretende é captar o discurso no qual os indivíduos explicitam de diversas formas (opiniões, sentimentos, informações, relato de experiências e de comportamentos) a sua imagem de saúde e de doença e o sentido que ela tem para eles, assim como observar as suas atitudes e comportamentos. Indo ao encontro das teorias subjectivas considera-se, no entanto, que as representações sociais não se apoiam somente na percepção individual, mas que se deve ter em conta que as representações sociais são partilhadas socialmente, e por isso, elas são menos específicas de um indivíduo e mais de um grupo. As representações leigas da saúde cobrem um vasto leque de concepções subjectivas. Herzlich interrogou 24 pessoas da classe média e identificou separadamente três tipos de referência social da doença: a «doença destrutiva» que se caracteriza pelo abandono do «papel» e a exclusão social, a par da dependência do outro; a «doença libertadora», vivida como repouso e ruptura de constrangimentos sociais, e a «doença ocupação» ou «doença profissão» enquanto luta activa contra a doença e a angústia que ela suscita, e que é caracterizada pela aceitação da doença.

Existem inúmeros significados sociais, muitas formas diferentes de falar de saúde para os não profissionais. Para estes, a saúde evoca a doença e a medicina, o trabalho, a educação, a família e por detrás das diferentes concepções da saúde é possível ler o sentido que os indivíduos dão às

suas condutas e práticas sociais. Abandona-se a ideia de que a doença possa ser causada por um único factor exógeno, fala-se de concepções causais múltiplas. Segundo alguns autores, a representação que os indivíduos têm da sua saúde está claramente associada, entre outros aspectos, à sua idade e ao seu nível de educação¹⁹⁸.

A relação entre doença e saúde tem-se vindo a alterar ao longo dos tempos, tal como vimos na evolução do conceito de saúde. Existem vários níveis de bem-estar e vários níveis de mal-estar, de doença e ausência de doença, bem como de diferentes combinações entre estes. A definição de saúde como «um estado passivo», estando os indivíduos simplesmente doentes ou sãos, deixou de fazer sentido. A par da nova maneira de pensar a saúde, desenvolveram-se os conceitos de qualidade de vida e de bem-estar. Da atenção dada a critérios externos aos indivíduos passou-se a efectuar uma avaliação da qualidade de vida, saúde e bem-estar centrada na percepção pessoal, ou ainda na forma como o indivíduo e como os outros à volta dele se apercebem da dimensão do problema¹⁹⁹.

Alphonse D'Houtard e Field²⁰⁰ exploraram o mesmo território analítico que Herzlich, mas de uma forma complementar. Partiram inicialmente de uma pesquisa mais extensiva, feita por meio de uma entrevista com uma pergunta aberta junto de 4000 entrevistados e através de um estudo das representações sociais da saúde segundo os grupos de idade e as categorias socioprofissionais²⁰¹. A segunda pesquisa foi conduzida através de perguntas fechadas²⁰².

198. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

Reijneveld, S. A.; Gunning-Schepers, L. J., Age, health and the measurement of the socioeconomic status of individuals. *European Journal of Public Health*, 1995; 5: pp. 187-192.

199. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

200. D'Houtard, A.; Field, M., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Coll. Espace social, Presses universitaires, Nancy, 1989.

201. Na primeira investigação surgiram 41 definições de saúde que depois foram reagrupadas em dez grupos mais sintéticos (uso hedónico da vida, equilíbrio, referência ao corpo, vitalidade, bem-estar psicológico, higiene, valor da saúde, prevenção, aptidões físicas, e não-doença). Em seguida, agruparam os dez grupos sintéticos em dois grupos, o grupo A (uso hedónico da vida, equilíbrio, referência ao corpo, vitalidade) e o grupo B (bem-estar psicológico, higiene, valor da saúde, prevenção, aptidões físicas, e não-doença). No grupo A predominam o «eu», a introversão e as normas pessoais enquanto que no grupo B, o «nós», a extroversão e as normas sociais.

202. Na segunda parte da investigação analisa-se a imagem da saúde através da resposta de 11 000 indivíduos a 5 perguntas fechadas: Manter-se em bom estado de saúde provem de (1. da higiene; 2. do trabalho, 3. da medicina; 4. dos lazeres); Ter uma boa

Os autores agruparam em seguida as respostas de acordo com quatro categorias: critérios objectivos (o valor da saúde), critérios subjectivos (as referências ao corpo, o bem-estar psicológico), os meios (equilíbrio, higiene e prevenção), e os objectivos (vitalidade, a não doença e as aptidões físicas). Verificou-se que para os trabalhadores manuais e as pessoas mais velhas, a ideia de saúde é mais fatalista do que para os quadros e pessoas mais novas²⁰³.

Segundo alguns autores como Blaxter²⁰⁴ e D’Houtard²⁰⁵ a visão da saúde, aferida pela forma como as pessoas a definem, é diferente consoante o grupo social. As classes trabalhadoras dão uma visão mais negativa (ausência de doença), e funcional (ligada à aptidão para trabalhar) do que as pessoas das classes superiores em que a definição é mais positiva (bem-estar) e emocional (satisfação, felicidade).

Para Faizang e Auge e Herzlich²⁰⁶, o estudo das representações sociais da saúde constitui um meio privilegiado para compreender a sociedade, considerando que a doença surge como um acontecimento eminentemente social. Um enunciado explicativo remete sempre para o contexto social que o produz e qualquer situação anormal e patológica só é encarada como tal por ser parte integrante desse contexto.

Durante a primeira metade do século XX, doenças como a tuberculose, a pneumónica, a gripe, a febre espanhola, ou outros tipos de epidemias eram consideradas as doenças mais temidas. Durante os anos 60, destacam-se o cancro e as doenças cardiovasculares. Actualmente, a «SIDA»

saúde é (1. ter sorte; 2. ter resistência física; 3. tomar precauções; 4. ter boas condições de vida e de trabalho); O que é que corresponde melhor à definição da saúde (1. desabrochamento; 2. boa moral; 3. a alegria de viver; 4. o equilíbrio; a boa forma); Ser bem constituído é (1. não sentir o seu corpo; 2. não estar doente; 3. conhecer-se bem; 4. poder enfrentar todos os problemas da vida; 5. sentir-se bem na sua pele); Qual das duas fórmulas é da sua preferência (1. se estamos doentes é porque temos de estar; 2. podemos sempre evitar a doença).

203. D’Houtard, A.; Field, M., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Coll. Espace social, Presses universitaires, Nancy, 1989.

204. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

205. D’Houtard, A.; Field, M., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Coll. Espace social, Presses universitaires, Nancy, 1989.

206. Faizang, S., *Pour une Anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris: L’EHESS, 1989.

Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

é comparada às epidemias do passado no que diz respeito às reacções individuais e colectivas, conforme afirmam Adam e Herzlich²⁰⁷. Estes mesmos autores referem o estigma de que algumas doenças crónicas são portadoras. Hoje em dia, a prevalência da SIDA e das doenças crónicas mudou a atitude das pessoas perante a doença e o doente. Susan Sontag²⁰⁸ num estudo sobre as metáforas das doenças, diz que através das suas concepções da doença, os homens revelam os seus conceitos de sociedade e das suas relações sociais. Logo, numa interpretação social da doença é imprescindível que esta seja contextualizada pelas relações sociais e pelas representações sociais dessa mesma sociedade que a metaforiza. Esta autora descreveu como, através da história, certas doenças graves, especialmente aquelas cuja origem não era conhecida e cujos tratamentos não tinham sucesso, se tornaram metáforas para tudo o que era antinatural, social e moralmente errado perante a sociedade. Para a autora, na Idade Média, as doenças epidémicas como a peste eram a metáfora para a desordem social e a quebra da ordem social, religiosa e moral.

Outro caso, ainda presente em muitas sociedades enquanto doença discriminatória, é a lepra. Através dos tempos os doentes de lepra e suas famílias têm sido estigmatizados e postos à margem por muitas sociedades que consideram esta doença como uma maldição de Deus ou como a consequência directa dos pecados cometidos²⁰⁹. Nos dois últimos séculos, a sífilis, a tuberculose e o cancro foram vistos por todos como a metáfora do mal e do demónio; hoje em dia, a SIDA é a metáfora para a punição moral da expressão livre da sexualidade e da emergência de formas de sexualidade que escapam aos modelos convencionais e legítimos.

Voltando às representações sociais, para Laplantine²¹⁰, a representação é o reencontro de uma experiência individual com os modelos sociais num mundo de apreensão particular do real. É um saber que os indivíduos de uma dada sociedade ou de um grupo social elaboram à volta de um segmento da sua existência ou de toda a sua existência. É uma interpretação que se organiza em ligação estreita ao social e que acaba

207. Adam, P.; Herzlich, C., *Sociologie de la malade et de la médecine*. Paris: Nathan, 1994.

208. Sontag, S., *A doença como metáfora e a SIDA e as suas metáforas*. Quetzal Editores. Lisboa, 1998.

209. ILO (International Labour Organization) and ALERT (The all Africa Leprosy, Tuberculosis and Rehabilitation Training Center) Publication, «The end of Isolation», 1999.

210. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot, 1992.

por ser a própria realidade. Assim, a doença pode ser apercebida de formas diferentes em função da pertença sociocultural dos indivíduos, das características da patologia e da época em consideração.

Segundo Krause e Jay, as diferenças culturais na percepção da saúde podem explicar alguns resultados²¹¹. Uma das medidas mais frequentes para conhecer o que cada um pensa sobre o seu nível de saúde consiste em pedir aos indivíduos para classificarem a sua saúde entre «excelente», «boa», «média» ou «fraca». As respostas são principalmente determinadas por doenças correntes, comportamento de saúde, problemas de saúde, habilidade física e desempenho (funcionamento físico). Em resposta à pergunta «Se lhe fosse pedido para descrever a sua saúde, diria que ela é excelente, boa, média ou fraca?» seguida de uma outra «Diga-me porque razão?», resultaram nove grandes categorias conceptualmente significativas: presença de problemas de saúde, ausência de problemas de saúde, funcionamento físico, condição física geral, energia, comportamento positivo de saúde, comportamento negativo de saúde, comparações de saúde e saúde mental.

Um exame mais cuidadoso, concentrando-se apenas no cruzamento com a pertença a um grupo étnico, indica que pode haver uma diferenciação étnica na propensão para usar o funcionamento físico e problemas de saúde como referências. Nem todos os indivíduos utilizam o mesmo quadro de referências. Uns pensam em termos de problemas específicos de saúde, outros pensam em termos de funcionalidade física ou comportamentos de saúde. Os dados mostram que as referências variam com a idade. Outros resultados mostram que também variam com a educação e a pertença a um grupo. Todo o processo de migração pode implicar maiores necessidades de saúde, mesmo entre os grupos relativamente mais favorecidos, que podem ser explicadas pela perda de laços sociais e diferenças culturais, inerentes a qualquer processo de migração. As necessidades de saúde estão relacionadas com as metas de uma população mais saudável e são influenciadas por muitos factores como a posição socioeconómica, a habitação, o ambiente, as características culturais e sociais, crenças religiosas e costumes²¹². A saúde humana situa-se entre os sistemas mais complexos e dinâmicos. Os grupos étnicos não são homogéneos e diferem na sua susceptibilidade genética, cultura, factores de risco, percepções e representações da

211. Krause, N. M.; Jay, G. M., What do global self-rated health item measure? *Medical Care* 1994; 32: pp. 930-942.

212. Rawaf, S.; Bahal, V., *Assessing health needs of people from minority groups*. RCP/FPH, 1998.

saúde e da doença, assim como nas expectativas face aos serviços sociais e de saúde.

Bernard Honoré diz que é necessário e urgente pensar fundamentalmente na questão do significado da saúde e que não devemos ficar satisfeitos com a concepção mais corrente que compara a saúde à ausência de doença, à normalidade, ao bem-estar²¹³. A saúde, para além dos seus aspectos biológicos e médicos bem conhecidos, integra também os aspectos sociais, económicos, ecológicos, culturais, políticos e espirituais. A ideia dominante e mais corrente é aquela que relaciona a saúde à «não doença», isto é, à ausência de doença. A saúde deve conter, assim, duas componentes: a ausência de doença e a presença de completo bem-estar. Todavia, não basta não ter doenças, para possuir um melhor estado de saúde. Também é preciso sentir um estado de completo bem-estar, já que a ausência de doença não está sempre em correlação com esse estado de bem-estar.

Jodelet²¹⁴ também estudou as representações sociais da saúde. Analisou a religião Umbanda onde se pratica a Macumba. Concluiu que esta representa uma forma acabada do sincretismo pois integra os espíritos autóctones dos índios, os orixás do candomblé, os santos protectores do catolicismo, assim como a reencarnação africana. Neste contexto, existe um conjunto de representações comuns da doença e da saúde, partilhado tanto por curandeiros, rezadeiras, parteiras e médiuns. Os remédios prescritos no quadro do espiritismo umbandista são muitas vezes os mesmos que são administrados por rezadeiras e herbários.

A conceptualização popular da saúde e da doença é normalmente coincidente com as representações sociais da cultura dominante. Por exemplo, a doença é o conjunto das condições que, julgadas pela cultura dominante são dolorosas ou incapacitantes e que ao mesmo tempo se desviam do estado ideal. A conceptualização ou percepção popular sobre o que é a saúde coincide também, regra geral, com a definição oficial, tanto a negativa como a positiva. A definição oficial de saúde pela negativa passa por não estar doente ou não se sentir doente. A definição positiva passa por um estado ideal, o bem-estar, o ajuste físico e mental, o ter força ou capacidade, aspectos que estão relacionados com a grande questão da qualidade de vida. Sentir-se saudável ou doente são formas de percepção popular da saúde e da doença.

213. Honoré, B., *Être et Santé. Approche ontologique du soin*. Ed. L'Harmattan, Paris, 1999.

214. Jodelet, D., *Les représentations sociales*, Paris: PUF, 1989.

A sociologia e a antropologia da saúde e da doença ensinam a encarar como manifestações culturais e sociais as atitudes em que as sociedades ou os grupos «decidem» o que constitui saúde e doença, seleccionam os factos que devem ser considerados sintomas patológicos, interpretam as percepções e lhes modelam a expressão²¹⁵. O mesmo é dizer que a doença é um fenómeno significativo de cultura que expressa crenças e valores e traduz a relação com a ordem social. À luz da interpretação cultural podem ser encarados os diferentes aspectos da relação com a instituição de saúde. Nesta, a doença é uma realidade social definida pela autoridade médica num modelo bio-fisiológico de que as interpretações do doente são excluídas, numa relação assimétrica em que a autoridade profissional não admite contestação. Reveladora do sistema social que a desenvolveu, a medicina moderna supõe uma socialização do papel de doente e utente dos serviços. Porém na sua inconformidade a esses papéis, a atitude de certos grupos étnicos (por exemplo, os ciganos) face à instituição de saúde é reveladora da sua (e da nossa) cultura. A etnicidade refere-se a práticas culturais e resultados que caracterizam um dado grupo de pessoas e o distingue de outros grupos. O grupo sente-se ele próprio diferente, por virtude da linguagem, ancestralidade, religião, uma história e outras práticas culturais partilhadas desde hábitos alimentares a estilos de vestir. As diferenças étnicas resultam da aprendizagem e de uma socialização e aculturação, e não de uma herança genética²¹⁶.

Estar doente implica uma interpretação subjectiva da origem e significado deste acontecimento bem como uma resposta individual, através de várias etapas, a fim de resolver a situação. Não só inclui a experiência como também o significado, afecta o comportamento e as relações humanas bem como as actividades do quotidiano. Tanto o significado dado aos sintomas e à dor como as respostas escolhidas são influenciadas pelas características pessoais, bem como pelo contexto cultural, económico e social nos quais os sintomas surgem.

A doença é culturalmente construída na medida em que a forma como a percebemos, experimentamos e com ela lidamos é baseada nas nossas explicações de doenças, próprias das posições sociais que ocupamos e dos sistemas de valores que possuímos. Um significativo exemplo de

215. Adam, P.; Herzlich, C., *Sociologie de la malade et de la médecine*. Paris: Nathan, 1994.

216. Jones, Linda J., *The social context of health and health work*. Macmillan Press, London, 1994.

construção cultural ligada à doença é a reacção perante a dor. Deve-se assim questionar se esta varia, entre outras razões, dependentemente da cultura e do valor atribuído aos sintomas, que difere muito em importância e significado, por efeito de crenças, preconceitos e conhecimentos que cada cultura aceita e transmite²¹⁷. As definições do que constitui tanto a saúde como a doença variam consoante os indivíduos, as famílias, os grupos culturais e sociais. No entanto são os factores culturais que determinam quais são os sintomas ou sinais que são percebidos como anormais.

«Qual é a percepção que os indivíduos fazem da sua saúde e da doença? De que depende essa percepção?» pergunta Flick²¹⁸. Pode variar, por um lado, em função das características socioeconómicas dos indivíduos, e, por outro, de teorias subjectivas da saúde e da doença e ainda das representações sociais. As teorias subjectivas pressupõem que o indivíduo emite certas hipóteses sobre si próprio e sobre o mundo. Schütz apoiou-se para o desenvolvimento de teorias, nas construções das percepções dos indivíduos na sua vida quotidiana.

Sobre as teorias subjectivas da saúde, Faltermaier²¹⁹ apresenta-nos uma imagem do sistema de saúde «invisível» da vida quotidiana. Este autor prefere o conceito de «consciência da saúde»²²⁰ em relação ao estado de saúde autoavaliado. O estudo dá uma visão dos trabalhos em curso neste domínio e esboça um modelo de investigação susceptível de possibilitar uma abordagem pertinente da saúde. O autor relata um estudo representativo realizado na Alemanha²²¹ e que mostra que os «profanos» são mais activos do que aquilo que os profissionais acreditam: 77% das pessoas interrogadas recorreram à auto-medicação, 63% pediram informações a membros da família e 50% fizeram-se ajudar por estes. Faltermaier refere que outro estudo revela que entre dois terços e três quartos de todos os problemas de saúde são regulados no

217. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

218. Flick, U., *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. L'Harmattan, Santé, société et cultures, Paris, 1992.

219. Faltermaier, T., *Théorie subjective de la santé: Etat de la Recherche et importance pour la pratique* in Flick, U., *Théories subjectives et représentations sociales*. L'Harmattan, Santé, société et cultures, Paris, 1992.

220. Citado por La Rosa, E., *Santé, précarité et exclusion*. Le sociologue, PUF, Paris, 1998.

221. Grunow *et al.*, 1983 in Faltermaier, T., *Théorie subjective de la santé: Etat de la Recherche et importance pour la pratique* in Flick, U., *Théories subjectives et représentations sociales*. L'Harmattan, Santé, société et cultures, Paris, 1992.

ciclo da família, amigos e relacionamentos²²². Trata-se de um sistema de saúde «invisível». Este trabalho é sobretudo feito pelas mulheres que não são só as «especialistas» em matéria de saúde, mas são também as primeiras a ajudar concretamente, como prestadoras de cuidados, negociadoras e mediadoras.

A «consciência da saúde» é uma das componentes de uma manifestação social da saúde e da doença. Representa um fenómeno individual, social e colectivo. Muitos indivíduos têm uma certa concepção comum da saúde, sendo a consciência da saúde também uma construção social que se transmite ao longo da história das sociedades. As representações da doença e da saúde podem ser concebidas como um sistema cultural que passa de geração em geração nos grupos sociais e nas sociedades. Antigamente relacionava-se a doença com a pobreza e com a crença religiosa, segundo a qual o doente era muitas vezes visto como possuído por forças malignas ou vítima da punição dos seus pecados. Ao longo dos tempos vão-se pondo de parte as ligações da doença com o fenómeno religioso, separando o corpo da alma. Para a maior parte das pessoas, a saúde não é um conceito unitário, mas sim multidimensional, sendo quase possível ter uma «boa» saúde num aspecto e «má» num outro. É difícil pensar numa simples dicotomia entre estar «bem» ou ter uma «boa saúde» e estar «doente». Estar com boa saúde pode ser expresso apenas como ausência de doença, mas também é um conceito positivo com vários níveis. A saúde normal e ainda a «boa saúde» pode acomodar algum nível de sintomas ou queixas, bem como as consequências funcionais constituem uma parte importante da definição de saúde dos leigos²²³. Os conceitos de saúde enunciados no estudo de Milred e Blaxter derivaram de respostas a duas perguntas: a primeira tinha a ver com o conceito de saúde do outro²²⁴; a segunda tinha a ver com o conceito de saúde do próprio²²⁵. Outras perguntas no questionário são importantes, nomeadamente, sobre crenças e causas da doença, ideias sobre a saúde e estilos de vida, sentimentos de culpa, responsabilidade e controlo – aspectos que dizem algo sobre como a saúde é apercebida²²⁶

222. Breitkopf *et al.*, 1980 in Faltermaier, T., *Théorie subjective de la santé: Etat de la Recherche et importance pour la pratique* in Flick, U., *Théories subjectives et représentations sociales*. L'Harmattan, Santé, société et cultures, Paris, 1992.

223. Blaxter, M., *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

224. «Pense em alguém que conhece que é muito saudável. Em quem está a pensar? Que idade tem? O que o(s) faz ser(em) saudável(veis)?»

225. «Por certas vezes há pessoas que são mais saudáveis do que noutras alturas. Como é quando você está saudável?»

226. «Como é que se reconhece a saúde, objectivamente?»

e convidam a pessoa a considerar a saúde dela própria. Como é que um indivíduo reconhece a experiência da saúde, subjectivamente? Surgiram vários tipos de respostas. Entre estas, as respostas negativas (saúde enquanto não estar doente, saúde como ausência de doença, saúde apesar de doença) e as respostas mais positivas (saúde como reserva, como comportamento, como uma vida saudável, boa forma física, energia, vitalidade; saúde enquanto relações sociais; saúde como um bem estar psicossocial). Também é de notar que no mundo de hoje a saúde ainda conserva uma dimensão moral. Pode ser vista em termos de poder, autodisciplina e auto-controlo²²⁷. No estudo acima referido, a definição positiva de saúde como uma boa forma física foi a mais frequente por parte daqueles com um nível mais elevado de educação ou em circunstâncias economicamente mais favoráveis. Verificou-se que enquanto para a classe alta este é um conceito positivo e expressivo, para a classe baixa, é um conceito negativo e instrumental. Interroga-se mais uma vez o que é a saúde e do que falam as pessoas quando falam de saúde e sobretudo da sua própria saúde?²²⁸

As atitudes face à saúde, à doença e à satisfação com a sua saúde estão associadas a conhecimentos médicos e «não médicos», a opiniões acerca da saúde, a experiências de saúde, à acessibilidade de cuidados e à acessibilidade financeira, a tempos de espera, a distâncias, a predisposições para o envolvimento nos cuidados de saúde. As experiências passadas vão condicionar as atitudes presentes, que por sua vez vão actuar sobre os comportamentos. Muitas vezes assiste-se a uma inconsistência entre as atitudes e os comportamentos. Por vezes os comportamentos expressos são mais o que a pessoa gostaria de fazer e o que pensa que deve fazer, do que aquilo que realmente faz. As atitudes também influenciam a maneira de perceber a realidade (percepções) e o processo de motivação.

Nas sociedades industriais, a doença é, essencialmente mas não só, assunto do médico e da medicina. Existe uma interpretação colectiva

227. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

228. A informação sobre saúde e os estilos de vida foi recolhida através de uma entrevista com perguntas sobre circuitos pessoais e familiares, saúde auto-relatada, crenças e atitudes acerca da saúde, comportamentos relacionados com a saúde, com perguntas detalhadas em quatro aspectos dos estilos de vida: alimentação, exercício, fumar e consumo de álcool. A segunda visita foi feita por uma enfermeira que tirou medidas fisiológicas, altura, peso, pressão sanguínea, arterial, função respiratória e monoácido de carbono inalado, e um questionário de auto-preenchimento.

partilhada pelos membros de um mesmo grupo social, interpretação que, porém, no sentido próprio, põe em causa a sociedade e fala da nossa relação com o social. A dimensão social da doença reside no facto dela funcionar como significado e suporte do sentido da nossa relação com o social²²⁹. A doença é um facto social e a sua natureza, bem como a sua distribuição, são diferentes consoante as épocas, as sociedades, as condições sociais, as circunstâncias, o contexto organizacional e relacional da doença. O contexto social é tanto ou mais importante para predizer um comportamento de um indivíduo, do que a natureza ou a gravidade do seu estado. A medicina é produtora de categorias sociais de saúde e de doença. A doença como significado e a importância da doença, da saúde, do corpo como objectos metafóricos, como suportes do sentido da nossa relação com o mundo social, evoluíram de uma forma muito intensa. A medicina tornou-se numa das expressões privilegiadas do social, dos seus constrangimentos e dos seus perigos.

Relativamente ao indivíduo, o seu modo de vida (ou estilo de vida) e a génese das doenças, parece que o modo de vida tem um papel determinante na situação de saúde ou de doença. Comparativamente com as propriedades individuais, é mais importante o papel do modo de vida na génese da saúde e da doença que se deve conceber como uma luta entre o «indivíduo-saúde» (o elemento passivo) e o «modo de vida-doença» (o elemento activo). A saúde depende muito do modo de vida, que é o quadro espacio-temporal do indivíduo e as características desse espaço, o ritmo de vida, os comportamentos quotidianos (a alimentação, o sono, as actividades, o descanso, os horários de trabalho). Os modos de vida são socialmente construídos segundo uma idealização que opõe o modo de vida natural ao modo de vida antinatural ou artificial. É assim que o modo de vida actual é considerado antinatural e diferente de outros mais saudáveis do passado e ligados ao meio rural. Estes dois modos de vida colocam várias noções em oposição: interno/externo, saudável/não saudável, natural/antinatural, indivíduo/sociedade. Dentro desta ordem de ideias, a doença é um objecto produzido pelo modo de vida e um objecto da sociedade²³⁰.

A doença é um objecto que faz parte do discurso colectivo. Não é apenas um conjunto de sintomas que conduz ao médico; é um acontecimento que às vezes modifica a vida individual, a inserção social e, por isso, o equilíbrio colectivo.

229. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

230. *Idem, ibidem*.

A percepção que o indivíduo tem da sua própria saúde tem sido utilizada de forma extensiva em muitos estudos sobre a saúde. Este indicador mede os problemas de saúde, principalmente ao nível físico e também, a um nível mais reduzido, os problemas de saúde mental. A idade, o grupo étnico, o sexo e o nível de educação são factores que podem contribuir para uma percepção diferente do estado de saúde do próprio.

Williams²³¹ aborda a perspectiva leiga sobre a medicina, os medicamentos e o risco de uso de certos medicamentos e o descontentamento com a medicina moderna e científica. Dentro da dimensão cultural e leiga, ao nível da percepção do risco e o quadro cultural do risco, os *massmedia* são um dos veículos mais importantes para comunicar os riscos de saúde e transmitir a ideia do risco de adição. Existe uma noção e uma relação entre a percepção do risco (risco de adição) e o quadro cultural e os comportamentos de saúde. Para além dos riscos sociais, existem vantagens justificadas, tais como, ajudar a resolver os problemas pessoais. Os medicamentos são familiares e seguros para algumas pessoas, mas outras acham-nos perigosos e têm receio de ingerir substâncias não naturais; estamos, neste caso, perante a «cultura anti-medicina». A percepção do risco deve ser relativizada através do quadro cultural e comparada com os comportamentos de saúde. Existem perspectivas divergentes consoante a presença ou a ausência de reconhecimento médico por parte dos leigos, relativamente ao risco e à legitimação dos medicamentos. A imagem dos medicamentos pode ser dual: positiva ou seja a cura, ou negativa, associada à doença. A imagem dual das drogas (medicamentos) na cultura leiga reflecte-se, em termos dos seus efeitos, nas ideias dos pacientes e no recurso a prescrições médicas. O grau de aceitação da medicina moderna difere entre os diferentes grupos sociais. No que respeita as minorias étnicas, há uma associação entre a sua auto-identidade ou sentimento de pertença a uma comunidade, com a terra de origem e a permanência de aspectos de uma cultura distinta em termos das suas instituições sociais (religião, estrutura familiar e casamento), normas sociais, maneiras, atitudes, modo de pensar e comportamentos sociais (alimentação, vestuário, práticas de saúde)²³².

Em relação à doença e à sua classificação, a sua análise é diferente da que se faz sobre as formas de saúde pois desenha-se como uma realidade específica, com tipos de doença bem classificados. A doença traduz-se em realidades orgânicas e em comportamentos específicos:

231. Williams, S. J.; Calnan, M., *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. London, UCL Press, 1996.

232. *Idem, ibidem*.

a dor, a temperatura, os sintomas externos, enquanto realidade orgânica; a cura, tratamentos, recurso ao médico e a redução da actividade, enquanto comportamentos.

A doença revela-se, muitas vezes, não através de um único sintoma mas por meio de vários, que é preciso coordenar, como por exemplo, inactividade, idas ao médico, dores e alterações psicológicas. É necessário traduzir a sensação subjectiva numa realidade objectiva. O sintoma é um valor intrínseco como critério de doença. Cada sintoma é apercebido pelo indivíduo em função do seu sistema de valores e da sua relação com o grupo no qual está inserido.

2. AS PRÁTICAS DE SAÚDE E DE DOENÇA: ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As práticas relativas à doença são em parte traduzidas pelos recursos e itinerários terapêuticos. Observando os itinerários terapêuticos, estes podem, por sua vez, ser determinados pela eficácia terapêutica, mas também e, em grande parte, pela interpretação da doença e por situações de tensão socioeconómica²³³.

Fazendo uma distinção entre «comportamentos de saúde» e «comportamentos de doença», podemos dizer que os primeiros são actividades que surgem na relação com a manutenção e a promoção da saúde enquanto que os segundos são respostas que surgem na consequência de sintomas. Neste caso, o contexto cultural e as decisões que se tomam a fim de procurar apoio profissional são mediadas por factores sociais. Existe aqui uma forte associação entre os comportamentos e atitudes e os conhecimentos e práticas. Os comportamentos de saúde envolvem não só acções e práticas, como também pensamentos relacionados com a saúde e prevenção da doença. Os comportamentos de doença incluem os pensamentos, atitudes e acções quando se está doente. Ambos se referem aos discursos das pessoas e não às práticas reais o que seria o caso se se observassem os comportamentos praticados na realidade. Os comportamentos de saúde assemelham-se às práticas distinguindo-se das vivências da saúde. Estas referem-se a imagens íntimas que as pessoas têm da sua relação com a saúde, como pensam, como interiorizam e como vivenciam aquilo que se passa nas suas vidas em relação com a saúde.

233. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

Há ainda que distinguir dois tipos de comportamentos de saúde. O primeiro está relacionado com comportamentos e práticas quotidianas relacionadas com hábitos e estilos de vida que contribuem para a saúde, beneficiando-a, ou que podem pôr em causa a saúde, prejudicando-a. O segundo tipo consiste em comportamentos de saúde propriamente ditos, ou seja comportamentos preventivos, curativos (tratamentos, diagnósticos, exames, etc.) e a utilização dos serviços de saúde. Quanto aos comportamentos de doença são as atitudes e as práticas das pessoas em resposta ou reacção ao facto de se sentirem ou de se saberem doentes. É o processo de compreensão e de reacção face à doença e a acção que a pessoa desenvolve. Os hábitos relacionados com a saúde têm a ver, na cultura ocidental, com hábitos alimentares, hábitos de consumo de álcool ou tabaco e hábitos de higiene que por sua vez conduzem a comportamentos associados a estilos de vida. Os hábitos e costumes trazidos da cultura e educação de origem mantêm-se ou adaptam-se a novos modos e condições de vida. Muitos dos hábitos e costumes passam por uma transmissão cultural de tradições de geração em geração, sem que exista propriamente uma consciencialização destas práticas ao nível da promoção da saúde. Os hábitos alimentares e de exercício físico dependem muito da cultura e da forma como se olha a comida e o corpo em cada contexto cultural. Há certas culturas em que, por exemplo, a obesidade é vista como poder e beleza²³⁴. Os estilos de vida também têm dimensões económicas e culturais, considerando que as condições de vida na cidade podem ser inevitavelmente diferentes das do campo, as de solteiro das de casado, as do Norte das do Sul. Há uma clara evidência das influências socioeconómicas na saúde, como é o caso do rendimento, trabalho, habitação e dos ambientes físico e social que fazem parte das condições de vida.

A saúde e a doença definem-se como universos de comportamentos, como condutas e não apenas como estados passivos. O mundo da saúde é social e é o mundo do indivíduo activo e integrado no seu grupo. No mundo da doença, o indivíduo não se define pelo que faz mas pela inactividade própria do doente. Esta oposição saúde e doença está relacionada com a oposição actividade/inactividade, indivíduo/sociedade, modo de vida/fundo de saúde. A saúde e a doença aparecem sob diferentes aspectos: a doença como um estado do indivíduo, como um objecto exterior a ele, enquanto que a saúde aparece como estado mas também como propriedade individual e considerada uma «conduta do bem-comportado».

234. Polednak, Anthony P., *Racial and ethnic differences in disease*. New York; Oxford: Oxford University Press, 1989.

Nesta assimetria entre saúde e doença, a gênese da doença é mista: face à acção do modo de vida, o indivíduo joga o seu papel. A saúde é do indivíduo, produzida, utilizada por ele, nunca é exterior a ele.

Como já foi abordado, no «The Black Report»²³⁵ uma das explicações para as diferenças de saúde centra-se na explicação cultural e comportamental que envolve diferenças de classe em comportamentos que, ou são destrutivos ou são promotores da saúde e que, em princípio, estão sujeitos a escolhas individuais. As escolhas alimentares, o consumo de drogas, como o tabaco e o álcool, as actividades de tempos livres e o uso dos serviços de medicina preventiva, como a imunização, contracepção e observação pré-natal, são exemplos de comportamentos que variam com a classe social e que podem contribuir para as diferenças de classe na saúde.

Os estilos de vida englobam atitudes e orientações que sublinham diferentes tipos de «riscos» de doença/saúde. No estudo de Mildred e Blaxter efectuado sobre saúde e estilos de vida²³⁶, houve a intenção de construir modelos da relação entre estilos de vida e saúde. Para os autores, «Estilos de vida» é um termo vago, muitas vezes usado para significar estilos de vida voluntários, escolhas que as pessoas fazem acerca do seu comportamento e especialmente sobre os seus padrões de consumo. Os estilos de vida estão também associados a factores relacionados com a conduta, comportamentos dos indivíduos, onde se podem incluir comportamentos negativos/factores de risco, como, por exemplo, fumar, e comportamentos positivos/saudáveis como, por exemplo, dietas equilibradas, exercício físico, exames médicos de «*check-up*».

Já foram identificados quais os parâmetros, ou já foram analisados os parâmetros que a análise dos estilos de vida em saúde engloba, no capítulo anterior. Serão os comportamentos e hábitos relacionados com os estilos de vida, que interferem ao nível da saúde, e que são também entendidos enquanto factores de risco ou perigos para a saúde, que iremos abordar nas nossas entrevistas. Todos os recursos de tratamento e cura são produto de culturas e tal como Loue afirma, os imigrantes trazem com eles sistemas de crenças e de práticas de saúde dos seus países com heranças e experiências culturais próprias²³⁷. Mantêm as

235. Townsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, London, 1992.

236. Blaxter, M., *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

237. Loue, S. (editor), *Handbook of immigrant health*. Plenum Press, New York, 1998.

práticas e os sistemas de tratamento activos por vezes durante várias gerações.

A etnicidade deve ser vista como uma medida subordinada a influências de estilos de vida, influências sociais e factores psicossociais. As dimensões de análise devem contemplar as barreiras económicas aos cuidados de saúde, as barreiras culturais, o acesso a procedimentos médicos, o perfil sócio-demográfico das famílias, a mortalidade e morbilidade, os estilos de vida, o estado de saúde e a aculturação²³⁸.

No meio cultural e geográfico de vida dos indivíduos, os factores que podem afectar o estado de saúde podem ser de ordem ecológica e sanitária (que incluem qualidade ambiental, habitação, saneamento); factores do sistema de cuidados de saúde, tais como a proximidade e a acessibilidade; factores familiares que incluem cuidados de saúde pessoais, utilização dos cuidados de saúde, conhecimentos de saúde e recursos económicos, educativos e psicológicos. Alguns destes factores afectam directamente o estado de saúde individual enquanto que o impacto de outros tende a ser mais indirecto.

Uma das componentes das práticas de saúde é o acesso e a utilização dos serviços e cuidados de saúde. Uma das questões que se coloca tem a ver com a dificuldade e os obstáculos no acesso a esses cuidados. Estes obstáculos podem advir de razões individuais, administrativas ou institucionais, de ordem financeira ou de ordem psicossocial²³⁹.

Um dos artigos do livro «*New directions in the sociology of health*»²⁴⁰ aborda outros dois temas importantes na Sociologia da Saúde: o conhecimento por parte da população dos serviços de saúde existentes e disponíveis e o acesso a estes serviços. A «carência» de conhecimento é uma das dimensões da carência global e social. A centralização dos serviços pode causar algumas dificuldades para a manutenção da saúde. Problemas como o custo dos serviços, tempo e transportes podem impedir os indivíduos de fazerem uso dos serviços disponíveis. Outras determinantes da procura são as necessidades apercebidas pelo próprio indivíduo, a percepção da doença, a localização geográfica e respectiva

238. Anderson, N. B. (Guest editor), Behavioral and sociocultural perspectives on ethnicity and health: special issues. *Health psychology* 1995; vol. 14, p. 7.

239. La Rosa, E., *Santé, précarité et exclusion*. Le sociologue, PUF, Paris, 1998.

240. Abbott, P.; Payne, Geoff, *New directions in the sociology of health*. Falmer Press, London, 1990.

deslocação. Para além disso, contam ainda a utilização de outros recursos alternativos de saúde e medicina, as características da população, os horários e a acessibilidade dos serviços e a satisfação com os serviços e os profissionais de saúde. Pensamos que as pessoas utilizam primeiro os auto-cuidados baseados nas terapias tradicionais e familiares e só em caso de doença considerada grave é que recorrem ao médico.

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde, podem existir no seio dos imigrantes barreiras económicas mas também podem existir barreiras «não financeiras», tais como a língua, o transporte, a cultura, a mobilidade e os factores ocupacionais. Para além destas, também podem existir barreiras «legais»²⁴¹ e de ordem burocrática.

Os imigrantes relatam uma pior saúde e uma utilização mais frequente dos serviços de cuidados de saúde, especialmente dos cuidados primários de saúde, por parte dos idosos, comparativamente com os «locais». A maior parte desta utilização pode ser explicada pelo nível de saúde menos elevado deste grupo. Uma posição socioeconómica precária só explica parcialmente a saúde mais «pobre» dos imigrantes e esta última explica em grande parte uma maior utilização dos serviços de cuidados de saúde. As diferenças étnicas revelam-se no que respeita à utilização dos cuidados hospitalares, observando-se que alguns grupos de imigrantes têm uma posição adversa²⁴².

Um dos indicadores para analisar a diferença dos níveis de saúde através dos grupos socioeconómicos é o acesso e a utilização dos serviços de saúde, incluindo a medicação e a informação sobre saúde fornecida através dos profissionais de saúde. Alguns estudos acerca da utilização dos cuidados de saúde dos grupos étnicos minoritários focaram deficiências no acesso aos cuidados e promoveram algumas bases para o planeamento em saúde. As diferenças reveladas ao nível do estado de saúde e utilização dos serviços de saúde por parte dos grupos de diferentes origens étnicas podem ter implicações importantes para os cuidados de saúde preventivos e curativos²⁴³. A investigação nesta área tem-se interrogado sobre a relação entre a cobertura e assistência, o acesso aos serviços de saúde e a situação socioeconómica.

241. Loue, S. (editor), *Handbook of immigrant health*. Plenum Press, New York, 1998.

242. Reijneveld, S. A., Reported Health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998a; 52: pp. 298-304.

243. Senior, P. A.; Bophal, R., Ethnicity as a variable in epidemiological research. *British Medical Journal*, 1994; 309: pp. 327-330.

Balajaram descreve alguns estudos que se centram nas diferenças étnicas nas consultas de clínica geral, com o objectivo de examinar os níveis de consultas de clínica geral entre os diferentes grupos étnicos²⁴⁴, em meio urbano. Os resultados concluíram que, em comparação com os outros grupos, os homens asiáticos tinham uma maior taxa de utilização de consultas. No entanto, as consultas por desordens mentais eram reduzidas em todos os grupos de imigrantes, independentemente do sexo ou da origem.

Anderson considera que existem factores importantes quando se investiga a saúde dos imigrantes, nomeadamente a relação entre saúde e emprego, a situação na profissão, o papel da cultura e classe, a heterogeneidade intra-grupos, as crenças de saúde que influenciam as práticas de saúde, para além da relação entre saúde e acesso à segurança social e a falta de informação por parte dos prestadores de cuidados acerca dos grupos multiculturais²⁴⁵. Uma barreira importante aos cuidados de saúde é representada pela diferença de valores, crenças e expectativas entre o paciente de uma cultura diferente e o prestador de cuidados de saúde. Do ponto de vista dos profissionais de saúde os problemas mais frequentemente encontrados quando lidam com a população imigrante são as barreiras da língua, um conhecimento insuficiente do modo de funcionamento do sistema de saúde, as crenças culturais e as expectativas face aos diferentes prestadores de cuidados de saúde²⁴⁶. Os profissionais têm-se deparado também com diferenças na utilização dos serviços e nos comportamentos face à doença como consequência de diferentes contextos sociais e políticos em que vivem as comunidades de imigrantes. O *status* sociopolítico dos grupos de imigrantes é determinado pelas leis de residência e cidadania no país de acolhimento e pelas correntes históricas e políticas de imigração. A estrutura e filosofia dos sistemas nacionais de saúde determinam os pontos-chave quanto à prestação dos cuidados de saúde, seu financiamento e cobertura.

Segundo Bollini, alguma investigação feita até agora tende a concluir que os grupos de minorias étnicas consultam o seu médico de clínica

244. Balarajan, R.; Yuen, P.; Soni, Raleigh V., Ethnic differences in general practitioner consultations. *British Medical Journal*, 1989; 299: pp. 958-960.

Gillam, S. J.; Jarman, B.; White, P.; Law, R., Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal*, 1989; 299: pp. 953-957.

245. Anderson, N. B. (Guest editor), Behavioral and sociocultural perspectives on ethnicity and health: special issues. *Health psychology* 1995; vol. 14, p. 7.

246. Bollini, P., *Health Policies for immigrant populations in the 1990's. A comparative study in seven receiving countries*, pp. 103-119 (sem referência).

geral mais frequentemente do que a maioria da população local²⁴⁷. Além disso, a proporção de respondentes de minorias étnicas que consulta por «sintomas, sinais e condições definidas de doença» mostrou-se ser muito mais elevada do que para a população local. A pesquisa sobre a utilização dos serviços de cuidados intensivos, apesar de ainda muito fraca, parece concluir que, quando a morbidade, a disponibilidade de cuidados e os factores sociodemográficos são postos em consideração, há pouca diferença na utilização dos serviços hospitalares.

Marks e Workboys interrogam-se sobre quais são as maiores dificuldades dos imigrantes quando têm problemas de saúde?²⁴⁸. Parecem surgir algumas dificuldades quando os imigrantes, especialmente aqueles que não falam a língua, ficam doentes e têm de utilizar os serviços de saúde. Estes problemas particulares andam à volta de cinco temas centrais: barreiras linguísticas, diferenças culturais, diferenças significativas entre as práticas de saúde do país de origem e do país de acolhimento, o nível de educação e o desconhecimento dos recursos disponíveis na sociedade de acolhimento.

A preocupação está sobretudo centrada na natureza, dimensão e distribuição destes problemas que estão relacionados com a saúde das minorias e a utilização dos serviços de saúde. Uma grande percentagem de imigrantes tem receio de ser ignorada pelo sistema de saúde dominante, devido às barreiras de língua e cultura, tendo alguns grupos uma menor taxa de cobertura do que os cidadãos nacionais. A «não cobertura», juntamente com os elevados custos médicos, pode desmorrar uma família que já é financeiramente instável.

Marks e Workboys tiveram como objectivos do seu estudo avaliar o conhecimento e a utilização dos serviços de saúde e respectivo grau de satisfação, conhecer as dificuldades sentidas, as experiências positivas e negativas e os sentimentos a elas associados. Outro aspecto importante que tiveram em conta foi a de conhecer as atitudes face à doença e à saúde, bem como os resultados dessas atitudes.

Mac Mahon e Pugh²⁴⁹ apresentam uma lista de categorias de explicação para relatar as diferenças de frequência de doenças entre os grupos

247. Bollini, P., *Health Policies for immigrant populations in the 1990's. A comparative study in seven receiving countries*, pp. 103-119 (sem referência).

248. Marks, L.; Workboys, M., *Migrants, minorities and health – historical and contemporary studies*. Routledge, London, 1997.

249. Polednak, Anthony P., *Racial and ethnic differences in disease*. New York; Oxford: Oxford University Press, 1989.

étnicos. Esta categorização pode ser útil a fim de interpretar os resultados em epidemiologia descritiva e para formular hipóteses a serem testadas em estudos analíticos.

Para além de discutirem os problemas de erros de medida, os autores abordam as diferenças sob uma perspectiva das ciências sociais. Relatar doenças e sintomas é uma questão cultural que inclui a percepção da dor, atitudes socioculturais acerca da doença, a interação médico/doente, bem como as práticas de saúde pessoais. O acesso aos cuidados médicos e a probabilidade de diagnóstico de uma doença que daqui decorre, também difere segundo o grupo étnico. A prevalência de certas doenças está directamente relacionada com as desigualdades no acesso. A primeira diferença é ao nível de alguns erros de medida com dados inadequados, acesso diferencial a cuidados médicos e facilidade de diagnóstico, uso diferencial de tecnologias disponíveis, diagnósticos diferentes. A outra coloca-se ao nível das diferenças entre grupos com respeito a variáveis demográficas, e variáveis socioeconómicas.

No que respeita ao tratamento e utilização dos serviços de saúde, a pesquisa mostra que os imigrantes vão ao hospital, visitam dentistas, fazem uso de serviços virados para a comunidade e de serviços preventivos, neste último caso, sobretudo os indivíduos que não falam a língua do país de acolhimento. Também existe o problema da relação cultural com os cuidados de saúde ou da inapropriação cultural (por exemplo, no caso do cuidado pré-natal das mulheres imigrantes de origem árabe que preferem um cuidado prestado por outra mulher e que fale a sua língua)²⁵⁰.

Ainda respeitante ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, voltamos a encontrar, em Ahmad²⁵¹, os mesmos resultados que em Germov J. A informação sobre os serviços disponíveis é pequena e a questão do género é importante para as mulheres (preferem ser atendidas por mulheres), bem como a língua em que se comunica.

O caminho seguido para consultar ou não um médico passa por várias etapas: a primeira tem a ver com a disponibilidade de cuidados médicos, a segunda com a possibilidade do «doente» financiar estes cuidados e também com o sucesso ou insucesso dos tratamentos feitos ao nível não médico.

250. Germov, J., *Second opinion: an introduction to health sociology*. Oxford University Press. Melbourne, New York, 1998.

251. Ahmad, Ethnic factor in health and disease in *Health Matters*, Petersen, A. e Waddell, C. (editors), ed. Wright, Londres, 1998.

Nos estudos revistos por Smaje²⁵² sobre a utilização dos serviços de saúde, verifica-se que os grupos minoritários utilizam em excesso os serviços de medicina geral mas pouco os serviços de especialidade. Smaje encontra três tipos de possibilidades, todas ajustadas ao quadro conceptual de formas de «capital» de Bourdieu. Primeiro, a motivação e a disposição dos pacientes para as consultas pode ser diferente. Em segundo, é possível que a habilidade para mobilizar o capital social requerido para conduzir a consulta com competência possa variar com a identidade racial. Finalmente, alguns tipos particulares de comportamentos e expectativas são motivados por uma consciência explícita ou implícita do seu contexto racial.

Kleinman defende que, após a análise de qualquer sociedade complexa, é possível identificar três sistemas básicos de assistência à saúde: o oficial ou profissional, o popular e o informal ou tradicional²⁵³. O oficial engloba o sistema nacional de saúde, tem enquadramento legal, envolve tecnologias, a formação dos profissionais de saúde e baseia-se na medicamentação de «farmácia». O sector popular inclui curandeiros, o poder da cura, o tratamento de doenças causadas por feitiçarias ou punição divina e recorre à automedicação, ervanários, ervas medicinais. Este sistema está mais próximo da população, com padrões culturais semelhantes. Quanto ao sistema informal, este tem a ver com o recurso a leigos em caso de doença, recurso à auto medicação e à família, onde a mulher tem um papel fundamental. Toda a medicina junta ao racional um certo número de elementos irracionais.

Helman²⁵⁴ divide os três sectores de saúde de uma forma distinta, mas com resultados idênticos aos de Kleinman: o sector popular (ou informal para Kleinman), o tradicional (para Kleinman é o sector popular) e o profissional (ou profissional/oficial, no caso da denominação de Kleinman). O sector popular²⁵⁵ vai desde uma auto medicação, conselhos de parentes, amigos, vizinhos e colegas a igrejas, grupos de culto e grupos de auto ajuda. Neste sector, o papel principal é o da família, e principalmente, o das mulheres. Este sector é a fonte principal e a mais determinante da cura. O auto tratamento e auto medicamentação

252. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

253. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press. 1984.

254. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

255. Em inglês utiliza-se o termo «folk».

(auto cuidados) feitos pelo indivíduo e pela família é a primeira intervenção terapêutica, bem como o recurso ao sistema religioso, incluindo o uso de conhecimentos e crenças do povo, profanos não profissionais. Recorre-se à dietética, à utilização de produtos vegetais, rituais, manipulações físicas e ao religioso. A família e o indivíduo, apercebem-se dos sintomas, experimentam, etiquetam e avaliam a doença, decidem o que fazer e aplicam o tratamento. Utilizam as crenças e os valores sobre a doença²⁵⁶.

Kleinman distingue as crenças sobre as doenças dos modelos explicativos sobre as mesmas. As crenças existem antes dos episódios de doença e pertencem ao campo da ideologia. Os sectores populares dos sistemas de cuidados de saúde possuem em grande parte crenças transmitidas oralmente, provenientes dos sectores profissionais e tradicionais. Os modelos explicativos surgem como resposta a episódios específicos e são noções sobre um episódio de doença e o seu tratamento, utilizadas por todos os que estão envolvidos no processo clínico (doente, família, médico ou outros profissionais). Nem sempre os modelos explicativos dos pacientes coincidem com os dos profissionais o que, por vezes, leva a que o médico não compreenda os sintomas ou o doente não compreenda o tratamento recomendado pelo médico. Neste sector, as formas de prevenção passam pelos cuidados com a alimentação, bebidas, dormir, vestir, trabalho, oração e condutas de vida em geral²⁵⁷. A alimentação ou melhor, a nutrição, tem alimentos considerados bons e maus para a saúde. A nutrição não é vista em termos fisiológicos mas sim pela força que ela pode gerar para desempenhar um trabalho ou uma função, por exemplo.

O sector tradicional engloba as medicinas tradicionais que na maior parte não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam uma posição intermédia entre o sector popular e o profissional²⁵⁸. Encontra-se sobretudo nas sociedades não ocidentais ou em meios ainda predominantemente rurais. Aqui entram os prestadores de cuidados: profano, sagrado ou a combinação de ambos, nomeadamente, curandeiros, feiticeiros, bruxos e outros membros ligados ao lado mais espiritual e ao divino. Ao

256. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkley: University of California Press. 1984.

257. Braga, C., *A saúde e a doença na Peneda – Comportamentos e práticas*. Tese de mestrado em Relações Interculturais, Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

258. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

contrário do feiticeiro, o curandeiro «dotado» é o veio de transmissão do poder de Deus. É a cura pelo dom ou elo sagrado. O curandeiro tem o dom e domínio do uso de ervas, rituais, massagens e até substâncias adquiridas na farmácia. A maior parte dos praticantes da medicina tradicional partilham os valores culturais básicos e a visão do mundo das comunidades onde vivem, incluindo crenças sobre a origem, significado e tratamento da doença. Em sociedades onde a doença e outras formas de infortúnio são consideradas consequências de causas sociais (feitiçaria, bruxaria ou mau olhado) ou de causas sobrenaturais (Deuses, espíritos, fantasmas ancestrais ou destino), os curandeiros tradicionais sagrados são particularmente comuns. Este tipo de tratamento está, por um lado, mais próximo das pessoas, dos seus familiares e da comunidade, e tem em conta, por outro lado, as dimensões sociais, psicológicas, morais e espirituais associadas com a saúde e a doença, bem como com as outras formas de infortúnio. A doença é considerada um acontecimento que atinge a pessoa, criando desordem num mundo previamente ordenado. A noção de infortúnio é uma forma mais aproximada para descrever essa desordem, cujas causas podem ser naturais (clima, alimentação, excesso de trabalho), psicológicas (emoções fortes, medo, tristeza), sociais (conflitos familiares ou com vizinhos, quebra de tabus, mau olhado, inveja, feitiçaria, pragas), espirituais ou sobrenaturais (almas de defuntos ou espíritos, doença como castigo de Deus)²⁵⁹.

O sector profissional é o mais visível entre nós, mas surpreendentemente, este sistema ocidental da medicina presta apenas uma pequena proporção dos cuidados de saúde na maior parte dos países do mundo²⁶⁰. No entanto, é cada vez mais notória uma distribuição do sistema nacional de saúde «oficial» (SNS), ao nível dos países em geral e em muitos países africanos, pela prática da medicina privada. Mesmo em países em que se pratica com frequência a medicina tradicional, o sistema médico ou o sector profissional é o sistema dominante. Este sistema está muito centrado nos médicos, é muito especializado, fortemente hierárquico, muito dependente das tecnologias complementares de diagnóstico e tratamento e centrado na instituição hospitalar. No entanto, a prevenção da doença tem vindo a adquirir ultimamente uma razoável preponderância. A prevenção passa primeiro que tudo pela adopção de um estilo de vida saudável (por exemplo, não fumar, prática de exercício físico regular, dieta equilibrada, peso normal, controlo de *stress* e também pela vacinação).

259. Nunes, B., *O saber Médico do Povo*, Ed. Fim de Século, Lisboa, 1997.

260. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

O importante é reconhecer a existência de uma pluralidade terapêutica na mesma unidade sociocultural. As pessoas usam os vários sectores em paralelo e simultaneamente, mas, muitas vezes, para propósitos diferentes. Sempre houve contacto entre as duas medicinas, entre a cultura «sábica» e a cultura popular. É no espaço de impotência e incompetência da medicina «sábica» que se alastraram as medicinas paralelas²⁶¹. Geralmente, em países predominantemente rurais, este sistema tradicional existe e é muito usado, providenciando um sistema de saúde complementar muitas vezes mais acessível do que o sistema biomédico, o sector profissional. O que caracteriza a medicina tradicional e popular, para além do contacto e da proximidade física daquele que trata num quadro familiar e o aspecto globalizante da percepção da doença e da terapia, é sobretudo a relação estreita da questão do «como» etiológico e terapêutico com uma «interrogação sobre o porquê» reportado à subjectividade do doente²⁶².

Berta Nunes²⁶³ distingue cinco tipos de recursos terapêuticos: os auto-cuidados (família, vizinhos), as terapias parciais (endireitas), os sábios (tratam as doenças causadas por almas de defuntos e outras causas sociais da doenças: o mal de inveja, mau olhado), os santos particulares (protegem contra a doença e a má sorte, curam doenças e ajudam a resolver problemas), os centros de saúde e hospital. Este último recurso terapêutico faz parte do modelo biomédico da doença onde não são tidos em conta os aspectos culturais e sociais da mesma. O modelo bio-psico-social pressupõe a integração dos factores psicológicos e sociais na abordagem da pessoa doente e da sua doença. Vários autores têm ainda proposto a inclusão de factores culturais, como é o caso do modelo bio-psico-sociocultural de abordagem da doença e do doente.

Williams²⁶⁴ examina as crenças existentes e respostas dadas a um tratamento específico por parte de diferentes etnias. Um dos indicadores de integração cultural das minorias no campo da saúde, bem como do grau de medicalização, é a utilização de remédios tradicionais, ervas e também a utilização de tratamentos ocidentais. Verifica-se a participação num sistema dual de cuidados de saúde, em que são utilizadas as duas formas de tratamento. Ao que parece, os mais velhos continuam a adop-

261. Loux, F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*. InterEditions, Paris, 1983.

262. Laplantine, F., *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot, 1992.

263. Nunes, B., *O saber Médico do Povo*, Ed. Fim de século, Lisboa, 1997.

264. Williams, S. J.; Calnan, M., *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. London, UCL Press, 1996.

tar práticas tradicionais enquanto os mais novos rejeitam parcialmente esta tradição. Esta mudança intergeracional é comum no caso dos filhos dos imigrantes submetidos a um processo de «medicalização» enquanto aspecto de adopção geral de crenças, práticas e estilos de vida da cultura «dominante».

Os remédios tradicionais têm significado para algumas secções da população minoritária e o seu uso pode ser conceptualizado como um recurso adicional. No entanto, os remédios tradicionais podem, não só servir de complemento ou servir de alternativa à prescrição de medicamentos, como também podem estar associados à continuação de crenças nos sistemas tradicionais e ao significado da percepção por parte das minorias, relativamente aos tratamentos ocidentais. Para muitos, o significado dos remédios tradicionais é o de um recurso adicional que é utilizado com ou em vez dos remédios receitados. Para outros, pode ser apenas um tónico para revitalizar e limpar o sistema. Como vemos, há diferenças intra e inter étnicas que têm a ver não só com a cultura, mas também com a geração e a posição socioeconómica. Verifica-se, também, que as pessoas pertencentes às classes mais altas na sociedade acolhedora começaram a adoptar as terapias alternativas, sobretudo entre as gerações mais novas.

CAPÍTULO VII – ETNICIDADE, MIGRAÇÕES E SAÚDE/DOENÇA

1. MIGRAÇÕES

O desenvolvimento da sociologia no pós-guerra, dá origem ao desenvolvimento de uma multiplicidade de teorias. O estudo das migrações veio afirmar-se como um campo de investigação autónomo no âmbito da Sociologia²⁶⁵. As teorias da mudança social no século XIX e os contributos de Marx, Durkheim e Weber, forneceram o essencial dos instrumentos conceptuais de referência para os sociólogos do século XX. A perspectiva de equilíbrio, herdeira das teorias económicas clássicas e neoclássicas, originou uma abordagem das migrações dominada em grande medida pelo modelo de atracção-repulsão. A Sociologia das migrações, que desenvolveu as suas bases numa perspectiva de conflito está intimamente relacionada com o aparelho conceptual desenvolvido a partir do materialismo histórico de Marx e da teoria das sociedades de Weber. Por outro lado, as obras de Durkheim vão constituir a referência fundamental sobre a qual se desenvolveram as principais

265. Rocha-Trindade, M. B., *Sociologia das Migrações*, Universidade Aberta, Lisboa, 1995.

abordagens acerca da etnicidade e das relações raciais nos EUA nos inícios do século XX.

A imigração é um processo de adaptação, de inserção dos indivíduos no seu local de destino. A adaptação é influenciada por condições pré-migratórias, pela experiência de transição de um país para o outro, pelas características dos imigrantes e pelas condições do país acolhedor. A adaptação pode resultar num dos três seguintes processos: a assimilação, a acomodação ou a integração. A assimilação é a adopção de atitudes, modos de vida, valores e práticas culturais próprias de outro grupo. É a perda total das características de origem, da identidade original e completa identificação com o grupo dominante [Escola de Chicago, 1920-30, R. Park e E. W. Burgess]²⁶⁶. A acomodação é o desenvolvimento de modos de ajustamento e de cooperação mútua e a integração refere-se à existência de pluralismo cultural.

Nos anos 20 e 30, um grupo de sociólogos de Chicago, começou a interessar-se pelas grandes concentrações populacionais nas metrópoles americanas, dando origem aos primeiros estudos na área da Sociologia urbana. Estes investigadores estavam preocupados com a ausência de comunicação e interacção entre grupos etnicamente heterogéneos em meio urbano. É com estes trabalhos que a problemática da etnicidade, no quadro da análise sistemática das relações que se estabelecem entre os fenómenos migratórios e as interacções étnicas e raciais deles resultantes, se afirma como um campo específico da análise sociológica assim como a importante influência da «Escola de Chicago». Robert Park²⁶⁷, preocupado com a dinâmica dos processos sociais, encarava a vida social como sendo duplamente determinada, tanto pela competição como pela acomodação. Foi com base nesta visão dos processos sociais que Park conceptualizou o denominado «race relations cycle», um esquema que procurava explicar os quatro processos principais que afectavam a história dos grupos étnicos e raciais. Este ciclo, caracterizado pela competição, conflito, acomodação e assimilação dos grupos étnicos, foi de uma importância fundamental para o estudo das relações raciais e influenciou posteriormente o trabalho de muitos investigadores relativamente ao estudo de processos relacionados com o comportamento colectivo, com a mobilização e com os enclaves de imigrantes nos

266. In Sardinha, J. M. Silva, *Preservar a identidade. Integração da comunidade Cabo-verdiana na Área Metropolitana de Lisboa: Associativismo e perspectivas das Associações*. Dissertação de Mestrado em geografia e Planeamento regional – gestão do território. Departamento de geografia, FCSH/UNL, Lisboa, Setembro 2001.

267. Referido em Rocha-Trindade, M. B., *Sociologia das Migrações*, Universidade Aberta, Lisboa, 1995.

mercados de trabalho das sociedades industrializadas. A influência da escola de Chicago permitiu uma viragem conceptual e metodológica na forma de abordar os processos sociais relacionados com a mobilidade e com a etnicidade. Em primeiro lugar, lançou as bases para uma abordagem dinâmica da transformação das culturas ditas tradicionais ao defender a concepção de que as culturas são permanentemente transformadas e recriadas pelos grupos, à medida que estes procuram adaptar-se a um novo meio ambiente ecológico e social. Em segundo lugar, permitiu encarar o grupo étnico e a raça, não como elementos imutáveis, mas como variáveis que intervêm num processo contínuo de negociação entre os vários grupos. Recorde-se a este propósito o conceito de «fronteiras étnicas», ideia chave para as teorias centradas em torno da formação dos «enclaves» de imigrantes. Por último, a escola de Chicago foi determinante para a construção de uma visão alternativa acerca da interacção entre diferentes grupos, nomeadamente para a perspectiva interaccionista, ao sublinhar a importância dos aspectos simbólicos e subjectivos do relacionamento inter étnico. É de referir ainda que o modelo de adaptação de Park representa uma posição teórica intermédia, a meio caminho entre os conceitos de assimilação e os de cooperação, ainda sob a influência das ideologias do «*melting-pot*»²⁶⁸ mas sujeitos à emergência das teorias do pluralismo cultural nos EUA. O pluralismo cultural procurou valorizar um aspecto intrínseco à constituição da nação americana (o seu carácter multicultural), defendendo por isso a preservação da identidade cultural dos imigrantes e das minorias étnicas²⁶⁹.

O desenvolvimento de perspectivas da Sociologia das migrações, em particular nos Estados Unidos da América (EUA), através de doutrinas nacionalistas, teve um papel fundamental para o lançamento de determinadas ideologias tais como o anglo-conformismo ou o «*melting-pot*», responsáveis pela difusão dos conceitos de adaptação e de assimilação dos imigrantes. Com efeito, a imigração, associada à diversidade étnica, constituiu uma ameaça ao processo de formação da identidade nacional, estabelecida a partir dos mitos da unidade, essenciais ao processo de construção do Estado Nação. A ideologia do «*melting-pot*», uma metáfora que traduz a ideia de uma fusão entre diferentes grupos étnicos, começou por ser a resposta de uma minoria à imigração transatlântica. A ideia que lhe está subjacente data do século XVIII e defende, no fundamental, a amálgama do conjunto das várias nacionalidades na tentativa de forjar uma identidade original para os diversos grupos nacionais.

268. Em português utiliza-se o termo «caldo de culturas».

269. Rocha-Trindade, M. B., *Sociologia das Migrações*, Universidade Aberta, Lisboa, 1995.

Enquanto filosofia, o «*melting-pot*» postulava a assimilação dos diferentes grupos de imigrantes na sociedade e defendia que estes deveriam abandonar as suas características específicas em benefício de uma cultura comum, resultante da amálgama das várias nacionalidades. Nos anos 50-60, a ideologia do «*melting-pot*» e os conceitos-chave de adaptação e assimilação influenciariam os padrões de relacionamento interétnico assentes no etnocentrismo e na uniformização cultural.

A obra de Glazer e Moynihan²⁷⁰ constituiu uma outra reacção à perspectiva do «*melting-pot*». Ao questionarem a cultura americana como resultado de um processo constante de assimilação, os autores procuraram salientar a importância do factor etnicidade na emergência de uma nova cultura, através do conceito de «cultura emergente». Consideram que a cultura americana se caracteriza por ser uma cultura emergente, a evoluir constantemente à medida que os seus valores e normas vão sendo igualmente alterados. Para estes autores, ao invés do modelo teórico de adaptação da escola de Chicago, o modelo de estratificação baseado no factor etnicidade pressupõe que existem diferenças relativamente ao estatuto étnico dos vários grupos, à entrada na sociedade de acolhimento. O estatuto étnico é, por isso, considerado como o factor responsável pela forma como se encontram distribuídos os rendimentos e a posição social dos grupos na sociedade, influenciando de forma decisiva o processo de adaptação dos imigrantes. O trabalho destes autores evidencia a importância do factor etnicidade no processo de adaptação dos imigrantes à sociedade global. No entanto, não conseguiram encontrar uma explicação para a não assimilação dos grupos na sociedade, traduzindo-se isto num obstáculo à compreensão da natureza das relações de dominação e subordinação estabelecidas entre os grupos identificados, levantando dúvidas quanto à aplicabilidade do conceito de cultura emergente²⁷¹.

Actualmente, as sociedades multiculturais são o resultado de todo e qualquer tipo de migrações, designadamente as de natureza económica e as decorrentes da deslocação de refugiados dos seus territórios de origem, devido a situações de miséria generalizada e de fome, de guerras e de perseguições, o que faz com que muitas sociedades industrializadas apresentem hoje em dia uma crescente diversidade cultural. Nelas podem coabitar grupos populacionais etnicamente diferentes que, embora sujeitos a uma mesma ordem política e social, se diferenciam

270. Referido em Rocha-Trindade, M. B., *Sociologia das Migrações*, Universidade Aberta, Lisboa, 1995.

271. *Idem*.

uns dos outros e, sobretudo, da sociedade receptora maioritária. São vários os indicadores que servem para distinguir os grupos étnicos entre si e face à sociedade em geral. De um modo geral, os mais comuns advêm da história e da ancestralidade; da aparência física, da língua, religião, dos estilos de vestuário e adornos, dos hábitos e dos costumes, regras e normas de conduta e do tipo de estratificação social que constroem e que passa a pautar o seu sistema de relações. Estes aspectos podem dar origem a situações de isolamento face ao todo social, quer através da auto-segregação, quer através da marginalização cultural, social ou económica, por parte do grupo maioritário. As relações interétnicas podem assumir diferentes características consoante o espaço onde se desenvolvem e podem ir desde a coexistência harmoniosa até ao conflito, passando por diversos estádios, desde a assimilação, processo através do qual o grupo é absorvido no sistema sociocultural geral, o pluralismo, através de uma partilha cultural, uma protecção legal e jurídica das minorias, até ao extremo de uma transferência de populações, extermínio ou genocídio. No entanto, consideramos que a coexistência coabitará sempre com o conflito.

Na sociologia das migrações surgem, em meados dos anos sessenta, as teorias baseadas no factor etnicidade. Alguns teóricos chamaram a atenção para a persistência de desigualdades sociais fundadas no factor etnicidade. Efectivamente o direito à educação, à saúde, à habitação e ao trabalho não eram acessíveis a todos os estratos da população. Os níveis de rendimento, a esperança de vida e o nível de instrução variavam significativamente de grupo para grupo. Pode-se constatar que a raça e a religião constituíam factores discriminatórios para determinados segmentos da população imigrante. Um dos primeiros académicos a chamar a atenção para a complexidade do processo de assimilação foi Milton Gordon, diferenciando o processo de assimilação cultural do de assimilação estrutural. Para Gordon, o «*melting-pot*» é a criação de um novo sistema cultural resultante da fusão de duas ou mais culturas²⁷².

Para este autor, a assimilação cultural dizia respeito à forma como as minorias étnicas adquiriam as maneiras e modos de agir, bem como de comunicar, da população maioritária. A assimilação estrutural designa um processo que traduz o grau de acesso das minorias étnicas às principais instituições sociais, especialmente ao nível dos grupos primários.

272. In Sardinha, J. M. Silva, *Preservar a identidade. Integração da comunidade Cabo-verdiana na Área Metropolitana de Lisboa: Associativismo e perspectivas das Associações*. Dissertação de Mestrado em geografia e Planeamento regional – gestão do território. Departamento de geografia, FCSH/UNL, Lisboa, Setembro 2001.

2. ETNICIDADE

O que é a etnicidade? A enciclopédia de Harvard sobre grupos étnicos na América lista mais de 100 grupos étnicos distintos baseados nas seguintes características partilhadas: origem geográfica, estado migratório, raça, língua ou dialecto, fé, religião, vizinhança e comunidade, tradições, valores, símbolos, literatura, folclore, música, comida, padrões de integração, emprego, etc. Apesar de uma longa lista, a língua partilhada é considerada pelos investigadores como o principal marcador da etnicidade.

Este conceito vem da tradução de «*ethnicity*» que é utilizado frequentemente na linguagem académica anglo-saxónica. Surge nas ciências sociais contemporâneas à luz da antropologia e da etnologia. Anteriormente, usavam-se termos como etnia ou identidade étnica²⁷³. Foi adoptado pelos indivíduos que trabalhavam no campo da imigração ou no domínio do nacionalismo e foi muitas vezes rejeitado porque era associado a ideias racistas ou utilizado como arma ideológica. O termo etnia era usado pelos antropólogos e etnólogos para o estudo de sociedades não ocidentais. A etnicidade está ligada à classificação social dos indivíduos e às relações entre grupos numa determinada sociedade. A etnicidade pode existir a vários níveis. Ao nível individual e micros social, a etnicidade reveste uma dimensão subjectiva e corresponde ao sentimento de pertença que o indivíduo tem face ao grupo de origem. Ao nível grupal corresponde principalmente à mobilização étnica e à acção colectiva étnica visível através de associações ou grupos que se criam. Ao nível macros social, a divisão social do trabalho e o mercado de trabalho podem ser criadores de divisões étnicas objectivas. O estado pode ter um papel importante na construção e institucionalização da etnicidade e os investigadores também podem ter um papel importante na criação e reprodução da etnicidade.

O conceito de etnicidade é correntemente associado às noções de cultura, religião, nacionalismo e «raça». O conceito de raça, que emergiu do «racismo científico» do pensamento biologicista dos finais do século XIX foi longamente debatido pela crítica sociológica da ideologia. As raças, enquanto grupos genéticos, só podem ser entendidas em termos do processo através do qual tiveram origem. O racismo científico refere-se à noção de que as características biológicas existem e que são homogé-

273. Martinello, M., *L'ethnicité dans les sciences sociales contemporaines*. Que sais – je? PUF, Paris, 1995.

neas no seio de uma colectividade humana específica e são heterogéneas através de várias colectividades nas quais a espécie humana está precisamente subdividida.

«Em 1978, Jacquard afirma que nessa altura, passou então a ser aceite no mundo científico que raça significa... um conjunto de indivíduos que têm em comum parte importante do seu património genético».²⁷⁴

Hoje em dia, existem poucos proponentes deste essencialismo biológico, persistindo por vezes os essencialismos culturais complementares que sustentam a lógica do argumento mais antigo, sugerindo que as características socioculturais de contraste definem unicamente as colectividades humanas e podem ser usadas para avaliar o mérito dessas colectividades. Tal essencialismo foi o *focus* de consideráveis críticas sociológicas. A sociologia médica também contribuiu para a produção da crítica da ideologia racista. Uma nova contribuição foi a ideia que a saúde e a doença, longe de serem puramente um estado biológico do organismo humano, também eram categorias culturais socialmente definidas, variáveis e acima de qualquer referência estritamente biológica. Este conhecimento levou à conclusão que as referências biológicas são parâmetros socioculturais. Recentemente, a crítica sociológica da raça e as críticas ao pensamento biomédico que emergiram na sociologia médica, convergiram numa preocupação com a doença e a saúde das pessoas, definidas de acordo com processos de categorização racial ou étnica²⁷⁵. Os sociólogos perceberam que o estudo das raças e das relações étnicas tem pouco a ver com a raça «biológica», mas tem muito a ver com os padrões de relações sociais e estruturais de poder e de dominação²⁷⁶. A desigualdade racial na saúde revela uma questão básica na estratificação social do mundo de hoje, reflectindo uma estrutura de classes e um sistema de estratificação social que produz e reproduz oportunidades de vida desiguais. As diferenças étnicas reflectem diferentes ambientes sociais. Os problemas de saúde, hoje em dia, não resultam, na sua maioria, de evoluções históricas no sentido físico. Foi a história cultural que produziu o chamado «*Human disease burden*». Apesar de todo o criticismo, o conceito biológico ainda é, por

274. Jacquard, A., *Elogio da diferença: A genética e os homens*, Mem Martins, Publicações Europa-America, 1978.

275. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

Williams, S. (editor), *Health, medicine and society*, Routledge, London, 2000.

276. Rathwell, T.; Phillips, D., *Health, Race & Ethnicity*. London: Croom Helm, 1986.

vezes, usado por muitos biólogos e antropólogos. A raça é um objecto de estudo científico porque é um facto da natureza e da evolução da espécie humana. Populações humanas diferentes, expostas a ambientes similares, são muito mais parecidas do que diferentes nos seus níveis e tipos de doença. Na saúde pública, ao longo do tempo, veio-se a demonstrar que a raça não se distingue de nenhuma forma pelos traços genéticos e que, pelo contrário, demonstra o papel determinante das causas sociais.

O conceito de etnicidade deve ser distinguido do de raça, a natureza complexa de etnicidade deve ser apreciada de uma forma mais extensa, devendo ser reconhecidas as limitações dos métodos correntes de classificação dos grupos étnicos e todos os estudos devem explicitar quais foram as metodologias usadas na classificação²⁷⁷.

A relação entre etnicidade e cultura começou a ser desenvolvida com os antropólogos que estudavam grupos étnicos «distantes», e consideravam que os indivíduos do mesmo grupo étnico partilhavam valores culturais fundamentais comuns. A cultura é entendida como uma consequência da etnicidade e não como um elemento intrínseco de definição desta última.

Nas ciências sociais também se abandonam conceitos como o de «raça», em favor de novas tipologias de diferenciação dos grupos humanos baseadas no conceito de «etnia». O conceito de raça é mais um conceito biológico do que um conceito social. Foi um conceito considerado científico no século XIX e que se reproduziu de forma eficaz ao nível do senso comum graças aos seus pré-juízos e estereótipos. No entanto, os biólogos mostraram que o conceito de raça, tal como era entendido no século XIX, não tem nenhum significado científico no caso da sua aplicação à humanidade²⁷⁸. Na época contemporânea, a expressão relações étnicas tem tendência a substituir-se às relações raciais. A distinção entre as «raças» permite categorizar cidadãos com base na cor da pele e a etnicidade permite distingui-los na base da construção social das diferenças culturais, o que pode revestir uma importância sociológica e política em certos contextos sociais.

O termo etnia é uma categoria que opera sobre diferenças socioculturais. Este conceito pressupõe a existência de diferenças culturais entre grupos, mas que são socialmente transmitidas e não geneticamente

277. Cooper, R. *Race, disease and health* in Rathwell, T.; Phillips, D., *Health, Race & Ethnicity*. London: Croom Helm, 1986.

278. Vala, J., *Novos racismos – perspectivas comparativas*. Celta, Oeiras, 1999.

herdadas. O termo grupo étnico é frequentemente aplicado a qualquer grupo que difere de outros grupos, num ou em vários dos seus padrões de estilos de vida socialmente transmitidos, ou que difere na totalidade desses padrões de estilos de vida ou «cultura»²⁷⁹.

O conceito de etnicidade é um termo derivado de uma palavra grega que significa povo ou tribo. Este conceito implica origens ou uma base social comuns e uma cultura e tradições partilhadas, mantidas entre gerações e conduzidas no sentido de uma identidade e de um grupo. Requer também uma linguagem comum ou tradições religiosas²⁸⁰. Segundo Coe, a etnicidade é o termo usado em antropologia para exprimir relações entre entidades socioculturais marcadas por algum grau de comunalidade cultural e social – grupo étnico em contextos interactivos, multiculturais e multiétnicos, nas sociedades modernas²⁸¹. O conceito de etnicidade tem sido usado de duas formas. No primeiro caso, os marcadores são aspectos como a linguagem, a religião, os rituais, as estruturas de parentesco, o vestuário, a culinária. No segundo caso, a etnicidade tem sido entendida como um sentimento de pertença grupal, no interior de uma colectividade.

A etnicidade é uma das variáveis que entra em jogo nas relações intergrupais, afectando-as de modos diferentes. A sua identificação e análise são prioritárias num trabalho de investigação cujo objecto de estudo se centre nas minorias étnicas numa determinada área urbana.

As características indicadoras do conceito de etnicidade passam pela descendência, ligação à terra mãe, língua, cultura, herança e religião. A etnicidade remete para um sentimento de pertença entre aqueles que partilham uma identidade²⁸². A etnicidade ao nível de um grupo detentor de características culturais, ecológicas e políticas comuns dá origem a minorias étnicas. Uma minoria é um conjunto de indivíduos que apresenta as características, a composição e a estrutura de uma comunidade. No entanto, não se trata só de características mas também de posição estrutural, ou seja, de posição na estrutura social. Desta forma

279. *Idem, ibidem.*

280. Senior, P. A.; Bopha, R., Ethnicity as a variable in epidemiological research. *British Medical Journal*, 1994; 309: pp. 327-330.

281. Coe, R. M., *Sociology of medicine*. McGraw-Hill Book Company, New York, 1978.

282. Sardinha, J. M., Silva, *Preservar a identidade. Integração da comunidade Cabo-verdiana na Área Metropolitana de Lisboa: Associativismo e perspectivas das Associações*. Dissertação de Mestrado em geografia e Planeamento regional – gestão do território. Departamento de geografia, FCSH/UNL, Lisboa, Setembro 2001.

um grupo com características étnicas comuns pode ser também designado como comunidade, ou seja, uma comunidade étnica. A diferença entre grupo étnico e comunidade étnica reside no facto de a comunidade funcionar com um alto grau interno de organização institucional.

Em termos de uma proposta de definição, o conceito de etnicidade fez o seu caminho principalmente na sociologia de língua inglesa, querendo apenas designar a pertença a um grupo, outro que não o de «origem nacional». Enquanto que os sociólogos ingleses e americanos falam de etnicidade e minorias étnicas ou raciais, os franceses falam de imigrantes, populações imigradas ou estrangeiros²⁸³. A diferença das abordagens radica sobretudo na forma como tem sido cultural e politicamente equacionada a presença e fixação de populações de origem externa devido a questões históricas, económicas, políticas e culturais das comunidades estrangeiras nesses países e do seu direito e grau de exercício de cidadania.

Baseando-nos em Fernando Luís Machado²⁸⁴, o conceito de etnicidade, muitas vezes associado ao de imigrantes ou estrangeiros e ainda minorias étnicas ou comunidades étnicas, assenta em três princípios teóricos básicos: é multidimensional, porque designa mais processos do que grupos particulares e é definido relacionalmente, porque não se restringe apenas às diferenças e identidade culturais, nem apenas ao campo político, nem ainda ao entendimento que privilegia a pertença racial. Sem descartar nenhuma destas dimensões, cruza-as com a dimensão de composição e trajecto social das populações migrantes, com destaque para a condição socioprofissional e a localização de classe. O segundo princípio refere-se à relevância que a pertença a um grupo de categoria minoritária ou racialmente diferenciado pode assumir em termos sociais, culturais ou políticos. Finalmente, exige uma definição relacional porque a sua maior ou menor saliência, enquanto processo que envolve determinada minoria, só pode ser avaliada por referência à população maioritária.

Concentrando-nos naquilo que é socialmente efectivo, os grupos étnicos são vistos como uma forma de organização social. Perpetuam-se biologicamente de modo amplo, compartilham valores culturais fundamentais, constituem um campo de comunicação e de interacção e, sobre-

283. Machado, F. L., *Contrastes e continuidades – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2002.

284. *Idem, ibidem*.

tudo, possuem um grupo de membros que se identifica e é identificado por outros como se constituísse uma categoria diferencial de outras categorias do mesmo tipo²⁸⁵.

Nos termos da definição proposta sobre o conceito de etnicidade queremos reter o eixo social e o eixo cultural deste conceito onde estão inseridas algumas dimensões que se podem combinar diferentemente²⁸⁶. Do lado social, situam-se a localização espacial, mobilidade e alojamento, a composição sociodemográfica, conjugalidade e estruturas familiares, a relação com o mercado de trabalho, a composição socioprofissional e de classe social. Do lado cultural, retêm-se como dimensões chave as redes sociais e a orientação da sociabilidade, a língua e a filiação religiosa. Os extremos podem levar a um contraste com a população majoritária ou a uma continuidade através da convergência em todas as dimensões. É no primeiro extremo que se colocam as questões de problemas de integração das minorias de imigrantes na sociedade de acolhimento.

A formulação que nos interessa reter é que a pertença a populações étnicas ou racialmente diferenciadas torna-se relevante quando essas populações apresentam fortes contrastes sociais e culturais com a sociedade envolvente. Se, pelo contrário, entre essas populações e a sociedade envolvente, há mais continuidades do que contrastes, as pertenças de tipo étnico-racial perdem significado. Esta ideia de contrastes e de continuidades está assente na própria distinção entre um eixo social e um eixo cultural. O cruzamento dos dois eixos estabelece um sistema de coordenadas, a partir do qual se pode localizar cada minoria, no espaço da etnicidade, num determinado momento. Tanto o eixo social como o eixo cultural condicionam-se reciprocamente e nenhum deles é mais importante ou mais determinante do que o outro.

A definição formal de imigrações e imigrantes aponta para um processo em que os indivíduos dão entrada num país ou região com o objectivo de fixação temporária ou definitiva. No quadro da Europa Comunitária, um imigrante é qualquer cidadão residente que não pertença a um dos países membros. É a partir da sedentarização dos imigrantes, minorias migrantes, étnica e racialmente diferenciadas das populações receptoras, que resulta a pertinência das questões da etnicidade e que está, desta forma, intimamente associada à imigração.

285. Poutignat, P.; Streiff-Fenart, J., *Teorias da etnicidade*, Editora Unesp, São Paulo, 1998.

286. Machado, F. L., *Contrastes e continuidades – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2002.

3. IDENTIDADE ÉTNICA

Ao longo dos tempos têm ocorrido mudanças na natureza da etnicidade das classes médias e superiores e uma recomposição da paisagem étnica. Actualmente dá-se mais atenção ao estudo dos significados subjectivos da etnicidade, a fenómenos de identificação e às identidades étnicas.

Os imigrantes inseridos na sociedade de acolhimento de uma forma positiva não abandonam a sua identidade étnica; pelo contrário, afirmam fortemente a sua pertença étnica na sociedade de acolhimento. Os factores culturais andam a par dos factores contextuais e situacionais, isto é, de factores socioeconómicos e de outros relacionados com o processo migratório. A necessidade de conservação da identidade étnica revela-se através da manutenção de práticas culturais. Há uma enorme necessidade de convívio com pessoas do «mesmo grupo», detentoras de antecedentes culturais semelhantes. Há uma busca de laços comuns com que os indivíduos se identificam. A identidade social está relacionada com a pertença étnica como resposta às necessidades gerais de identidade. A ênfase que é dada às diferenças culturais é em grande medida o resultado de diferenças socioeconómicas e de poder que no seio dos grupos étnicos são importantes para a compreensão dos processos de formação de identidade. A organização familiar e a religião são dois aspectos da cultura que influenciam a formação dessa identidade.

No que toca a factores relacionados com o processo migratório, o tempo de permanência, a idade de chegada e a concentração territorial têm uma influência determinante nas condições actuais de vida e na construção da identidade étnica. O tempo implica uma diluição das fronteiras étnicas, como consequência da assimilação e da aculturação. Pode dizer-se que o tipo de identidade étnica que surge numa situação de discriminação e de exclusão é o de uma «identidade de minoria».

A identidade étnica pode ser definida como uma identidade sociohistórica reconstruída em diáspora, referenciada a uma pátria ou origem distante ou perdida e, sobretudo, a uma genealogia vivida como minoritária no interior de um estado multiétnico. Essa identidade é mantida por um duplo processo de aculturação antagónico, o qual impede a dissolução cultural da minoria, por assimilação indiferenciada na maioria nacional. A defesa de uma identidade étnica passa pela exacerbação de determinados marcadores corporais e culturais distintivos, bem como por formas permanentes ou cíclicas de congregação socioespacial, podendo socorrer-se, na relação com os grupos dominantes, tanto de estratégias

de exibição identitária, como de estratégias de invisibilização ou secretismo²⁸⁷. Para que se possa falar de identidade étnica é necessário que ela seja construída dentro de um grupo que partilha colectivamente um sentimento de pertença a um «nós» estruturado e organizado à volta de valores culturais comuns que possibilite uma afirmação positiva.

O estudo coordenado por França demonstra que o traço essencial que parece unir a comunidade cabo-verdiana, do ponto de vista da sua identidade, é um laço simbólico com o país: o orgulho de ser e de se dizer cabo-verdiano. O ser cabo-verdiano parece ultrapassar as diferenças de estatuto social, os percursos migratórios e a situação jurídica face à nacionalidade. A identidade nacional prende-se com características culturais específicas – a língua, o vestuário, a alimentação, a música, as formas de comportamento. O crioulo funciona como denominador comum, vínculo de pertença²⁸⁸. Outro estudo²⁸⁹ acrescenta que a identidade cabo-verdiana é ambígua, pois simultaneamente adopta e resiste às suas origens africanas e europeias, o que revela a existência de um elemento de escolha na construção social da identidade. À medida que se vai subindo na pirâmide social, a identidade étnica vai enfraquecendo.

No caso da população oriunda de Cabo Verde, o próprio processo migratório é um elemento estruturante da sua identidade cultural, ou seja, a sua identidade não é apenas influenciada pelas suas raízes africanas e europeias, mas também pela tradição migratória para outros países. Com ela vai também a língua, a nacionalidade, a ligação ao país natal, a ideia de regresso e as práticas culturais simbólicas de origem. Duas dimensões balizam, de um certo modo, a identidade sociocultural desta população: a pertença a um determinado grupo étnico e a pertença a um determinado grupo/classe social. A pertença a classes sociais diferentes, mas a um mesmo grupo étnico, dá origem a uma partilha do sentimento de pertença, mas não os mesmos comportamentos e as mesmas práticas. É precisamente esta questão que dota os cabo-verdianos em Portugal de alguma especificidade face a outros grupos étnicos. Esta população encontra-se polarizada em grupos sociais distintos, o que se traduz em modos diferentes de tradução da identidade cabo-verdiana, ou melhor, da pertença a um grupo étnico específico. A identidade étnica

287. Bastos, J. e Bastos, S., *Portugal Multicultural*. Edições Antropológica, Fim de Século, Lisboa, 1999.

288. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

289. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

tem subjacente uma herança cultural. É necessário observar a conjugação dessa identidade étnica, orientada pelo passado, com a pertença presente a diferentes grupos profissionais ou sociais²⁹⁰.

4. A QUESTÃO DA INTEGRAÇÃO E DA ACULTURAÇÃO

Um outro conceito que aparece associado à imigração e etnicidade como um espaço de contrastes e de continuidades sociais e culturais é o de integração. O problema da integração dos imigrantes é mais complexo quando existe uma diferenciação étnica, e está também associado aos conceitos de inserção e de exclusão social. O indicador máximo de integração é possuir um nível elevado de habilitações. Se um indivíduo chegar à Universidade e tirar um curso superior, sendo ele proveniente de um contexto com condições socioeconómicas baixas, essa condição de pertença a uma Universidade, contra as condições de partida do indivíduo, vai-lhe proporcionar um sentimento de pertença e de integração²⁹¹.

Utiliza-se também o termo aculturação, relacionado com o tempo de residência e que se refere a uma adaptação ao sistema de valores de outra sociedade e integração do conhecimento e comportamentos entre os grupos culturais, num processo dinâmico e contínuo. A relação dinâmica entre a idade em que se imigrou, o tempo de residência no país de acolhimento e a integração é conhecida, mas pode não ser linear²⁹². A aculturação conta com duas dimensões, a manutenção ou perda da cultura de tradição e criação de novos traços culturais. Outros conceitos associados ao de aculturação são os de identidade étnica e de assimilação²⁹³.

Relativamente ao conceito de integração e ao modelo de adaptação colocam-se duas questões principais que implicam saber, por um lado, se os imigrantes se adaptaram ou não à nova sociedade e qual o grau dessa adaptação e, por outro lado, quais os factores que intervêm nesse processo de adaptação. O modelo de adaptação que está subjacente a este processo é o de diferenciação estrutural. Segundo este modelo, as dife-

290. *Idem, ibidem.*

291. Machado, F. L., *Identidades nacionais em debate*. Colóquio, Universidade Aberta e CEMRI, Outubro de 2005.

292. Em Portugal, temos o caso dos ciganos que não sendo imigrantes são uma minoria étnica.

293. Loue, S. (editor), *Handbook of immigrant health*. Plenum Press, New York, 1998.

renças relativamente ao processo de ajustamento dos imigrantes são função de um conjunto de variáveis composicionais. Alguns estudos têm demonstrado que, entre as variáveis sociais consideradas determinantes para o estatuto dos imigrantes à chegada ao país de destino e que influenciam o processo de adaptação, a mais determinante é o nível de instrução que, por sua vez, tem grande influência sobre o estatuto ocupacional, a mobilidade social e o rendimento dos migrantes.

Os percursos realizados ao longo da vida são de extrema importância para perceber o modo como as pessoas vivem, as suas aspirações, representações e como engendram processos de construção das suas identidades. O estudo das identidades culturais tem de ter necessariamente em conta os contextos espaciais e relacionais em que estas se enquadram. O espaço, enquanto agente activo de inscrição de práticas sociais, é uma realidade complexa que deve incluir as variáveis sociais e culturais. A imigração faz desde logo destacar a importância das questões de mobilidade, dado que as trajectórias sociais, residenciais e profissionais vão modificando e redefinindo as identidades. É através dos discursos acerca da origem, da terra natal, dos hábitos e dos costumes que se mantêm ou se alteram, que se pode entender a proximidade ou a demarcação face aos sistemas culturais e étnicos de origem e/ou uma aproximação aos valores da sociedade de acolhimento. As culturas não são «realidades estáticas», mas resultam de uma constante negociação com o exterior e com os diferentes sistemas culturais. Pode-se manter um «núcleo duro» do sistema cultural e ao mesmo tempo interiorizar uma série de comportamentos que facilitem uma mais fácil integração na sociedade de acolhimento.

As dificuldades de integração são geralmente de carácter material (habitação e trabalho), de natureza legal (documentos) e de ordem cultural (estilos de vida, tradições religiosas). A integração é em regra muito problemática e constitui um processo demorado.

Os africanos em Portugal são um dos grupos que geralmente enfrenta maiores dificuldades de integração, devido à sua origem étnica e cultural distinta da sociedade de acolhimento, quando pautada pelo protótipo da cultura ocidental europeia, e porque, por outro lado, não possuem à chegada, na sua maior parte, património económico, «cultural» e social que favoreça o reconhecimento do estatuto da sua «proximidade» e «semelhança». Os tipos de alojamento e de profissões são os indicadores disponíveis que melhor exprimem a sua posição de desvantagem. Pena Pires elabora um modelo analítico dos processos de integração na imigração, seguindo-se a aplicação ao caso português.

A integração é definida como o conjunto de processos de reconstrução da ordem social, tanto no plano interactivo como no plano sistémico²⁹⁴.

5. O CONCEITO DE MINORIAS ÉTNICAS

Queremos também deixar uma clarificação do conceito de minoria, já várias vezes utilizado, sobretudo no termo minoria(s) étnica(s). Os sociólogos têm distinguido grupos maioritários e grupos minoritários. Os grupos maioritários usam o poder que detêm para controlar as instituições e os seus processos sociais vitais e para manterem a ordem social estabelecida. Por exemplo, nas sociedades europeias ocidentais é o grupo de brancos maioritário que constitui o grupo dominante. Um grupo minoritário refere-se a um colectivo que, não olhando para o seu tamanho, é distinguível na base da sua cor, língua, cultura, sexo, religião, ou outros factores de reconhecimento. Um grupo minoritário exerce menos poder do que a maioria dos grupos nas tomadas de decisão, controla menos recursos sociais vitais, tem desigualdade de acesso às estruturas, recompensas sociais e *status* (económico, político e estado de saúde) como resultado de uma discriminação, intencional ou não.

Donovan sugere que «minorias étnicas» é utilizado para descrever qualquer grupo de pessoas que partilham uma herança cultural, que não fazem parte da maioria e que podem experimentar vários graus de discriminação. Muitas vezes, particularmente na Grã-Bretanha, o termo imigrante é utilizado para descrever membros de minorias étnicas²⁹⁵.

O termo minoria não pode ser definido como antónimo de maioria. Não deve também assumir uma latitude excessiva que comprometa a aplicação do conceito em termos da sua operacionalidade. É desejável limitar o campo conceptual de existência de minorias aos casos em que os seus membros apresentem as características, a composição e a estrutura de uma comunidade e deve-se circunscrever o conceito de minorias no âmbito dos domínios do étnico, do linguístico e do religioso. A aplicação do conceito de minoria deve ser reservada aos casos em que existe óbvia disparidade de dimensão entre as comunidades minoritárias e a sociedade maioritária na qual se inserem. São comunidades que se diferenciam pela etnia, religião, pela cultura e pela língua. O estudo de minorias

294. Pires, R. Pena, *Migrações e Integração. Teoria e aplicações à sociedade portuguesa*, Celta Editora, Lisboa, 2003.

295. Donovan, J. L., Ethnicity and health: a research review. *Social science and medicine*, 1984, vol. 19, 7, pp. 663-670.

étnicas na área metropolitana de uma capital suscita diversos problemas teóricos e metodológicos, a começar pelo próprio conceito de minoria étnica. Bruto da Costa²⁹⁶ define minorias étnicas como um grupo de pessoas que tem em comum o facto de viverem em condições socioeconómicas tão precárias e deficientes que se podem considerar como grupos sociais marginalizados em relação à sociedade envolvente. A residência e o trabalho são dois aspectos fundamentais no êxito ou no insucesso da inserção de qualquer comunidade no seio de uma sociedade mais vasta e que determinam os limites da inserção social. Frequentemente dispersos por uma periferia arquitetonicamente urbana e socialmente desorganizada, e com graves problemas de inserção sociocultural, estes grupos minoritários reúnem todas as condições de isolamento, a todos os níveis, para que se sintam estigmatizados e sofram um processo de interiorização de uma imagem de si próprios como intrinsecamente inferiores e incapazes. Os seus membros sofrem desvantagens de natureza vária quando se encontram sob o ascendente ou o domínio de outro grupo mais poderoso, em termos económicos e políticos.

Para que um grupo étnico seja conceptualmente considerado como uma minoria é necessário que os seus elementos possuam um forte sentido de solidariedade grupal e de pertença identitária. O facto de se sentirem como a origem ou alvo de preconceitos ou de acções e atitudes discriminatórias gera uma certa unidade no seio do grupo, alimentando a sua coesão social. O reforço de uma identidade própria tende a contribuir para uma maior mobilização étnica da minoria, com vista à preservação de determinados benefícios sociais ou à reivindicação de certos direitos junto da sociedade receptora. A designação de minoria está, por seu lado, necessariamente associada a uma situação prolongada de endogamia e à conservação de normas e referências de uma cultura específica, mantendo a sua identidade étnica. Deste modo, o estatuto das minorias na sociedade tende a transmitir-se e a permanecer de geração em geração. Os membros destes grupos, geograficamente isolados da maioria, encontram-se entre eles com frequência, e tendem a concentrar-se em bairros residenciais.

Existe uma tendência para o agrupamento geográfico e para a «guetificação» dos grupos de imigrantes. A maior parte das comunidades de minorias étnicas escolhe ficar junta e muitos casamentos fazem-se no interior da comunidade com a mesma origem étnica e religiosa. Isto ocorre muitas vezes por razões sociais, mas também por necessidades

296. Costa, A. Bruto da; Pimenta, M. (Coordenadores), *Minorias étnicas pobres em Lisboa*, Departamento de Pesquisa Social, Centro de Reflexão Cristã, Lisboa, Maio 1991.

económicas e receio de discriminação. A concentração em bairros pode ser positiva, a curto prazo, porque favorece o acesso ao suporte oferecido pelos membros da própria comunidade cultural²⁹⁷. Dentro de cada grupo étnico, existem variações de classe social, de aculturação e de duração de estadia no país de acolhimento²⁹⁸.

A pertença a determinados grupos, etnicamente contrastantes com as sociedades onde estão inseridos, pode assumir relevância social. Nem todas as situações de etnicidade são situações de imigração, estando, neste caso, muitas vezes, associadas a problemas de natureza especificamente territorial ou cultural, mas as situações de imigração podem certamente colocar-se em termos da problemática da etnicidade.

As distâncias intergrupos explicam-se não só pelo factor socioeconómico, mas também pelas interações complexas entre as predisposições genéticas e as diversas práticas fundadas sobre a cultura do grupo (práticas alimentares, crenças diversas, comportamentos de procura de ajuda, estratégias de adaptação e modo de utilização dos serviços de saúde)²⁹⁹. Os critérios biológicos e fisiológicos de diferenciação, como era o caso do conceito de raça, foram substituídos por marcadores mais sofisticados. O conceito de raça deu lugar a conceitos mais sensíveis às variações culturais e geográficas. O conceito de grupos étnicos constitui uma solução interessante mas que acarreta problemas. Os critérios de definição de etnicidade são múltiplos: língua, religião, valores, tradições artísticas, folclore, hábitos alimentares, entre outros. Mas ainda há que juntar o contexto de aculturação das sociedades pluriétnicas ocidentais. A noção de grupo étnico recobre de maneira, mais ou menos clara, os conceitos de raça, de grupo cultural e de grupo religioso. Massé privilegia o termo «grupo etnocultural», que evoca a pertença étnica dos membros de um grupo semelhante ao grupo étnico mas com atenção dada às diferenças religiosas, linguísticas.

No caso deste estudo concreto existem algumas dificuldades, ligadas à definição de grupos étnicos. Isto porque uma parte dos imigrantes cabo-verdianos chegados na década de setenta, essencialmente os que vieram para estudar, pertencem agora às profissões liberais, bem como ao grupo dos trabalhadores qualificados, em ambos os casos tendo um

297. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

298. Crvickshank, J. K.; Beevers, D. G., *Ethnic factors in health and disease*. Wright, London, 1989.

299. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

rendimento médio mais elevado e uma taxa de desemprego mais baixa do que a média dos portugueses. Daí a dificuldade em considerar a comunidade cabo-verdiana no seu todo enquanto um grupo étnico unificado. No entanto, outros imigrantes que chegaram nessa mesma época, embora por razões diferentes, não para estudar, mas sim à procura de melhores condições de vida, concentram-se nos sectores de actividade não qualificados e têm menores habilitações. Os que vieram depois, nos anos oitenta e noventa, ou são mais jovens e pertencem à elite ou então vieram por razões económicas. A terciarização da economia e o aumento geral da taxa de desemprego afectam também estes imigrantes. Os trabalhadores não qualificados são mal pagos e as condições de trabalho são precárias, com riscos para a saúde. O caso das empregadas domésticas é particularmente crítico e os ilegais sujeitam-se, no início, a situações de semiescravidão para não comprometer a aquisição dos seus direitos à imigração, o reagrupamento familiar e a sua família. As condições socioeconómicas difíceis em que vivem subgrupos de imigrantes constituem certamente um dos factores que determinam as condições concretas de existência.

A etnicidade congrega vários níveis³⁰⁰. No caso do grupo que pretendemos estudar são visíveis três níveis: individual, grupal e estrutural na sociedade de acolhimento, a portuguesa. O sentimento de pertença a um determinado grupo e a acção colectiva étnica fazem-se sentir no seio da comunidade cabo-verdiana em Portugal, independentemente dos diferentes estratos sociais existentes no interior dessa comunidade. No entanto, consideramos que são os estratos mais baixos que são alvo de desigualdade na divisão social do trabalho e de divisões étnicas objectivas no mercado de trabalho. Podemos afirmar que, apesar de encontrarmos estas afirmações da etnicidade por parte da comunidade que queremos estudar, existem diferenças nas formas de manifestação desses níveis de identidade consoante o grupo social. Apesar destas manifestações estarem presentes, não estamos em condições de afirmar que estamos perante um grupo étnico, e muito menos de uma minoria étnica, sobretudo quando olhamos para a elite desta comunidade, perfeitamente integrada. Estamos perante uma comunidade ou um grupo etnicamente diferenciado, com características culturais específicas, que funciona com níveis de integração variáveis no seio da comunidade de acolhimento, e na qual existem tantas diferenças na sua estratificação social quantas as que existem na sociedade de acolhimento. Para

300. Machado, F. L., *Contrastes e continuidades – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2002.

a classe social média dos Cabo-Verdianos, a preponderância da identidade de classe em relação à identidade étnica é semelhante. Os indivíduos da classe social mais baixa afirmam-se como membros de um grupo étnico, ou como imigrantes, sendo um grupo dominado étnica e/ou socialmente. Mas, segundo Saint-Maurice, os cabo-verdianos em geral sobrevalorizam a sua identidade étnica³⁰¹. Mesmo os indivíduos pertencentes aos grupos mais privilegiados persistem em manter a sua identificação étnica. Exercem profissões socialmente valorizadas. Moram em bairros no centro ou na periferia da cidade como o resto das classes médias e superiores portuguesas e partilham com estes grupos sociais o mesmo estilo de vida e os mesmos valores. A sua identificação étnica consiste numa identificação simbólica com uma ascendência escolhida e valorizada pelos próprios indivíduos, e que se manifesta principalmente durante as actividades ocasionais de lazer. Esta etnicidade simbólica que caracteriza os membros das classes médias e superiores de origem cabo-verdiana não exerce nenhuma influência sobre a sua vida social, a menos que decidam tê-la em conta. O fenómeno da identificação étnica foca-se na identidade étnica individual e não sobre o grupo étnico enquanto realidade colectiva. Esta «nova» etnicidade resulta de uma dupla escolha individual: o indivíduo escolhe, se deseja, uma identificação étnica ou não³⁰².

Vamos abandonar parcialmente os conceitos de imigrantes, comunidades étnicas e minorias étnicas e passamos a falar sobretudo de etnicidade, porque é um processo e não um rótulo e este conceito, etnicidade, continua a manter os traços que caracterizam a cultura do grupo. Pensamos que faz todo o sentido dizer que «eticidade» é um conceito que se assemelha bastante à noção de «cultura de origem» e «cultura de pertença» e que não significa rotular e «encaixar» os indivíduos em grupos de tipo ético-raciais.

Do ponto de vista da Sociologia o conceito de minorias étnicas é uma categoria que exclui à partida os indivíduos na sociedade de acolhimento. Começou a ser usado depois de muitos quadros cabo-verdianos das elites, terem entrado em Portugal antes do 25 de Abril. Estes indivíduos não se enquadram no conceito o que já não é o caso dos trabalhadores indiferenciados e mão-de-obra na construção civil. A partir dos anos 80,

301. Matos, Ana Maria de Saint-Maurice Correia de, *Reconstrução das identidades no processo de emigração. A população cabo-verdiana residente em Portugal*. Lisboa, 1994.

302. Martinello, M., *L'ethnicité dans les sciences sociales contemporaines*. Que sais - je? PUF, Paris, 1995.

quando surgiu o estatuto de residente estrangeiro já se utilizava o conceito de minorias étnicas e as pessoas incorporavam, ou seja, habituaram-se a conviver com esta ideia, mesmo os bolsieiros ou os profissionais dos quadros. Voltamos a reforçar a ideia de que o grupo por nós estudado é um grupo que faz parte de uma comunidade de cabo-verdianos residentes em Portugal, com marcas de referências identitárias.

Dentro de um grupo de imigrantes da mesma nacionalidade, os cabo-verdianos, existem minorias no seio do grupo, com todas as diversidades económico-sociais características de uma pirâmide social. Se estivéssemos perante uma comunidade de ingleses ou suecos em Portugal também iríamos encontrar uma identificação grupal, a existência de colectividades ou associações de carácter cultural ou desportivo e a existência de traços culturais de tipo linguístico, culinária (sobretudo em datas comemorativas), cultos religiosos próprios e outras práticas específicas deste grupo. No entanto, teríamos dificuldade em classificar como grupos étnicos ou minorias étnicas. Sabemos que este tipo de comunidades imigrantes em Portugal não oferece um leque tão heterogéneo de percursos migratórios, profissionais e académicos como no caso da comunidade cabo-verdiana na sociedade portuguesa, em que existem indivíduos, desde os muito pobres e quase em exclusão social, até aos indivíduos que pertencem ao mundo empresarial, artístico e académico, fazendo parte de uma elite cultural e intelectual. Talvez até caíssemos na tentação de adoptar os termos «grupo étnico» e «minorias étnicas» se estivéssemos apenas em face do grupo que constitui a maioria dos indivíduos que compõem a comunidade cabo-verdiana e que são a face mais conhecida e visível desta comunidade de imigrantes: os mais desfavorecidos, social e economicamente, que até geograficamente se podem localizar pela sua concentração espacial. Os outros, a classe média e a classe alta, estando dispersos e constituindo uma «minorias» dessa comunidade, estão mais integrados na sociedade receptora e dificilmente se podem localizar pelo tipo e zona de residência (bairros e associações locais de bairros), mas sim através dos seus quadros dirigentes e da sua rede de relações sociais ou actividades académicas (seminários, congressos, palestras) e culturais (actividades culturais, concertos). Veremos mais tarde que para localizar pessoas para entrevistar, utilizámos sempre a técnica de pedir a uma determinada pessoa alguns contactos de amigos ou conhecidos. No caso do grupo que reuniu as classes e os estratos sociais mais baixos, muitas vezes eram os responsáveis pelas associações dos bairros que angariavam *in loco* as pessoas de que precisávamos, enquanto no grupo das classes e dos estratos sociais mais elevados a angariação funcionou apenas através da rede de contactos que cada pessoa nos fornecia.

Para Gomes³⁰³ torna-se problemático considerar o conjunto da população cabo-verdiana residente em Portugal como uma comunidade já que isso pressupõe a existência de um relacionamento social e comunal fechado. No caso concreto dos cabo-verdianos em Portugal, esta população pode constituir-se em comunidades distintas, nem sempre organizadas segundo uma dimensão étnica, como, por exemplo, a comunidade de um determinado bairro, mas torna-se mais difícil a constituição de uma comunidade étnica unificada porque os diferentes posicionamentos sociais e a interacção com outros grupos não permitem este fechamento. Através da análise documental, verificámos a existência de diversos grupos sociais cujas clivagens, conforme vimos no primeiro capítulo, parecem coincidir com períodos históricos e economicamente bem determinados. A diferenciação social e económica parece estar na explicação de uma integração social na sociedade de acolhimento, apesar de existirem traços etnoculturais específicos, herdados por uma história e origem comuns, que marcam este conjunto da população, e que, quando interiorizada, se traduz na consciencialização de um grupo étnico. Deve-se desmontar a imagem de uma comunidade cabo-verdiana toda ela uniforme em termos dos seus contornos sociais e, conseqüentemente, na sua integração na sociedade portuguesa. Pensamos que algo se mantém em comum entre os seus membros, não obstante as diferenças expressas entre os grupos sociais. A cultura comum e as heranças etnoculturais podem criar em todos os membros o sentimento de uma história e destino comuns, uma identidade nacional de tipo étnico susceptível de prevalecer sobre as identidades étnicas grupais. Apesar da heterogeneidade dos seus membros, em particular no que se refere a lugares de classe, existe efectivamente algo de comum entre estes, algo que decorre das suas heranças etnoculturais³⁰⁴.

No caso dos cabo-verdianos residentes na área de Lisboa, pareceu-nos adequado dizer que se trata de um conjunto da população de origem cabo-verdiana com uma identidade nacional de tipo étnico e com uma origem etnocultural comum. Utilizamos o termo população porque a designação de comunidade tem implicações conceptuais delicadas, que é preciso examinar. O conjunto das minorias étnicas revela elementos de diversificação interna, por comunidade, sobretudo em relação ao tipo de migração e ao modo de inserção no país de acolhimento. Relativa-

303. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

304. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

mente ao tipo de migração, a alteração de todo um modo de vida e de inserção social coloca os imigrantes numa situação de fragilidade social. Cada comunidade tem uma história própria de migração que influencia o actual modo de vida de cada grupo. O modo de inserção no país de acolhimento e as formas de inserção social na área urbana também são extremamente diversificados e prendem-se com as características da própria migração, com as estratégias de inserção laboral, com as particularidades culturais de cada comunidade. O facto de trabalharem maioritariamente por conta de outrem ou por conta própria, de viverem sós ou no seio de uma rede de familiares ou conterrâneos, de habitarem casas construídas de acordo com costumes quotidianos mais tradicionais ou em andares em prédios de realojamento, são alguns elementos que alteram profundamente os comportamentos sociais e as representações de cada comunidade. Quando os relacionamentos são fechados e de tipo comunal, pode-se estar perante uma comunidade. O conjunto dos imigrantes cabo-verdianos em Portugal representa uma população socialmente diferenciada no que se refere às seguintes características: nacionalidade e naturalidade, estruturas demográficas, tempos de imigração, perfil escolar e profissional. Em termos de grupos sociais, existe no seio da comunidade cabo-verdiana dois grupos predominantes: uma imigração essencialmente laboral composta por indivíduos em idade activa, com uma elevada taxa de actividade e mão-de-obra não qualificada e uma imigração com um capital escolar médio ou elevado e predomínio de profissões mais qualificadas³⁰⁵.

As motivações para imigrar são quase sempre económicas e laborais, mas a rede de familiares e amigos já existente no país de acolhimento é um dos factores decisivos para a escolha do local de destino. As más condições no país de origem, o facto de, na sua maioria, possuírem poucos recursos económicos, serem iletrados e fragilizados, socialmente vulneráveis, sobrecarregados pelos problemas quotidianos de estrita sobrevivência material e de manutenção de um *habitat* carente de infra-estruturas mínimas de salubridade e de segurança, tudo isto são factores que contribuem para que eles venham subsequentemente a ocupar os estratos mais baixos no novo país, o de acolhimento. A permanência de alguns traços culturais como a língua, religião, hábitos culinários, caracteriza estas comunidades.

305. Saint-Maurice, A., *Identidades reconstruídas – Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

6. A PESQUISA EMPÍRICA SOBRE A IMIGRAÇÃO EM PORTUGAL

Para além dos estudos que foram referidos e que permitem um enquadramento teórico-conceptual das questões sobre migrações, etnicidade, identidade étnica, integração e minorias étnicas, existem outros estudos ao nível da investigação sobre a imigração em Portugal, que gostaríamos de destacar. Não temos a pretensão de apresentar uma análise detalhada das diferentes investigações realizadas em Portugal sobre as comunidades imigrantes, mas salientar apenas algumas daquelas que se podem revelar pertinentes para o nosso estudo.

O Centro de Estudos Padre Alves Correia (CEPAC)³⁰⁶, contribuiu em 1995 com um estudo para um melhor conhecimento das comunidades de imigrantes africanos que vivem e trabalham em Portugal, nomeadamente na área da Grande Lisboa e Península de Setúbal. Foram escolhidos estes dois concelhos porque, segundo os cálculos, concentravam 80% da imigração africana em Portugal.

O estudo³⁰⁷ decorreu entre 1993 e 1995 e visou essencialmente o levantamento demográfico da população imigrante de origem africana, através de uma investigação no terreno, com o apoio de informadores locais. Privilegiou-se o levantamento demográfico das concentrações de africanos mais significativas em termos quantitativos pois tornava-se inviável fazer um levantamento exaustivo de toda a população.

Os concelhos com maior número de imigrantes, referidos no estudo por ordem de importância, são Lisboa, Oeiras, Amadora e Loures. Os bairros mais representativos eram constituídos por barracas, casas degradadas e/ou habitação social. Os bairros predominantemente de barracas são em geral habitados por comunidades de primeira geração de imigrantes, chegados nos últimos 10/15 anos, uma boa parte deles ainda sem família. Existiam 20 bairros com mais de 1000 africanos nos distritos em estudo (por exemplo, no distrito de Lisboa, o Alto da Cova da Moura – Amadora contava nessa altura com cerca de 3170 africanos e o bairro da Quinta da Serra, junto ao Prior Velho, Loures, com 3100 africanos sendo habitado sobretudo por jovens Guineenses (1500). O referido estudo considera este bairro como um exemplo de um espaço tipica-

306. Cachada, F. (organização), *Imigração e associação, associações africanas, outras associações e instituições ligadas à imigração na Área Metropolitana de Lisboa*, CEPAC, cadernos CEPAC 1. Lisboa, 1995.

307. A investigação decorreu em 106 bairros de barracas e edifícios degradados e núcleos de habitação social. Sobre cada um desses bairros e núcleos foi elaborada uma «Ficha de Bairro» que podem ser consultadas para investigações mais aprofundadas.

mente africano a exigir medidas sociais adequadas, tratando-se, além disso, do mais importante bairro de primeira geração de imigrantes, onde as condições são ainda muito precárias. Estes bairros situam-se geograficamente próximos dos centros urbanos, mas estão distantes em termos sociais e económicos. Na verdade, é como se estas «aldeias» não existissem, ou se situassem noutra continente, mantendo os residentes os seus hábitos e costumes. Se, por um lado, estes núcleos em nada favorecem a integração social, por outro, servem de trampolim para uma integração menos forçada e mais harmoniosa, onde o imigrante que chega encontra um ambiente social e cultural que lhe é mais próximo e onde a solidariedade de familiares e amigos é um factor essencial para vencer as dificuldades. O fenómeno de reagrupamento social e familiar é bem visível na distribuição geográfica das comunidades de origem, comum a todas as comunidades migrantes do mundo.

As comunidades cabo-verdianas são aquelas que ainda hoje apresentam uma maior diversidade ao nível da sua distribuição, embora se possa dizer globalmente que estas se encontram sobretudo nos concelhos da Amadora (13 052), distribuídos pela Azinhaga dos Bezouros, Alto da Cova da Moura e Estrada Militar do alto da Damaia, em Oeiras (9787) principalmente no Alto de Santa Catarina.

Quanto aos angolanos e moçambicanos, cuja imigração teve lugar sobretudo nos anos que se seguiram à independência dos respectivos países, fixaram-se sobretudo no concelho da Moita, no Vale da Amoreira, distrito de Setúbal. Os guineenses apresentam uma certa dispersão na sua distribuição, embora o maior número se concentre no concelho de Loures, no lugar da Quinta da Serra. Fazendo igualmente parte de uma imigração recente, os são-tomenses distribuem-se quase equitativamente por 4 concelhos: Loures, Amadora, Almada e Lisboa, embora a maior concentração se situe na Costa da Caparica, no Bairro da Mata.

Outros estudos foram úteis para esta investigação devido aos dados estatísticos relevantes que fornecem. É o caso do inquérito coordenado por Bruto da Costa e Pimenta³⁰⁸ realizado em 1991. Os autores analisaram algumas minorias étnicas pobres em Lisboa, entre as quais os cabo-verdianos foram um dos oito grupos estudados, fornecendo dados estatísticos sobre esta minoria. Revela que o grupo apresenta um baixo nível de instrução, condições de trabalho e de habitação precárias, instabilidade no trabalho, baixos rendimentos, insucesso escolar

308. Costa, A. Bruto da; Pimenta, M. (coordenadores), *Minorias étnicas pobres em Lisboa*, Departamento de Pesquisa Social, Centro de Reflexão Cristã, Lisboa, Maio 1991.

e dificuldades de integração na sociedade receptora. De resto, como salienta Lopes³⁰⁹ os negros em Portugal são mais obrigados a lutar por sobreviver do que propriamente por se integrarem.

O estudo de Costa e Pimenta³¹⁰ também trouxe importantes contributos para a compreensão e análise das condições de vida e situação socioeconómica das minorias étnicas pobres em geral residentes em bairros degradados de Lisboa e arredores e incidiu sobre indivíduos das comunidades de Cabo-Verde, Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, São Tomé, Timor, Índia (44% com naturalidade moçambicana) e cigana.

Cerca de metade da população estudada (47%), chegara a Portugal após 1981, principalmente os guineenses e os indianos. Na comunidade cabo-verdiana, a mais numerosa e também a mais antiga, 26,2% chegara antes de 1974.

A maior parte dos inquiridos trabalhava na construção civil e obras públicas, no comércio, restaurantes e serviços. As mulheres concentravam-se nos serviços (64%), a grande maioria nos serviços pessoais e domésticos; no caso específico das mulheres indianas e ciganas, estas dedicavam-se sobretudo ao comércio (88% das ciganas e 50% das indianas) e aos serviços. Os trabalhadores não qualificados são sobretudo de origem africana enquanto que os profissionais qualificados são sobretudo da Europa, Brasil e América do Norte.

Conforme já foi referido anteriormente ao citarmos o estudo coordenado por Bruto da Costa sobre as minorias étnicas, em geral, a situação profissional maioritária, sobretudo entre as comunidades cabo-verdianas e Guineense é no sector da construção civil e obras públicas. Dentro deste sector, a grande concentração de imigrantes verifica-se nas amplas áreas de trabalho designado por «informal» caracterizadas pela inexistência de contratos de trabalho, horários muito longos, exclusão dos esquemas de segurança social, grande mobilidade geográfica e elevada rotação entre empregadores.

A comunidade de origem indiana na região de Lisboa é o grupo minoritário privilegiado no estudo de Malheiros³¹¹. Embora não se inscreva na

309. Lopes, S., «Le Portugal et ses immigrés», *Migrations, Société*, 4 (19), 1992.

310. Costa, A. Bruto da; Pimenta, M. (coordenadores), *Minorias étnicas pobres em Lisboa*, Departamento de Pesquisa Social, Centro de Reflexão Cristã, Lisboa, Maio 1991.

311. Malheiros, J. M., *Imigrantes na região de Lisboa: os anos da mudança*. Edições Colibri, Lisboa, 1996.

população alvo do nosso trabalho de investigação, pensamos que a informação aqui contida é relevante por se tratar de uma minoria étnica e pela análise que é feita sobre os factores que condicionam o processo de integração no país de acolhimento. O autor vai-se concentrar nos cidadãos pertencentes a comunidades indianas na área metropolitana de Lisboa, o que demonstra mais uma vez a importância da evolução do fenómeno da imigração de novas comunidades, nomeadamente ao nível de correntes que, até há pouco tempo, eram significativas, como o caso dos indianos, paquistaneses e chineses.

Com a descolonização, a chegada de imigrantes de origem indiana provenientes de Moçambique faz surgir os actuais enclaves comerciais étnicos existentes na cidade. O estudo descreve quatro comunidades agrupadas segundo a religião que professam – hindus, muçulmanos, ismaelitas e católicos (de Goa). Estimava-se, então em 35 000 o número de indivíduos de origem indiana em Portugal, dos quais 80% residentes na região metropolitana de Lisboa. As zonas da Avenida Almirante Reis, Martim Moniz e Mouraria são as que concentram a grande maioria de estabelecimentos comerciais cujos proprietários são de origem indiana³¹².

O autor referido faz o enquadramento do conceito de população e de migrações em torno de três condicionantes estruturais: factores económicos e emprego, factores políticos e institucionais e factores demográficos. Ele utiliza os termos assimilação, acomodação e integração para designar o processo de ajustamento dos imigrantes a uma nova realidade económica, social e cultural. Quando estes processos não são bem desenvolvidos, surgem situações de discriminação, com naturais reflexos ao nível da segregação espacial. Os principais países de recrutamento de imigrantes na África, Ásia e América Latina, estiveram, com excepção do Paquistão³¹³, parcialmente ou totalmente incluídos no Império Colonial Português. Este facto realça a importância que a densidade de contactos e a proximidade linguística, cultural e institucional desempenham no processo de escolha da região de destino.

Segundo Ahmad *et al.*³¹⁴ que estudaram as comunidades asiáticas, os asiáticos são utilizadores mais frequentes dos serviços médicos do que

312. *Idem, ibidem.*

313. Os cidadãos paquistaneses instalados em Portugal, em 1981, passaram por Moçambique antes de chegar a Portugal.

314. Ahmad, W. I. V.; Kernohan, E. E. M.; Baker, M. R., Influence of ethnicity and unemployment on the perceived health of a sample of general practice attenders. *Community medicine*, vol. 11, 2: pp. 148-156.

os locais. Os imigrantes activos têm uma percepção da sua saúde superior à dos não activos. Uma actividade profissional (profissão/emprego) é necessária para melhorar o *status* socioeconómico e de saúde.

O Holograma da Mobilidade Humana conclui que os fluxos migratórios se inscrevem na corrente Sul/Norte³¹⁵. Os asiáticos de origem chinesa, indiana e paquistanesa representam apenas 5%, de toda a imigração mas, em 10 anos, apresentam uma variação de mais de 136%. Outro elemento a reter, segundo o autor, é que os fluxos imigratórios fazem parte das grandes correntes migratórias internacionais, profundamente marcadas pela situação colonial e pós-colonial. A presença de grupos minoritários em Portugal, no sentido sociológico do termo, é marcada pela posição social fraca e posição entrecultural homogénea. É uma realidade longitudinal e transversal do imaginário português.

No estudo de caracterização da comunidade cabo-verdiana residente em Portugal, de 1999, efectuado por Gomes³¹⁶, tal como no estudo de França³¹⁷, encontramos a preocupação de enquadrar todo o sistema migratório de Cabo Verde no contexto global da diáspora cabo-verdiana. Faz-se uma estimativa do número de cabo-verdianos em Portugal, utilizando quatro fontes de dados, nomeadamente, a base de dados do entreculturas do Instituto de Inovação Educacional do Ministério da Educação, a informação disponível do Recenseamento Geral da População e Habitação de 1991, a informação do SEF e a base de dados do Recenseamento Eleitoral de 1997; foi encontrado para 1997 um valor médio, a partir dos dados acima referidos, de 83 000 indivíduos cabo-verdianos residindo na Área Metropolitana de Lisboa e no distrito de Lisboa um valor médio total de 75 029.

Tal como Perista e Pimenta afirmaram no seu trabalho efectuado em 1993, é ainda difícil precisar o número de estrangeiros residentes em Portugal³¹⁸. Nessa altura, uma estimativa apontava para cerca de 200 000 (1,5% da população do país), 40% dos quais em situação irregular. Destes, a maioria era de origem africana, das ex-colónias portuguesas. Os autores chamam a atenção para o facto de todos os anos

315. Lopes, P., *Holograma da Mobilidade Humana*. Edição Reis dos Livros, Lisboa, 1999.

316. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

317. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

318. Perista e Pimenta in *Emigração/Imigração em Portugal* – actas do «Colóquio internacional sobre emigração e imigração em Portugal (sécs. XIX-XX)». Fragmentos, Lisboa, 1993.

chegarem novos imigrantes originários principalmente das ex-colónias de África, de Timor e da Índia. Para além destes, havia uma percentagem significativa de migrantes com nacionalidade portuguesa, principalmente angolanos, moçambicanos e indianos que chegaram entre 1974 e 1980 através de um decreto-lei (308/75, em vigor até 1988) que reconhecia a estes indivíduos o direito de opção pela nacionalidade. Há sempre que acrescentar aos números oficiais, os cidadãos que juridicamente são Portugueses e os que se encontram numa situação de irregularidade. Outra comunidade de imigrantes que merece referência especial é a Brasileira cujo peso tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, sendo hoje a segunda mais numerosa³¹⁹.

Os africanos são sem dúvida o grupo que enfrenta maiores dificuldades de integração. Muitas vezes não possuem à chegada património económico, «cultural» e social. Entre os indicadores disponíveis que melhor exprimem a sua posição marginal estão os que se referem ao alojamento e ao tipo de profissões (dados do SEF).

Na opinião de Machado³²⁰, em 1992, nenhuma das comunidades imigrantes residentes em Portugal se encontrava em situação de forte contraste com a população portuguesa, já que não diferiam desta, simultaneamente, no que se refere às condições socioeconómicas, à situação residencial, à identidade linguística, à filiação religiosa e aos modos de vida. Contudo, apesar destas afirmações, Machado afirmava que os guineenses e os cabo-verdianos, eram na década de 90, as minorias que se encontram numa situação de maior contraste com a população portuguesa³²¹, comparativamente com as outras comunidades de imigrantes, devido às condições socioeconómicas mais desfavorecidas, em que a sua maioria se encontrava. No entanto, se encontramos, de facto, algumas diferenças nalgumas dimensões específicas, também se encontram semelhanças noutras, sugerindo uma situação de continuidade.

Ao abordar o fenómeno identitário, Gomes³²² enumera a língua, a música e os comportamentos como alguns dos factores relevantes da identidade

319. Lopes, P., *Holograma da Mobilidade Humana*. Edição Reis dos Livros, Lisboa, 1999.

320. Machado, F. L., Etnicidade em Portugal: o grau zero de politização, in Silva, M. B. et al. (comissão organizadora) *Emigração/Imigração em Portugal – actas do «Colóquio internacional sobre emigração e imigração em Portugal (sécs. XIX-XX)»*. Fragmentos, Lisboa, 1993, pp. 407-414.

321. Machado, F. L., Etnicidade em Portugal: contrastes e politização, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 12, 1992.

322. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

e cultura de um grupo. O património cultural de um grupo étnico comporta, na sua opinião, a gastronomia, a literatura, a dança, os rituais profanos e religiosos reproduzidos em território de migração que reforçam a identidade étnica e a coesão do grupo.

7. OS CONCEITOS DE MIGRAÇÕES, ETNICIDADE E MINORIAS ÉTNICAS NAS CIÊNCIAS SOCIAIS DA SAÚDE

A saúde e a etnicidade constituem uma área importante de investigação. Pode-se articular com a cultura e até mesmo com o racismo. A apreciação das articulações do racismo é importante para compreender as vidas das comunidades de minorias étnicas e as suas interações com os serviços. O racismo está cada vez mais articulado com a linguagem da cultura, heranças, concepções de identidade relacionadas com a pertença e a raça. A maioria da literatura sobre as experiências de saúde das minorias étnicas é epidemiológica, condicionada, e favorece também algumas explicações particulares dos diferenciais étnicos. É necessário perceber as diferenças na saúde, identificar factores específicos que podem afectar o estado de saúde e aceder a esses factores como determinantes das diferenças entre grupos e estados de saúde. Em termos de racismo, cultura e diferença, a racialização ocorre em termos de explicação e solução para problemas de saúde baseados em noções rígidas e históricas de cultura e diferença cultural, onde as culturas assentam predominantemente em diferenças socioeconómicas e de poder. Os recursos culturais como a religião, a comunidade e a família são recursos vitais para a sobrevivência e o sucesso; não reconhecer a importância dos recursos culturais para compreender e lidar com a saúde e a doença é muitas vezes negar um aspecto vital da existência humana³²³.

As determinantes da relação entre grupos de imigrantes (mais precisamente grupos étnicos) e saúde são geralmente compostos por factores de pertença a um grupo, factores socioculturais e factores socioeconómicos³²⁴. Para os factores de pertença a um grupo entram em linha de conta a discriminação social, económica e racial, a língua, a separação das famílias e as experiências antes e durante a migração. Para o factor sociocultural evidenciam-se as diferenças de cultura e para o factor

323. Ahmad, Ethnic factor in health and disease in *Health Matters*, Petersen, A. e Waddell, C. (editors), ed. Wright, Londres, 1998.

324. Venema, H. P. Uniken; Garretsen, H. F. L.; Van Der Maas, P. J., Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Social Science and Medicine*, 1995; 41: pp. 809-818.

socioeconómico incluem-se a posição social, o acesso ao consumo de bens, a participação no mercado de trabalho, valores/normas e o acesso à informação. As doenças, quando consideradas pelos próprios, parecem ser referidas enquanto problemas e parecem por vezes derivar de práticas culturais³²⁵.

A privação de certas comodidades, hoje correntes na sociedade, agrava duramente as condições de vida das famílias de imigrantes e afecta negativamente, designadamente, os hábitos de higiene e a saúde das pessoas; por outro lado, tem consequências que se estendem aos bairros onde residem, cujo «ambiente ecológico» é desequilibrado devido à inexistência ou insuficiência de saneamento básico, pondo, por sua vez, em risco a saúde da mesma população, com todos os custos humanos e sociais daí decorrentes. Existe, sem margem de dúvida, uma relação entre a saúde e as características socioeconómicas e culturais da área de residência³²⁶. A residência numa área pobre pode ser uma determinante mais poderoso da saúde do que o rendimento, a educação ou outra medida socioeconómica. A classe social é um factor de controlo do ambiente local. A maior parte dos imigrantes vive nas zonas mais carenciadas das cidades. Está comprovado que os níveis mais baixos de saúde e estilos de vida menos saudáveis ocorrem com maior frequência entre indivíduos de baixo nível socioeconómico e em áreas urbanas mais degradadas. Outro factor muito importante de alteração da saúde dos imigrantes é o tempo de residência dos imigrantes no país de acolhimento. O tempo de residência mais longo está associado ao total de sintomas relatados pelos indivíduos de ambos os sexos em conjunto e em separado. A duração da estadia tem a ver com o ano de chegada ao país de acolhimento e uma maior duração significa uma pior saúde³²⁷. O tempo de permanência influencia a avaliação que os indivíduos fazem da sua situação. Quanto maior a «integração», maiores são as necessidades e mais os valores se assemelham aos padrões dominantes da sociedade de acolhimento e maior a sensação de exclusão.

O texto de Germov em *Imagining health problems as social issues*³²⁸ discute a construção social da saúde, doença e etnicidade e examina a

325. Donovan, J. L., Ethnicity and health: a research review. *Social science and medicine*, 1984, vol. 19, 7, pp. 663-670.

326. Macintyre, S.; Maciver, S.; Sooman, A., Area, class and health: should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, 1993; 22, 2: pp. 213-234.

327. Williams, R., Health and length of residence among South Asians in Glasgow: a study controlling for age. *Journal of Public Health Medicine*, 1993; 15: pp. 52-60.

328. Germov, J. (editor), *Second opinion: an introduction to health sociology*, Oxford University Press, Melbourne, 1998.

relação entre etnicidade, classe e saúde. Até que ponto a etnicidade e a cultura são importantes para determinar resultados de saúde para uma população etnicamente diversa? Será que a classe e o género são determinantes da saúde mais poderosos do que a etnicidade ou será a experiência migratória e de reintegração que distinguem o perfil de saúde dos imigrantes, mais do que a etnicidade por si? Os antropólogos e os sociólogos mostram que a saúde e a doença são construídos socialmente e o seu significado é estabelecido pelos membros da sociedade. As definições da saúde e da doença passam e variam no tempo e através das culturas. Para além das diferenças culturais entre diferentes sociedades existe também diversidade cultural no seio da mesma sociedade, nas classes sociais, no género e na etnicidade.

A etnicidade, a saúde e o multiculturalismo³²⁹, no contexto Australiano, são analisadas por Roberta Julian que discute a construção social da saúde, a doença e a etnicidade³³⁰. O que é que a investigação revela sobre a saúde dos grupos etnicamente diversos? Os efeitos da etnicidade não podem ser isolados dos efeitos de «*status*» dos imigrantes, da classe social, do género e da idade. Pelo contrário, a etnicidade interage com cada um destes factores. Muitos estudos chegam à mesma conclusão, afirmando que a saúde dos imigrantes recém-chegados é melhor do que a dos indivíduos «locais». Os níveis de mortalidade e morbidade para os imigrantes tende a ser mais baixo do que para a população de origem. Ao imigrarem, as pessoas são «seleccionadas» com base no seu estado de saúde. À medida que o tempo de residência aumenta, verifica-se que aumentam também as taxas de morbidade e de mortalidade dos imigrantes como consequência dos estilos de vida, particularmente do regime alimentar. As desordens psicológicas e as depressões atingem certos grupos dentro dos imigrantes (refugiados, homens, crianças, adolescentes, pessoas só ou isoladas), para o que contribuem as dificuldades no emprego e no alojamento, acumuladas a uma mobilidade social e espacial, à separação da família e a problemas de comunicação, bem como o confronto com sentimentos de racismo e de discriminação. Alguns resultados revelaram níveis de desordem mental mais elevados em grupos étnicos em desvantagem socioeconómica.

329. O termo multiculturalismo é um termo político; refere-se às expectativas de que todos os membros da sociedade venham a ter os mesmos direitos a um igual acesso aos serviços, mais correlacionado com estilos de vida do que com oportunidades de vida. Este conceito mudou durante os anos 80 e 90 e a tendência é para retirar as barreiras estruturais (como as baseadas na raça, etnicidade, cultura, religião, género e local de nascimento) que impedem o direito à participação e cidadania.

330. In Germov, J. (editor), *Second opinion: an introduction to health sociology*, Oxford University press, Melbourne, 1998.

Existem diferenças étnicas na saúde? Tem-se questionado e criticado o determinismo biológico dessas diferenças nos estudos sobre raça, classe social e investigação epidemiológica³³¹. As diferenças étnicas residuais na saúde podem ser explicadas através do uso de indicadores socioeconómicos que podem ter significados diferentes para os diversos grupos étnicos. Os factores biológicos podem contribuir para diferenças étnicas face à saúde, como por exemplo, um baixo estado de saúde no momento de migrar. As más condições de vida e de trabalho, bem como uma discriminação às quais estes grupos de imigrantes foram expostos, também podem explicar as diferenças de saúde; neste caso, o tempo de residência no país de acolhimento pode estar relacionado com o nível de saúde. As desigualdades na saúde podem ser explicadas através dos factores sociais, constituindo-se um corpo de hipóteses quando se analisa os diferentes grupos de imigrantes com experiências sociais diferentes que afectam a sua saúde. Exemplos disto são os mecanismos discriminatórios que podem funcionar como exposições cumulativas ao longo da vida. Estes mecanismos discriminatórios podem ser de ordem económica (acesso a bens e serviços, segregação residencial, acesso aos mercados de trabalho), política (direitos políticos) e cultural (sistema de crenças). Para além disso, os factores culturais também podem contribuir para explicar as diferenças étnicas e a sua modificação consoante o sexo do indivíduo, relativamente aos estilos de vida³³². Seguindo nesta linha da vulnerabilidade genética, cultural ou socioeconómica, utilizada para explicar desigualdades étnicas em saúde, a maior parte dos estudos estão ignorando na sua maioria, as diferenças de classe. Os factores culturais e as condições de vida e de habitação precárias parecem contribuir para o nível de saúde dos imigrantes, para além das condições socioeconómicas adversas³³³.

Os argumentos sociológicos sobre etnicidade influenciaram a sociologia da saúde. No entanto existe alguma tensão neste campo. Por um lado, esta sociologia examinou aspectos da saúde de grupos da população

331. Muntaner, C.; Javier Nieto, F.; O'Campo, P., The Bell curve: on race, social class, and epidemiologic research *American Journal of Epidemiology*, 1996; 144: pp. 531-536.

332. Reijneveld, S. A., Reported Health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998a; 52: pp. 298-304.

333. *Idem, ibidem*.

Lumey, L. H.; Reijneveld, S. A., Perinatal mortality in a first generation immigrant population and its relation to unemployment in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1995; 49: pp. 454-459.

Reijneveld, S. A.; Gunning-Schepers, L. J., Age, socioeconomic status, and mortality at the aggregate level. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994; 48: pp. 146-150.

definidos segundo uma noção de raça ou de etnicidade³³⁴. Por outro, esta mesma sociologia utilizou argumentos sociológicos para criticar a base sobre a qual as categorias de raça e de etnicidade foram definidas³³⁵. O resultado é muitas vezes uma improdutivo divergência entre a pesquisa teórica e a empírica que precisa de ser revista. Uma das questões para que Smaje chama a atenção é a conotação da definição de etnicidade com categorias ideológicas. A perspectiva teórica de Smaje sobre raça e saúde emerge nas teorias de Bourdieu da «teoria da prática»³³⁶ nas quais os conceitos de «*habitus*»^{337, 338} e «capital»^{339, 340} são aspectos fundamentais³⁴¹. A abordagem de Bourdieu da génese dos grupos sociais e das suas práticas incorporadas pode fornecer uma base útil para compreender a evidência de uma relação existente entre a estrutura e organização de uma comunidade e a sua saúde. Para Smaje, a pertença étnica é explicada em termos de uma categoria emergente como a classe e vai buscar os conceitos de Bourdieu de «*habitus*» (ao nível micro-social) e de «capital» (ao nível macro-social). Smaje também utilizou a abordagem de Bourdieu sobre «o capital» (o social e o cultural) para explicar a «sobre-utilização» dos serviços de medicina geral e a relativa baixa utilização das consultas externas do hospital pelos diversos grupos minoritários.

Muitas vezes, os padrões étnicos na saúde e na doença são resultado de outras categorias produzidas socialmente e que reproduzem as desigualdades sociais³⁴². A etnicidade esconde as condições sociais, económicas e culturais que estão na base das desigualdades e que são os factores determinantes da saúde e da doença das pessoas. Não há dúvida que a diferença cultural e étnica pode justificar desigualdades sociais e que tais desigualdades são sublinhadas na saúde. As diferenças são explicadas pela posição socioeconómica e a atenção deve ser dada,

334. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

335. Williams, S. J.; Gabe, Jonathan; Calnan, Michael (ed.), *Health, medicine and society: key theories, future agendas*. London; New York: Routledge, 2000.

336. Bourdieu, P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979.

337. Para Bourdieu os princípios da vida social são incorporados por via do «*habitus*». O *habitus* designa as disposições individuais que podem ser influenciadas pela educação, por exemplo.

338. Bourdieu, P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979.

339. Para Bourdieu o conceito de capital estende-se de um nível micro-social do *habitus* para um domínio macro-social.

340. Bourdieu, P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979.

341. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

342. *Idem, ibidem*.

desde o início, à relação entre a posição socioeconómica e a saúde, e não à pertença a um grupo étnico minoritário.

Outro mecanismo que evoca as variações na saúde dos imigrantes para além da posição socioeconómica é a cultura³⁴³. A ideia de «cultura» herdada do «*Black Report*»³⁴⁴ é compreendida enquanto uma prática particular ou um conjunto de práticas associadas a grupos de imigrantes. As diferenças étnicas ou culturais podem justificar desigualdades sociais e estas desigualdades podem sublinhar uma grande parte da aparente disparidade na saúde. No entanto, o argumento de que a ideologia «racial» legitima a desigualdade social é uma simplificação extrema.

Os imigrantes trazem com eles sistemas de crenças e de práticas de saúde dos seus países com heranças e experiências culturais próprias³⁴⁵. Mantêm as práticas e os sistemas de tratamento activos por vezes durante várias gerações, sendo todos os recursos de tratamento e cura produto de culturas. As definições de saúde, doença e cuidados apropriados têm sempre uma base cultural. Conforme já foi atrás referido, a saúde pode ser vista enquanto harmonia ou balanço (equilíbrio), integração do corpo, mente e espírito, essência vital, elementos mágicos e sobrenaturais, inveja e outras emoções fortes.

Sundquist³⁴⁶ mostra a influência da etnicidade e da classe social face à representação dos indivíduos acerca do seu estado de saúde comparando a etnicidade com os factores sociais e os estilos de vida. O estudo conclui que a etnicidade se revelou ser uma dimensão social poderosa quando comparada com a classe social, relativamente à noção que os indivíduos têm sobre a sua própria saúde.

Existem três grandes categorias de factores que influenciam a saúde dos imigrantes: as características sociodemográficas e culturais do imigrante, as experiências pré-migratórias, incluindo as condições de partida e as experiências e condições pós-migratórias³⁴⁷. A distância cultural do país de origem e as dificuldades de adaptação no local de acolhimento podem ser factores sociais determinantes de saúde. O processo de adaptação na sociedade de acolhimento pode constituir uma

343. *Idem, ibidem.*

344. Townsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, London, 1992.

345. Loue, S. (editor), *Handbook of immigrant health*. Plenum Press, New York 1998.

346. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

347. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

experiência particularmente difícil para certos grupos etnoculturais, mais precisamente, para certos subgrupos sociais no interior de um dado grupo etnocultural.

Qual é o papel do *status* socioeconómico nas variações de saúde? Na medida em que a etnia é uma categoria com estatuto analítico ambíguo e visto que as distinções de etnicidade na investigação em saúde são pouco claras, as variações étnicas na saúde devem ser vistas no contexto de uma relação entre etnicidade e *status* socioeconómico. Podem surgir algumas dificuldades metodológicas na investigação da saúde das minorias étnicas que incluem a obtenção de denominadores populacionais, recolha da grelha de amostra, definição dos grupos étnicos e a minimização do enviesamento estatístico relativamente à amostragem e colheita dos dados. A relação causal entre grupo étnico e outras variáveis é, com certeza, difícil de identificar porque a etnicidade está altamente correlacionada com outros factores sociais, económicos e demográficos³⁴⁸.

Apesar de complexo e controverso, o conceito de etnicidade é invocado na medicina como uma variável independente na base da qual algumas diferenças epidemiológicas podem ser explicadas³⁴⁹. Uma dimensão «étnica» simplista implica que os grupos definidos pela «cultura» ou «origens» sejam considerados, de forma errada, socialmente homogéneos. O equilíbrio da ênfase dada à etnicidade e cultura das minorias deve ser repensado. O processo complexo de ficar doente e recorrer a uma ajuda é considerado como parte das crenças, experiências e expectativas das pessoas. Os estudos que identificam a posição social e material das minorias étnicas têm um papel importante quando sugerem explicações para as desigualdades nas diferenças «étnicas» na doença. Quando se fazem comparações, o impacto de factores como a classe e riqueza são muitas vezes ignorados.

A sociologia da saúde analisa os efeitos da desigualdade no risco de ficar doente, debruçando-se sobre o modo como as condições sociais e materiais, o *status* ou categoria ocupacional e o desemprego, actuam como factores predisponentes para uma má saúde; são identificados, entre

348. No estudo de Schulman, K. A.; Rubenstein, L. E.; Chesley, F. D.; Eisenberg, J. M., «The roles of race and socioeconomic factors in health services research», *Health Services Research*, 1995; 30:1: pp. 179-195, o autor foca o problema da definição dos grupos étnicos e das ambiguidades acerca da raça enquanto uma variável explicativa.

349. Ahmad, Ethnic factor in health and disease in *Health Matters*, Petersen, A. e Waddell, C. (editors), ed. Wright, Londres, 1998.

outros indicadores sociais, dos quais directa ou indirectamente depende o estado de saúde dos indivíduos, a habitação, a estrutura do agregado familiar e o racismo.

A explicação das desigualdades em saúde dos grupos étnicos deve ser vista em função de factores sociais e culturais e em termos dos comportamentos das pessoas. Quando se verificam elos de ligação entre grupos étnicos e estado de saúde, estes não resultam de algo inerente ao grupo, mas sim de algo inerente ao contexto social no qual a maior parte dos membros desses grupos vive.

Numa análise da associação entre factores biológicos e sociais e a mortalidade perinatal numa população etnicamente mista e da sua relação com o desemprego, as conclusões indicam que a mortalidade perinatal é independente do *status* profissional dos pais, idade materna, paridade, sexo do bebé, mas não o é do país de nascimento dos pais³⁵⁰. Existe também uma influência da etnicidade e do desemprego na saúde avaliada pelo próprio³⁵¹, que faz emergir diferenças significativas entre empregados e desempregados quanto à saúde avaliada.

Outros artigos revistos relacionam o nível socioeconómico e a idade com a saúde e a mortalidade³⁵². A idade modifica a relação do nível de educação com a saúde autoavaliada. Os indicadores de saúde são normalmente ajustados para a idade e o género porque estes dois indicadores estão associados a grandes diferenças na saúde.

Qual a contribuição relativa de cada variável socioeconómica para explicar as disparidades raciais face ao nível de saúde autoavaliado como por exemplo, percepções de saúde globais, limitações funcionais e actividades de rotina? Alguns estudos analisaram e encontraram diferenças neste aspecto ao relacionarem a etnicidade e a saúde³⁵³. Comparando

350. Lumey L. H.; Reijneveld, S. A., Perinatal mortality in a first generation immigrant population and its relation to unemployment in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1995; 49: pp. 454-459.

351. Ahmad, W. I. V.; Kernohan, E. E. M.; Baker, M. R., Influence of ethnicity and unemployment on the perceived health of a sample of general practice attenders. *Community medicine*, vol. 11, 2: pp. 148-156, 1989.

352. Reijneveld, S. A.; Gunning-Schepers, L. J., Age, socioeconomic status, and mortality at the aggregate level. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994; 48: pp. 146-150.

353. Ren, X. S.; Amick III, B. C., Race and self assessed health status: the role of socioeconomic factors in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996; 50: pp. 269-273.

Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

os diferentes grupos, os imigrantes revelam uma pior saúde e maiores limitações funcionais nas suas actividades quotidianas do que os locais. Os factores socioeconómicos tendem a ter um papel diferente nas explicações das disparidades étnicas relativamente ao estado de saúde auto relatado. Na saúde geral, é demonstrado que a educação tem um papel significativo quanto às disparidades entre imigrantes e «não imigrantes». O debate existente que interroga se a pertença a um determinado grupo imigrante é uma condicionante das condições socioeconómicas ou, se esta pertença influencia a saúde independentemente dos factores socioeconómicos, diz que os resultados variam consoante as medidas de saúde e dos grupos incluídos no estudo. Aconselha-se a que, em estudos futuros, se examinem separadamente os impactos diferenciais de vários factores socioeconómicos nos diversos domínios da saúde.

Existem enormes diferenças dentro do próprio grupo étnico em termos de cultura, saúde, língua, religião e classe social. A classe social é normalmente a variável que tem maior peso nas diferenças de saúde, tendo a religião pouco a ver com a saúde.

Os padrões de saúde são geralmente mais relacionados com as características socioeconómicas do que com a etnia vista de forma isolada. Muita da investigação publicada sobre as relações entre a etnicidade e a saúde reforça a opinião de que o estado de saúde é função das características inerentes ao indivíduo ou ao seu grupo étnico, não tomando em consideração os factores que podem estar associados às diferenças observadas³⁵⁴. A etnicidade deve ser utilizada cuidadosamente para se tornar num instrumento útil na investigação em saúde.

A etnicidade é uma variável independente na explicação de padrões de doença, das variações na resposta ao tratamento ou da utilização dos serviços de saúde³⁵⁵. Alguns investigadores concluíram que as disparidades étnicas no estado de saúde são por vezes eliminadas e sempre substancialmente reduzidas quando ajustadas para o *status* socioeconómico. O que, porém, continua a intrigar certos investigadores é a persistência das diferenças étnicas no *status* de saúde nos diferentes níveis socioeconómicos. Estes apontam para o papel do racismo como determinante da saúde, incorporando ideologias de superioridade, discriminação, atitudes negativas e crenças face aos grupos étnicos e tratamento

354. Chatuverdi, N.; McKeigue, P. M., Methods for epidemiological surveys of ethnic minority groups. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994; 48: pp. 107-111.

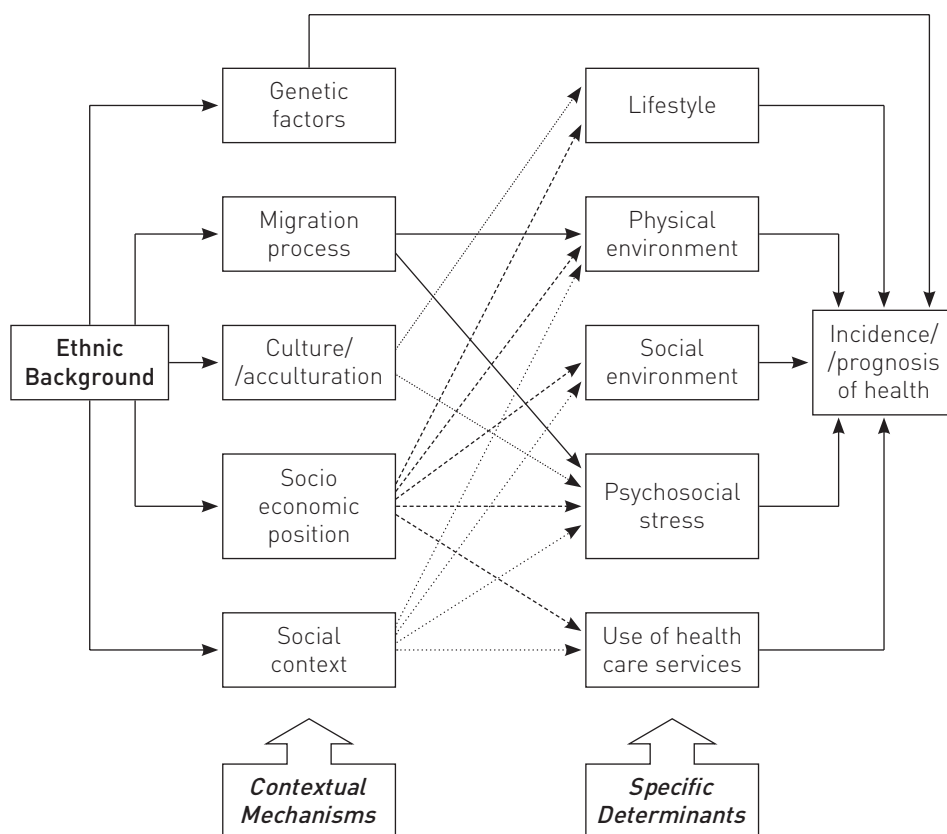
355. Sheldon, T. A.; Parker, H., Race and ethnicity in health research. *Journal of Public Health Medicine*, vol. 14, n.º 2: pp. 104-110, 1992.

diferenciado dos membros destes grupos pelas instituições de saúde, de forma a fazê-los sentir-se discriminados.

Na obra de Bejers H, os autores citados na bibliografia, Stronks *et al.*³⁵⁶, encontraram um modelo explicativo das diferenças étnicas na saúde com base na incidência e prognóstico de problemas de saúde em diferentes populações étnicas:

Figura 1 – Etnicidade e Saúde: Modelo Conceptual de Stronks

Modelo conceptual que integra possíveis explicações para a relação entre etnicidade e saúde



Fonte: Stronks *et al.* in Bejers, H., *People with a Mission. «Meanings of psychosocial distress of Cabeverdean migrants in the Netherlands»*. University of Amsterdam. Medical Anthropology Unit, Amsterdam, 2004

356. Stronks *et al.* in Bejers, H., *People with a Mission. «Meanings of psychosocial distress of Cabeverdean migrants in the Netherlands»*. University of Amsterdam. Medical Anthropology Unit, Amsterdam, 2004.

Os autores identificam «mecanismos contextuais» que integram a posição socioeconómica, a migração, a cultura/aculturação, o contexto social e os factores genéticos que influenciam «determinantes específicas» da incidência de problemas de saúde. Entre estas estão os estilos de vida, ambiente ou contexto físico e social, *stress* e utilização dos serviços de saúde. Consideram a imigração uma fonte de *stress* e de problemas de saúde. As condições socioeconómicas precárias e a distância cultural prolongada estão negativamente correlacionadas com a saúde. A imigração e o baixo *status* socioeconómico constituem factores determinantes para a saúde. Outras determinantes específicas que influenciam negativamente a saúde são as más condições de vida, os problemas de género, as dívidas e pouca mobilidade financeira, o trabalho pesado e um baixo nível de educação.

O estudo sobre a saúde dos imigrantes no Canadá³⁵⁷ também traz um contributo importante ao nosso trabalho. Este relatório aborda três domínios de interesse, sendo estes a promoção da saúde da população, o suporte e a renovação do sistema de saúde e a gestão dos riscos para a saúde. Cada um destes domínios é tratado com diferentes níveis de intensidade. Assim, a promoção da saúde interessa-se pelo estado de saúde geral e pelos factores socioeconómicos, pessoais e ambientais que afectam a saúde dos imigrantes, dando-se, para isto, um lugar central às determinantes da saúde.

No início deste estudo são apresentados os dados de caracterização demográfica dos imigrantes de várias nacionalidades no Canadá e as suas tendências demográficas.

Seguidamente é feita uma revisão de estudos e projectos de investigação sobre o tema até ao ano de 1999 e uma análise bibliográfica exhaustiva. Os resultados encontrados nessa revisão documental são revelados numa terceira parte.

Na grande maioria dos casos, os trabalhos analisados e que tinham sido realizados nos três domínios referidos, debruçavam-se mais sobre os próprios imigrantes, do que sobre os efeitos da sua presença na sociedade canadiana. As investigações baseavam-se nas determinantes da saúde dos imigrantes e os estudos sobre a gestão dos riscos partiam de problemas concretos de saúde pública e de transmissão de doenças.

357. Kinnon, D. (coordenadora), *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada*. Santé Canadá, Canadá, 1999.

Os estudos sobre o suporte e a renovação do sistema de saúde deveriam ser, segundo os autores, mais susceptíveis de se interessar pela questão da dupla perspectiva dos imigrantes e da sociedade de acolhimento.

No entanto, poucos projectos de investigação tratam a incidência da imigração sobre o sistema de saúde. São também raros os estudos encontrados que abordam a análise das diversas determinantes e os seus efeitos sobre a saúde dos imigrantes, sendo estes uma contribuição importante para a melhoria dos conhecimentos e extremamente úteis para a elaboração de políticas relativas aos serviços de saúde e à saúde da população, que reflectam as necessidades de grupos particulares de imigrantes.

Os autores chegaram às seguintes conclusões:

- a maioria dos estudos trata somente dos adultos e esquece um pouco as crianças e os idosos;
- a cultura é considerada um eixo importante de pesquisa sobre os imigrantes;
- alguns estudos tratam a questão do emprego e do rendimento, outros tratam a experiência de imigração, o estabelecimento e a integração.

No entanto, alguns destes eixos que são muito importantes no quadro dos estudos sobre a saúde e a imigração não têm sido suficientemente explorados.

Os autores do estudo citado encontraram indicações, no âmbito da etnicidade, que a percepção da saúde e da qualidade de vida e a forma como a saúde é compreendida e exprimida, variam de uma cultura para outra. As crenças culturais relativas à doença, à saúde e aos comportamentos favoráveis à saúde influenciam o processo do indivíduo face à doença e por isso a qualidade dos cuidados recebidos.

Ao nível da dimensão de apoio e renovação dos serviços de saúde, são abordados os seguintes aspectos: a utilização dos serviços, os efeitos da reforma de saúde, a qualidade e a acessibilidade, as medicinas naturais e os profissionais de saúde. No que respeita a gestão dos riscos para a saúde são abordadas as doenças infecciosas, a sua despistagem e o acompanhamento e tratamento de doenças.

Considerando que a pesquisa documental sobre a saúde dos imigrantes permitiu fazer um inventário dos estudos completados ou em curso

sobre a temática, as conclusões deste relatório salientam que se constatou que há uma predominância de investigação sobre as determinantes da saúde e que as características socioeconómicas dos imigrantes fazem parte do objecto de estudo de inúmeras pesquisas. Chamam a atenção para a utilidade de uma pesquisa sobre a experiência da imigração por ser uma determinante importante da saúde e recomendam igualmente uma análise por género mais aprofundada na pesquisa sobre a saúde dos imigrantes. Aconselham que se tenha em conta uma gama mais alargada de serviços de saúde avaliando o interesse pelas medicinas naturais e a utilização que é feita. Também constatam que existe uma pesquisa insuficiente sobre os pontos fortes dos imigrantes e o lado positivo da imigração na saúde dos portugueses no Canadá e o seu contributo no sistema de saúde. A experiência da imigração poderá ter inúmeros efeitos positivos, pois os recém-chegados, de culturas diferentes, possuem muitas vezes mecanismos eficazes de adaptação às perturbações e ao *stress*. Os autores consideram que os sólidos valores familiares e comunitários poderão também contribuir para que o país de acolhimento seja um lugar mais saudável para se viver. Podemos presumir que o mesmo se possa aplicar ao nosso contexto, no caso dos imigrantes cabo-verdianos em Portugal, enquanto seu país de acolhimento.

É também recomendado um enfoque sobre os subgrupos dentro da população imigrante. Sugerem, como forma de orientações de pesquisa, os seguintes pontos: a) fazer uma análise crítica em forma dum documento de síntese dos resultados que inclua, saúde da criança, problemática homem/mulher e perfil de saúde dos imigrantes (traçando uma tipologia e um perfil da saúde dos imigrantes nas seguintes grandes linhas: o estado de saúde, utilização dos serviços de saúde, e atitudes face à saúde e à doença – conhecimentos, atitudes e práticas); b) efectuar revisões exaustivas da literatura e novas pesquisas ao nível da amplitude e natureza da discriminação exercida sobre os imigrantes e o seu impacto na sua saúde mental e física, bem como os efeitos da imigração sobre a saúde da comunidade e da sociedade de acolhimento. c) dar atenção à interacção das determinantes de saúde com a experiência anterior à de imigração, bem como com a própria experiência de imigração, com o tempo de residência e idade do indivíduo no momento de imigrar; d) devem ser relacionados os estilos de vida e religião (crenças, tabus, amuletos) com a saúde, numa perspectiva multicultural; e) comparar a relação que o imigrante mantém com a saúde e a medicina tanto no país de origem como no país de acolhimento.

8. OS IMIGRANTES, AS MINORIAS ÉTNICAS E A SAÚDE. UM OLHAR SOBRE A INVESTIGAÇÃO REALIZADA EM PORTUGAL

Tanto quanto é do nosso conhecimento não foi, até à data, realizada em Portugal qualquer investigação directamente relacionada com a nossa temática. Vamos apenas referir nesta secção as principais investigações, parcialmente relacionadas com o objecto de estudo desta pesquisa, que se revelaram pertinentes para serem aqui expostas.

Ao debruçarmo-nos sobre a saúde dos imigrantes, constatamos que existe uma grande atenção e exploração empírica sobre o fenómeno da imigração em Portugal, quer ao nível de publicações (livros e artigos), teses de mestrado e doutoramento, quer sob a forma de um número substancial de documentos que foram inventariados, se bem que poucos ou quase nenhuns tratem o domínio da saúde e imigração. Na maioria dos casos, os trabalhos e estudos revistos nos arquivos portugueses relacionam-se com os imigrantes e as minorias étnicas e, raramente, à excepção de alguns casos, se referem à situação da saúde dos imigrantes, particularmente dos cabo-verdianos. No entanto, reparámos que durante o período que decorreu esta investigação, a temática da saúde dos imigrantes tem vindo a desenvolver-se cada vez mais, em Portugal.

Os imigrantes são reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável sobre o qual recaem alguns problemas de saúde devido a factores 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 disposição³⁵⁸. A situação social e as condições habitacionais revelam níveis muito baixos e condições precárias.

Muitos dos imigrantes desconhecem os serviços de cuidados de saúde da sua área e utilizam-nos inadequadamente recorrendo sobretudo às urgências hospitalares.

No que diz respeito à adequação da acessibilidade aos serviços de saúde primários, o facto de se exigir uma marcação antecipada de consulta nos Centros de Saúde pode constituir uma barreira burocrática; para além disso, a comunicação com os profissionais de saúde e a distância geográfica do centro de saúde (porque estes grupos habitam geralmente

358. Espinosa, L. *et al.*, A saúde da criança migrante. Estudo multicêntrico de crianças ciganas e africana. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 1989; vol. 20 n.º 1: pp. 17-21.

em áreas periféricas) não estimulam a frequência do centro de saúde, recorrendo sobretudo à farmácia e ao serviço de urgência do hospital.

Uma outra comunidade, a cigana, e o etnocentrismo da instituição médica de saúde comunitária são o objecto da análise de Luísa Ferreira da Silva³⁵⁹. A problemática do estudo centra-se na interacção entre a população cigana e os serviços de saúde, partindo da análise dos comportamentos de saúde desta população e das práticas dos serviços com este grupo. Nos países desenvolvidos, estar doente, hoje em dia, é ser acompanhado pelos serviços de saúde através do diagnóstico, dos tratamentos e da medicação. A população cigana comporta-se e reage de modo diferente quando está doente. A sua situação de exclusão assim o determina – não porque as instituições de saúde declaradamente o façam, mas pela distância cultural e social que a discrimina. A utilização dos serviços de saúde é feita de uma forma irregular e esporádica. Quando estão hospitalizados, os familiares permanecem o máximo de tempo com eles e as refeições são trazidas de casa; são momentos vividos com grande angústia pelos familiares.

Reveladora do sistema social que a desenvolveu, a medicina moderna supõe uma socialização do papel de doente e utente dos serviços. A atitude dos ciganos face à instituição de saúde é reveladora da cultura dominante da medicina.

Relativamente à saúde, mais concretamente ao nível das vivências e comportamentos de saúde, foram analisadas várias dimensões e perspectivas de saúde ao nível da comunidade cigana. A primeira dimensão analisada foi sobre a percepção da saúde. À pergunta colocada sobre a saúde em geral, «como é a sua saúde?», a resposta ou refere doenças, médicos e hospitais, ou afirma que a saúde é não ter doenças e não necessitar de serviços médicos. As doenças enumeradas são variadas e descritas em linguagem popular, à mistura com muitos termos médicos, por vezes utilizados de forma imprópria. São predominantes as queixas relativas às vias respiratórias, ao sistema ósseo, ao sistema circulatório e às perturbações psicológicas. Os recursos mais utilizados em caso de doença são a procura de consulta médica, que tem lugar no centro de saúde ou nas urgências do hospital. A escolha do recurso a utilizar é variável e depende de muitas circunstâncias. Ao hospital vai-se quando

359. Silva, L. Ferreira; Magano, O. e Sousa, F., *A comunidade cigana e o etnocentrismo da instituição médica de saúde comunitária*, Universidade Aberta, Porto, 2000.

Silva, L. Ferreira, *Saúde/Doença é questão de cultura. Atitudes e comportamentos de saúde materna nas mulheres ciganas em Portugal*. Acime, colecção Olhares: 2, Lisboa, 2005.

se adocece de noite ou a doença é grave. Ao centro de saúde vai quem tem usualmente uma boa relação com o médico de família. Muitas vezes, a procura de recursos é múltipla: vai-se ao centro de saúde e, se lá não curarem ou não derem remédios, vai-se ao hospital. Recursos não médicos estão também presentes, mas são menos declarados, sejam eles recursos de terapias complementares e populares ou de auto-medicação ou medicação por farmacêutico. No que diz respeito à vacinação, esta é rara entre os adultos e, embora não sistemática, é mais frequente nas crianças.

Quanto à saúde materna, a idade da mãe na altura do primeiro parto situa-se na categoria de mães adolescentes, o parto tem geralmente lugar em hospital, o número de filhos é elevado e a contracepção é amplamente praticada, em particular pelas mulheres mais jovens. A auto-avaliação da saúde é negativa em mais de metade das entrevistadas. Este nível de satisfação com a saúde é baixo, relativamente ao encontrado na população geral portuguesa em que 68% das mulheres classificam a sua saúde como boa. O estudo sobre a saúde dos ciganos identificou uma situação de grande exclusão em matéria de saúde, entendida de acordo com as normas elementares de condições básicas de existência. As condições de vida de cerca de metade da população entrevistada são afectadas pela insatisfação das necessidades em matéria de saneamento básico, água potável e habitação. Esta forma de exclusão social traduz-se ainda num tipo de trabalho (ou ocupação) muito precário e num quase total analfabetismo. É uma população «em desenvolvimento» dentro de um país «desenvolvido», numa realidade de auto-afastamento da instituição preventiva da saúde e de alheamento das normas dominantes, como as de uma vida saudável no que respeita às dimensões da saúde materna. Os seus comportamentos de saúde são coerentes com o seu entendimento do mundo, isto é, com a sua cultura. E a sua cultura é coerente com as condições de existência em que se ancora. Ter boa saúde é uma questão de «destino», de «sorte», e não se previne. A responsabilidade pela saúde reside em tratar-se quando se adocece, não em ir aos médicos quando se está bem.

Dias *et al.*³⁶⁰ analisaram o comportamento sexual e os conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH através de auto-relatos numa comunidade migrante. O estudo foi efectuado em 66 indivíduos com

360. Dias, S. *et al.*, Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2002, 3(1), pp. 89-102.

Dias, S. *et al.*, Comportamento sexual, auto-relatos numa comunidade migrante. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano 35, n.º 2, 2001, pp. 137-153.

idade superior a 15 anos residentes numa comunidade migrante da área da grande Lisboa. Os dados do estudo apontam no sentido do reconhecimento do papel fundamental dos factores psicossociais e culturais e que determinados factores como o género, a idade, a etnicidade, as normas culturais e o estatuto socioeconómico, influenciam directa e indirectamente, a escolha individual e de grupo por comportamentos de risco. Considera-se que será necessário dedicar um maior esforço na compreensão destas comunidades e de que forma a própria «cultura de migração» influencia a prática de comportamentos sexuais de risco.

Leandro *et al.*³⁶¹ abordaram a problemática dos males que atingem o corpo em situação migratória internacional, focando a atenção sobre as questões relacionadas com o trabalho, a saúde, a doença dos imigrantes. O trabalho tem como população alvo os imigrantes no Concelho de Vila Verde, no norte de Portugal. Entre os entrevistados puderam constatar que todos valorizavam muito a saúde e consideram que não foram afectados por problemas de doença durante a estadia em Portugal. No entanto os autores justificam este resultado pela enorme necessidade que os imigrantes têm em dispor de condições, sobretudo físicas, para realizarem o seu trabalho e enviarem as poupanças para os países de origem, já que a doença significaria incapacidade para tal. Os autores acrescentam que neste contexto, a saúde, algo indispensável para trabalhar apresenta-se no quadro de uma trilogia saúde-trabalho-salário. Partindo de um conjunto de reflexões sobre a relação dos imigrantes com as organizações e os profissionais de saúde retiram o princípio segundo o qual a pertença social e étnica determina as condições individuais e colectivas perante a saúde e a doença e as respectivas organizações. No entender dos autores, nunca qualquer explicação de carácter naturalista, como o fazem vários estudos anglo-saxónicos, ou culturalista, pode pretender legitimar ou dar uma explicação para a saúde e a doença dos imigrantes. O estudo dos mecanismos sociais segundo as situações, as origens nacionais e as culturas que lhes são correlacionadas, a profissão, as condições sociais de existência e os modos de vida, revela-se indispensável para conhecer a origem e o desenvolvimento dos factores que dão origem às desigualdades perante a saúde e a doença, com particular incidência para a população imigrante³⁶².

361. Leandro, M. E. *et al.*, *Os males do corpo em terra estrangeira*, in Leandro, M. E. (organ.), *Saúde. As teias da discriminação social*. Actas do colóquio internacional Saúde e discriminação social, ICS, Universidade do Minho, Braga, 2002, pp. 181-210.

362. Brunner, Marmot in Leandro, M. E. *et al.*, *Os males do corpo em terra estrangeira*, in Leandro, M. E. (organ.), *Saúde. As teias da discriminação social*. Actas do colóquio internacional Saúde e discriminação social, ICS, Universidade do Minho, Braga, 2002, pp. 181-210.

Furtado de Sousa estudou os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde³⁶³. Os imigrantes ucranianos que procuram o sistema português de saúde fazem-no através do recurso ao hospital público, seguido do centro de saúde. A causa principal é a doença aguda, de onde se destacam as patologias do foro dermatológico. As principais dificuldades sentidas ao nível dos cuidados de saúde relacionam-se com o atendimento, com a barreira linguística, com o processo terapêutico e com a qualidade do cuidado prestado.

Na obra sobre a comunidade cabo-verdiana em Portugal coordenada por Luís de França³⁶⁴, aborda-se a questão da saúde³⁶⁵. O estudo conclui que a comunidade cabo-verdiana residente em Portugal parece ser uma população saudável, cujos problemas de saúde não são muito diferentes daqueles que afectam a população portuguesa em condições socioeconómicas semelhantes. As doenças que se encontram com maior frequência nas visitas aos bairros ou nas consultas nos centros de saúde estão associadas (na opinião dos profissionais de saúde entrevistados) a outros problemas de natureza económica, relacionados com a habitação e que se prendem com a falta de condições higiénicas nos bairros onde residem muitos imigrantes cabo-verdianos. As doenças mais comuns são as doenças infecciosas da pele, as doenças bronco-pulmonares, a subnutrição e desequilíbrio alimentar e as diarreias e infecções intestinais.

Luís de França afirma que, na questão da saúde, não se trata de inventariar doenças específicas desta população pois obviamente doença e etnia só se relacionam de forma hipotética. Isto é, se na maioria da população, e de acordo com a informação dada por profissionais de saúde, se diagnosticam com alguma regularidade sintomas de certas doenças, isso só se justifica pelas condições habitacionais degradadas em que vive essa população. São doenças próprias de uma população, qualquer que seja a etnia, que habite em lugares com condições sanitárias deficientes.

Quanto às dificuldades no acesso aos serviços de saúde, a preferência tem a ver com as dificuldades aliadas a situações de permanência ilegal

363. Sousa, J. E. Furtado de, *A Oeste do Paraíso. Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de Saúde*. Dissertação de mestrado em relações interculturais. Universidade Aberta, Lisboa, 2003.

364. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

365. Foi aplicado um questionário em 1986 a 1000 indivíduos cabo-verdianos residentes em Portugal. Os autores distinguiram «nacionais» – cidadãos cabo-verdianos e «naturais» – naturais de Cabo Verde com outras nacionalidades.

em Portugal, ou de falta de contrato de trabalho, sem direito à segurança social e assistência médica, retirando a muitos cabo-verdianos a possibilidade de recorrerem ao Serviço Nacional de Saúde. Na opinião das enfermeiras entrevistadas o cabo-verdiano tende a utilizar sobretudo os serviços de urgência nos hospitais ou os Serviços de Atendimento Permanente (SAP), em vez dos Centros de Saúde, onde poderia ter uma assistência e um acompanhamento na doença consultando o seu médico de família. Mesmo legalizados, muitos continuam a preferir os serviços de urgência, pelas dificuldades de comunicação e burocracias que encontram nos Centros de Saúde. As dificuldades e barreiras que sentem (linguagem, leitura, preenchimento de fichas) desmotivam e levam-nos a preferir as urgências; além disso os horários dos Centros de Saúde nem sempre são compatíveis com os seus horários de trabalho. Para além destas dificuldades de carácter burocrático, há um sentimento de serem rejeitados por parte de alguns profissionais de saúde, devido à presença de preconceitos raciais, à dificuldade de comunicação e à ideia generalizada da violência e falta de higiene entre os imigrantes. Não é fácil compreender e integrar-se nas formalidades que rodeiam o acesso (quando o podem fazer) ao sistema de saúde, que resultou da fusão dos serviços da Caixa com os Centros de Saúde.

O acesso aos serviços de saúde e a relação que o cabo-verdiano de estrato social mais baixo estabelece com eles, muitas vezes não se fazem de uma forma fácil e linear, quer por desconhecimento dos seus direitos, quer pelas dificuldades de comunicação, como também pelos processos burocráticos dos serviços de saúde. Esta faixa da população imigrante, como já vimos, tende a recorrer preferencialmente aos serviços de urgência dos hospitais ou SAP em vez dos Centros de Saúde. Este comportamento é revelador de uma fraca interiorização dos mecanismos de saúde preventiva, sendo a tendência para utilização dos cuidados médicos já depois da doença instalada³⁶⁶. Segundo o autor «se a comunidade cabo-verdiana não tem presentemente problemas especiais de saúde, não podemos ignorar as condições desfavoráveis que, a persistirem, podem vir a colocar em perigo, no futuro, a sua saúde». A fragilidade da situação económica de muitos deles no desemprego, subemprego ou emprego clandestino sem contrato, reduz-lhes a capacidade de negociar uma remuneração mais justa do seu trabalho. A situação económica é ainda agravada pelo facto de muitos imigrantes dividirem os seus magros recursos com familiares que deixaram no país de origem. As más condições de habitação, geralmente em casas degradadas ou

366. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

bairros clandestinos, abarracados e superlotados, com falta de saneamento básico (água, luz, recolha de lixo), causam muitas doenças que afectam, principalmente, as crianças. O tipo e os materiais de construção (madeiras, chapas de zinco onduladas) que são precários, incapazes de proteger os habitantes do rigor do frio, da humidade do Inverno e das altas temperaturas do Verão, provocam bronquites e outras doenças pulmonares. A transição de Cabo Verde, com casas isoladas e clima quente e seco, para Portugal, com bairros sobrepovoados de clima frio e húmido, nem sempre é acompanhada de alteração de atitudes e hábitos culturais enraizados, como por exemplo, os despejos de água na rua, o uso de roupas leves, a vida de convívio na rua, etc. Estas atitudes, aliadas a uma prática de auto-medicação e não prevenção da doença, põem em perigo a saúde dos imigrantes cabo-verdianos, sobretudo no período de transição e adaptação à sociedade portuguesa.

A forma como os imigrantes se relacionam com a saúde e com os serviços de saúde, quer em Portugal, quer antes de emigrarem, traduz-se pela manifestação de estratégias diferenciadas quando confrontados com a situação de doença. Se a maioria (70%) recorre imediatamente ao médico, 22% só o faz depois de tentar uma auto-medicação, e os restantes raramente vão ao médico (6%).

Existem algumas diferenças de atitude na forma de encarar a doença por parte do homem e da mulher cabo-verdianos. Enquanto os homens só se sentem doentes quando não conseguem levantar-se da cama e não podem ir trabalhar, as mulheres pelo contrário, preocupam-se, reagindo aos mínimos sintomas: dores de cabeça, variação de peso, etc. Antes de procurarem um médico, ambos recorrem a chás e a outros remédios caseiros ou então a medicamentos que uma vizinha tomou e com que se deu bem, só recorrendo ao médico em último caso. As mulheres, mais do que os homens, tentam primeiro tratar-se sozinhas, preferindo estes a ida imediata ao médico. Não são, neste caso, diferentes as mulheres cabo-verdianas das portuguesas, manifestando uma maior independência que se revela em diversas dimensões da vida quotidiana. O recurso ao médico faz-se com bastante mais frequência quando se encontram em Portugal do que quando estavam em Cabo Verde. A diferença encontrada anteriormente entre sexos é esbatida quando comparados os comportamentos em Cabo Verde. O recurso ao médico era escasso, quer se tratasse de homem ou de mulher.

Podem-se apontar duas ordens de razões para a alteração de comportamentos após a emigração para Portugal, razões com pesos diferenciados.

A primeira e que nos parece fundamental, reside na qualidade dos serviços médicos e na maior acessibilidade a esses serviços, em Portugal. Repare-se que, atentando nos dados anteriores, a diferença entre os que recorrem ao médico em Portugal e os que optam inicialmente pela automedicação é de quase 50% enquanto que esse diferencial em Cabo Verde é de apenas 11%. A corroborar esta ideia, convergem os dados obtidos junto dos inquiridos com filhos, a propósito do acompanhamento médico feito durante a gravidez. A informação obtida é reveladora de uma profunda alteração dos comportamentos. Nesta sequência, podemos ainda afirmar que o número de partos assistidos nos hospitais em Portugal, relativamente aos filhos dos inquiridos, é o dobro dos que seriam assistidos em meio hospitalar em Cabo Verde.

A grande maioria já ouviu falar em planeamento familiar (77%), embora só 37% tenham ido a, pelo menos, uma consulta. É surpreendente o elevado número de indivíduos com vida sexual activa que não recorre a métodos anti-concepcionais (38,6%) não deixando de ser significativo também o elevado número de recusas à resposta por parte dos homens quando interrogados sobre esta prática.

A segunda ordem de razões que leva à maior utilização dos serviços médicos em Portugal pode residir na maior incidência de doenças que se prendem com as condições climatéricas de Portugal que não se compadecem, quer com as deficientes condições habitacionais, quer com hábitos culturais adquiridos. Assim, 41% dos indivíduos considera que tinha mais saúde em Cabo Verde e 48% diz não notar alterações. É curioso observar que apenas 9% considera ter mais saúde em Portugal. Evidentemente que se trata de uma informação subjectiva filtrada não só pelo tempo, que para alguns é longínquo, mas também pelas representações mais ou menos negativas que fazem da sua inserção, em termos genéricos, em Portugal.

PARTE III

A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA, A ANÁLISE DOS DADOS E A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO VIII – MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA

1. OBJECTO DE ESTUDO, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A partir dos objectivos que foram definidos para este projecto e da informação teórica e conceptual que mais pode contribuir para os atingir, pudémos estruturar teoricamente o objecto de pesquisa. Chegámos assim à definição do quadro teórico central que organiza esta investigação.

Com base na discussão teórica sobre as representações e práticas de saúde, determinámos alguns objectivos analíticos para a investigação deste objecto. Concluímos que a problemática central da relação dos imigrantes com a saúde e a doença deve ser tratada por meio de uma análise comparativa das representações e das práticas, destacando as diferenças e as semelhanças.

Na definição e construção do objecto de estudo foi desde logo incluída a organização de uma estratégia metodológica assente no método de análise intensiva através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas. A construção do objecto de pesquisa implicou a redefinição da amostra e o reajustamento da estratégia metodológica originalmente adoptada. A metodologia foi, ao longo do percurso de investigação, adaptada à construção do objecto de estudo e à redefinição dos objectivos. A nossa intenção inicial era realizar um estudo comparativo entre vários grupos de imigrantes, de carácter extensivo e adoptando uma metodologia quantitativa, através da aplicação de um inquérito por questionário.

À medida que íamos reflectindo sobre os objectivos da pesquisa, fomos apercebendo que era impraticável querer atingi-los através do estudo de um vasto leque de grupos de imigrantes e através de um questionário sobre saúde, com perguntas maioritariamente fechadas. Assim, optámos por seleccionar apenas um grupo de imigrantes e adoptar uma metodologia qualitativa com recurso à técnica de recolha de dados por meio da entrevista semi-estruturada, na convicção de que as representações e as práticas de saúde e de doença fossem mais facilmente

recolhidas desta forma. A pesquisa passou a dirigir-se claramente para o aprofundamento da dimensão cultural nas vivências de saúde pelos imigrantes/minorias étnicas. Essa centralidade da saúde como facto de cultura implicou a revisão da estratégia metodológica, nomeadamente, do ponto de vista da amostra, que passou a limitar-se a um dos grupos étnicos em Portugal: os cabo-verdianos. Esta opção justifica-se face ao conhecimento da bibliografia internacional que acumulou já conhecimentos suficientes para justificar a separação das temáticas das desigualdades socioeconómicas em saúde/doença da das vivências socio-culturais na relação com a saúde/doença. A opção referida decorre da definição das principais hipóteses, visto que se pretende capturar discursos sobre representações e práticas e, neste sentido, privilegiou-se o método intensivo, através da análise qualitativa, com recurso à técnica da entrevista. Por ser metodologicamente inadequado optar por um método extensivo de análise, a estratégia adoptada centrou-se na selecção de uma amostra de 40 pessoas de uma única origem (cabo-verdiana), em vez de um número elevado de pessoas, de várias origens (nacionalidades ou naturalidades).

Decidimos escolher a população cabo-verdiana, pois pareceu-nos que, apesar de ser uma das comunidades de imigrantes que está radicada em Portugal há mais tempo, e ser a mais antiga e a mais numerosa³⁶⁷, continua a manter traços culturais de origem e, de certo modo, na sua maioria, vive à margem da sociedade em relação ao emprego, habitação e integração social, económica e cultural, apesar do que afirma Miranda³⁶⁸: «Se os cabo-verdianos têm sido o grupo mais antigo e mais numeroso dos estrangeiros residentes em Portugal, sabe-se que ele não é o mais desfavorecido sob o ponto de vista social e económico; nem é, de entre os grupos imigrados, aquele que mais contrasta, em termos linguísticos e culturais, com a sociedade envolvente». A escolha desta população pretende fornecer um campo privilegiado de observação das representações e das práticas de saúde e de doença.

Com o propósito de alcançar as finalidades acima expostas, o estudo tem como objectivo central examinar e compreender a forma como os indivíduos entendem e definem a saúde e a doença no âmbito das representações sociais de saúde, como se «comportam» em termos de saúde e de doença, ao nível das suas práticas, através dos relatos pessoais.

367. Continua a ser a comunidade de origem africana mais representada em Portugal.

368. Miranda, J., *A identidade Nacional: Do mito ao sentido estratégico – Uma análise Psicossociológica das comparações entre os Portugueses e os Outros*, Celta, Oeiras, 2002.

Para além disso, pretende-se analisar comparativamente os dados de forma a fazer sobressair semelhanças e/ou diferenças em diferentes níveis de observação, nas dimensões de análise correspondentes aos grupos sociais, às gerações e aos géneros. É necessário perceber a influência dos factores socioeconómicos, por um lado, e a presença das questões culturais, por outro, nas representações e nas práticas de saúde e de doença. Para tal, subdividimos a população cabo-verdiana em dois grupos socioeconómicos distintos. Os principais critérios de distinção vão ser a escolaridade, a actividade profissional e a situação económica (os rendimentos). Por sua vez, cada grupo é internamente dividido quanto ao género, à geração (idade) e a ilha de origem.

No que respeita à ilha de origem, queremos salientar que, inicialmente, estabelecemos a diferenciação por ilhas como um dos critérios para a análise dos dados. No entanto, à medida que fomos encontrando os indivíduos para entrevistar, e sempre observando a variedade de ilhas de origem, concluímos que seria difícil considerar este critério, para subanálises, tal como foram considerados o de grupo socioeconómico, de género e o de geração (onde temos sempre comparações com base em grupos de 20/20)³⁶⁹.

Já sabemos que os grupos de imigrantes são normalmente grupos socioeconómicos desfavorecidos e que a saúde dos indivíduos é determinada em grande parte pelos factores sócio económicos³⁷⁰. No entanto, outros factores aparecem como determinantes, sobretudo os que estão ligados à cultura. A forma como os indivíduos lidam com a saúde e a relação que têm com esta depende, em grande parte, das trajectórias dos indivíduos quando inseridos num grupo e vivendo em determinados contextos. A «bagagem» que os imigrantes trazem com eles à chegada, em termos de cultura e experiência, vai determinar a sua relação com a saúde e com o sistema de saúde. Se pusermos de parte o factor socioeconómico, pensamos encontrar distinções na relação com a saúde que dependem dessa herança cultural de experiências vividas em contextos sociais e espaciais específicos. Pensamos que essa «bagagem» é determinante, ao ponto de irmos encontrar diferenças ao nível de discursos, vivências, representações e práticas de saúde, mesmo que os

369. Em termos de ilhas de origem podemos desde já indicar que 12 indivíduos são da ilha de Santiago, 8 de São Vicente, 6 da Boavista, 5 de Santo Antão, 3 de São Nicolau, 3 do Fogo, 1 de Maio, 1 da Brava e 1 do Sal.

370. Venema, H. P. Uniken; Garretsen, H. F. L.; Van Der Maas, P. J., Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Social Science and Medicine* 1995; 41: pp. 809-818.

imigrantes vivam todos em condições socioeconómicas idênticas. Contudo se tivermos dois grupos com níveis socioeconómicos distintos (baixo e médio/alto) poderemos retirar as mesmas conclusões a que chegaram os trabalhos científicos por nós revistos³⁷¹ em que se demonstra que realmente os factores socioeconómicos são determinantes na relação com a saúde. Em que diferem, de um grupo socioeconómico para o outro, as representações e as práticas de saúde e de doença? Nettleton acrescenta que a evidência sugere que as circunstâncias sociais nas quais as pessoas vivem e a natureza das relações sociais que os indivíduos «experimentam» são as considerações mais importantes. Como tem sido visto em relação à classe social, as questões culturais explicam diferenças na saúde em termos de comportamentos e estilos de vida. Para Nettleton, os estilos de vida tornaram-se importantes determinantes da saúde a um nível individual e as condições de habitação, rendimento, desemprego e pobreza, a um nível estrutural³⁷².

O nosso objecto de estudo é, pois, analisar a forma como os indivíduos entendem a saúde e a doença e, tentar perceber se as diferenças e/ou as semelhanças encontradas nas representações e nas práticas de saúde e de doença dependem essencialmente da cultura ou das condições socioeconómicas. Iremos procurar compreender as razões que explicam as semelhanças ou as diferenças de representações e práticas entre indivíduos enquanto membros de um determinado grupo, podendo prever, por hipótese, que um grupo desenvolverá representações e práticas sensivelmente diferentes do outro, tendo em conta a literatura consultada e analisada onde se constataram as relações entre as representações, as práticas e os grupos. Esta análise comparativa dos relatos dos indivíduos inseridos nos dois grupos sociais permitirá detectar práticas recorrentes e identificar modelos de representações sob a forma de tipo-

371. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

Marmot, M.; Wilkinson, R. G. (editors), *Social determinants of health. research*. Oxford; New York: Oxford University Press, 1999.

Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

Scambler, G. and Higgs, P., *Modernity, medicine, and health: medical sociology towards 2000*, London; New York: Routledge, 1998.

Towsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, London, 1992.

Williams, S. J.; Gabe, Jonathan; Calnan, Michael (ed.), *Health, medicine and society: key theories, future agendas*. London; New York: Routledge, 2000.

Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

Nazroo, J. Y., Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20: pp. 710-730.

372. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

logias. Ao estudar as representações sociais da saúde e da doença num grupo, pretende-se captar o discurso no qual os indivíduos explicitam de diversas formas (opiniões, sentimentos, informações, relato de experiências e de comportamentos) a sua imagem de saúde e de doença e o sentido que elas têm para eles, assim como observar as suas atitudes e comportamentos.

Este objecto de estudo surge da confluência e articulação de quatro parâmetros conceptuais fundamentais: A saúde/doença, as condições socioeconómicas, os factores culturais e a imigração/etnicidade. A saúde/doença é aqui encarada enquanto fenómeno sociológico sob duas dimensões: as representações e as práticas de saúde/doença. No quadro desta pesquisa, a saúde e a doença interessam enquanto fenómenos sociológicos, fazendo realçar as diferenças ao nível das representações e das práticas de saúde/doença dos indivíduos em análise. No quadro das representações, as percepções sobre si e sobre o mundo dependem da cultura e dos factores socioeconómicos. As condições socioeconómicas, não sendo o único aspecto a interferir nas diferenças de representações e de práticas, é sobre o seu carácter determinante e a sua influência que recai a atenção deste estudo. O parâmetro «factores culturais», está intimamente associado às condições socioeconómicas e irá ser examinado do mesmo modo que examinaremos este último. As características culturais têm uma influência significativa em inúmeros aspectos da vida dos indivíduos com fortes implicações para a saúde e os cuidados de saúde³⁷³. Apesar da sua importância, a cultura nunca é, no entanto, a única influência determinante, mas sim uma entre muitas das influências sobre crenças e comportamentos relacionados com a saúde; a cultura também inclui os factores individuais, os factores educacionais, os factores socioeconómicos e os factores ambientais, que contextualizam os indivíduos, tendo um papel determinante na forma como estes indivíduos interpretam os seus sintomas e se comportam face à saúde e à doença. A relação que os imigrantes estabelecem com a saúde e a doença é determinada pelas condições concretas de existência, nomeadamente, as condições de trabalho, de habitação, de emprego e as tensões intra-familiares. Estas condições, pelo efeito que têm sobre o nível e a qualidade de vida, são factores susceptíveis de influenciar as representações e práticas de saúde e de doença e até o próprio estado de saúde. Actualmente a saúde e a doença são entendidas como fenómenos determinados pelo social e pelo cultural³⁷⁴. Assim, focalizaremos

373. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

374. Loux, F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*. InterEditions, Paris, 1983.

a atenção nos factores socioeconómicos e nos factores culturais, com o objectivo de analisar a sua presença e o seu contributo relativo nas representações e nas práticas de saúde e de doença. Tem-se verificado um crescente conhecimento e tomada de consciência de que a saúde é um fenómeno social total e transversal a qualquer e a todas as dimensões da vida dos indivíduos, desde o nascimento até à morte, e que estes indivíduos estão inseridos no contexto da sociedade. Consequentemente, a saúde está intimamente associada e é o resultado dos factores sociais económicos, culturais e políticos deste mesmo contexto. Como afirma Sundquist «cada vez se dá mais relevo à dimensão cultural e de identidade dos grupos de indivíduos, sendo este um factor tão ou mais importante do que a dimensão socioeconómica, tantas vezes traduzida ou associada às classes sociais»³⁷⁵. O último, mas não menos importante parâmetro é a imigração/etnicidade, enquanto parte da nossa grelha de análise. É no contexto de um grupo de imigrantes, os cabo-verdianos, que queremos analisar os parâmetros anteriores. A finalidade do nosso estudo é a de contribuir para um maior conhecimento dos processos sociais e culturais que envolvem as representações e as práticas de saúde/doença dos imigrantes e as diferenças e/ou semelhanças entre as categorias sociais dos mesmos. Assim, o objecto de estudo vai permitir o desenvolvimento do conhecimento sobre esta problemática, que tanto quanto nos é dado saber, é pioneira em Portugal no que se refere aos objectivos que prossegue.

Consideramos que existem formas diversas de expressar o estado de saúde, nomeadamente, a auto-percepção, a percepção social, as representações sociais e os comportamentos, dependendo da forma como os indivíduos se situam em relação aos factores socioeconómicos e ao seu contexto cultural³⁷⁶. O contexto socioeconómico e o contexto cultural em que os indivíduos se inserem determinam ambos a saúde e a doença ao nível das representações e das práticas. Consideramos também que a ideia de saúde, ao nível das percepções e representações, está intimamente interrelacionada com as práticas e vivências quotidianas, expressas ao nível dos comportamentos. Pensamos que as representações e as práticas sobre saúde e doença podem ser captadas mediante a análise dos discursos e mediante os relatos fornecidos pelas entrevistas. Um aspecto a salientar é que o discurso não corresponderá sempre à realidade das práticas e dos pensamentos sobre o que se procura averiguar

375. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

376. Williams, S. J.; Calnan, M., *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. London, UCL Press, 1996.

através das questões a que procuramos resposta, mas será motivado pela imagem que se quer dar «ao outro», a imagem que se acolhe ou entende como a que «deveria ser a verdadeira» segundo o que se pensa ser o ponto de vista da ideologia dominante.

Os processos de pesquisa e de análise orientam-se, por um lado para as diferenças étnico-culturais duma comunidade migrante em relação à população de acolhimento e, por outro, para as diferenças socioeconómicas que recortam os grupos e as diferenças entre os membros do mesmo grupo com perfis socioeconómicos heterogéneos.

Temos os seguintes eixos de análise que vão sustentar a recolha de informação: Um primeiro eixo de análise vai organizar-se à volta das representações de saúde e de doença, que inclui a noção subjectiva de saúde e de doença e a percepção e autoavaliação do estado de saúde. Este eixo tem como objectivo obter dados relativos às representações, saberes, conhecimentos, opiniões, noções e ideias sobre a a saúde e a sua auto-avaliação, a doença, a importância de ser saudável e preocupações face à mesma. A auto-avaliação do estado de saúde trata-se de uma informação subjectiva filtrada não só pelo tempo, que para alguns imigrantes já é distante, mas também pela interpretação que fazem, em termos genéricos, da sua inserção em Portugal³⁷⁷. Para a população imigrante «estar com saúde» ou «estar doente» pode não ser o mesmo que para a população do país de acolhimento. Em termos de atitudes, mais precisamente atitudes culturais, a transição para Portugal nem sempre é acompanhada de alteração de hábitos. Estas atitudes podem estar associadas a práticas de auto-medicação e de não prevenção da doença, que, segundo França, põem em perigo a saúde dos imigrantes, no período de transição e adaptação à sociedade portuguesa. O autor considera que estes comportamentos são reveladores de uma fraca interiorização dos mecanismos de saúde preventiva, existindo uma tendência para a utilização dos cuidados médicos já depois da concretização da doença. Também sabemos que «existem diferenças de atitude na forma de encarar a doença por parte dos homens e das mulheres»³⁷⁸. Neste eixo também questionamos a importância que os participantes dão às práticas de prevenção da saúde, nomeadamente à vigilância durante a gravidez, e à existência de algumas crenças, superstições e precauções, sobretudo da parte das mulheres, no que respeita à menstruação, gravidez e amamentação.

377. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo-Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

378. *Idem, ibidem*.

Um segundo eixo articula práticas, comportamentos e experiências de saúde e de doença, enquadrados na avaliação do estado geral de saúde. Este eixo analítico centra-se nas práticas de saúde, médicas e não médicas, sejam estas o recurso a terapias complementares e/ou populares ou práticas de auto-medicação ou de medicação por farmacêutico. O recurso a «outras terapias» pode passar por idas a curandeiros e utilização de remédios caseiros, bem como a frequência de igrejas ou pedidos de promessas com finalidade de cura, ou práticas relacionadas com o espiritismo. Também foram colocadas questões relacionadas com práticas ditas sobrenaturais (bruxaria, feitiçaria, mau-olhado, inveja) e algumas superstições e crenças. Este eixo inclui, por parte dos imigrantes, a informação sobre os serviços de saúde e, conseqüentemente, a procura e o acesso a esses serviços. A escolha do recurso a utilizar é variável, depende de muitas circunstâncias e muitas vezes a procura de recursos é múltipla. No acesso aos serviços de saúde, as dificuldades enfrentadas podem estar associadas, antes de mais, a situações de permanência ilegal em Portugal, ou de falta de contrato de trabalho, retirando a muitos imigrantes a possibilidade de recorrerem ao Serviço Nacional de Saúde. Para além disso, existem as dificuldades de comunicação e de carácter burocrático. Por isso, como já referido, esta população tende a recorrer preferencialmente aos serviços de urgência dos hospitais ou serviços de atendimento permanente em vez das consultas dos Centros de Saúde. Já sabemos que existe uma alteração de comportamentos após o processo imigratório, quer devido a uma melhor qualidade e maior acessibilidade aos serviços de saúde, quer a uma maior incidência de doenças que se prendem com as condições climatéricas de Portugal.

Finalmente, um outro eixo analítico é a análise dos estilos de vida e hábitos de saúde³⁷⁹, inseridos na análise das práticas e comportamentos de saúde e de doença. Incluímos neste conjunto, questões relacionadas com hábitos e estilos de vida que interferem na saúde (alimentação, consumo de bebidas e tabaco, prática de exercício físico e ocupação de tempos livres). Já foi referida a importância dos estilos de vida em associação com o estado de saúde e as características sociais, económicas e culturais. A literatura fundamenta bem que estas práticas estão intimamente articuladas às condições materiais e culturais de existência. Por fim, introduzimos questões sobre tradições cabo-verdianas ligadas ao nascimento e à morte. Esta opção justificou-se por termos considerado,

379. Quer se trate dos cuidados alimentares, do consumo de álcool e tabaco, do exercício físico, da consulta regular de certas especialidades médicas (como os dentistas, por exemplo), bem como de rastreios e outras medidas de prevenção da doença.

a partir da literatura, que estes dois momentos da vida não deixam de articular todos os fenómenos que podem estar associados à saúde e à doença e à vida e morte, e sobretudo a aspectos culturais de Cabo Verde.

Com base nas contribuições teóricas produzidas pela sociologia no campo da saúde e no campo da imigração/etnicidade determinou-se que a saúde/doença difere consoante os grupos sociais e consoante o contexto cultural. Estas duas dimensões de análise são o ponto de partida para a comparação dos resultados e atravessam os eixos analíticos acima identificados.

A hipótese geral de investigação centra-se na ideia que a saúde dos imigrantes se inscreve num quadro particular onde interfere o carácter cultural da pertença étnica. No entanto, nestes universos socioculturais particulares, a saúde pode variar consoante os alvos e os contextos de comparação social e económica. As atitudes e hábitos culturais dum determinado grupo podem estar estreitamente associados às suas práticas de saúde³⁸⁰. Considera-se que a cultura é uma das mais importantes influencias das percepções e crenças sobre a saúde e dos comportamentos com ela relacionados. As diferenças de identidade cultural e grupal são o resultado de processos de socialização e aculturação (e não de uma herança genética). Temos de ter em conta que os factores culturais e os factores socioeconómicos estão interligados e o contexto socioeconómico também é uma determinante cultural. Existem as chamadas culturas de classe e por vezes torna-se difícil separar o contexto socioeconómico da expressão de cultura de classe. Também achamos importante chamar aqui a atenção para o facto de as variáveis de caracterização de um grupo populacional serem igualmente importantes factores culturais e há que ter em conta «culturas» específicas de género, de geração, de ilha de origem e de tempo de permanência em Portugal. Relativamente aos factores culturais, se, por um lado, o carácter étnico e cultural interfere na saúde, verifica-se, por outro, que dentro de uma mesma etnia ou grupo cultural há diferenças consoante a posição social. Ou seja, num mesmo grupo étnico, as diferenças sociais provocam diferenças de saúde. Estas são determinadas pela posição social, até um certo nível. A partir do escalão mais alto, são as diferenças étnicas e culturais que influenciam as diferenças de saúde. Isto significa que, até um certo nível da escala social, os factores socioeconómicos vão ser decisivos relativamente à saúde nas suas diversas dimensões, mas ultrapassando esse nível, ou seja, nas classes mais elevadas, ainda persistem

380. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

diferenças de saúde que dependem sobretudo de factores culturais, onde estão inseridas a etnicidade e a identidade étnica.

Queremos dizer com isto que, em grupos diversos, vão surgir representações e práticas distintas, sendo o nosso objectivo destacar essas diferenças ao nível das diversas análises e comparações dos subgrupos: socioeconómico, geração, e género. Uma premissa importante é a de que o grupo em estudo não é homogéneo. Existem dentro deste distinções no que se refere às representações e práticas de saúde e de doença. Como já afirmou Gomes³⁸¹, as características da comunidade cabo-verdiana em Portugal apontam, por um lado, para uma panorâmica dominada por baixos níveis de instrução, emprego pouco qualificado, habitação em bairros degradados e, por outro lado, para uma comunidade com raízes antigas, relativamente bem integrada e próxima da sociedade portuguesa. Esta situação provoca forçosamente uma heterogeneidade de representações e práticas de saúde.

As representações e práticas de saúde e de doença são diferentes entre os grupos sociais. A classe social ou grupo social a que se pertence, se não é totalmente determinante, pelo menos orienta as percepções e representações sobre a saúde e a doença. Os saberes populares ligados à saúde diferem menos de um grupo étnico para outro, se pertencerem à mesma classe social, do que de uma classe social para outra dentro do mesmo grupo étnico, o que pode significar que, no seio da mesma comunidade étnica de origem, podemos encontrar saberes populares e práticas que variam muito de um grupo social para o outro. As distâncias observadas com base nos grupos étnicos ou religiosos podem ser atribuídas a distâncias importantes a nível socioeconómico. Mais do que a cultura, é o nível socioeconómico a determinar as diferenças³⁸².

Perguntamos até que ponto as disparidades nas percepções, representações e práticas na saúde são consequência das diferenças de classe social ou de factores sociais específicos ao *status* do grupo étnico-racial e de pertença étnica, dos imigrantes?³⁸³ Os imigrantes trazem com eles, como herança, características sociais, económicas e culturais que se mantêm, em muitos aspectos, mesmo quando a sua posição socioeconómica se altera no país de acolhimento³⁸⁴.

381. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

382. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

383. Lillie-Blanton, M.; Laveist, T., Race/Ethnicity, the social environment, and health. *Social Science and Medicine*, 1996; 43: pp. 83-91.

384. Loue, S. (editor), *Handbook of immigrant health*. Plenum Press, New York, 1998.

Quando questionamos se será a pertença ao grupo de imigrantes ou o estatuto social que mais contribui na produção de desigualdades em saúde, temos de ter em mente que a imigração está sobretudo associada a diferentes culturas, crenças e valores, enquanto que a classe social está sobretudo relacionada com diferenças económicas e materiais. A agregação dos indivíduos em classes e em grupos étnicos é artificial e esconde a possibilidade de haver variação na saúde entre grupos ou intra-grupos³⁸⁵.

A saúde depende de inúmeros factores sendo os mais importantes as características sociais, económicas e culturais. No entanto, já vimos que se ajustássemos os grupos a uma mesma posição socioeconómica ainda iriam existir diferenças entre estes quanto à sua relação com a saúde e a doença, dependentes das questões culturais. Pensamos que os factores que contribuem para estas diferenças são essencialmente a cultura, a educação, e as trajectórias vividas no país de origem e transportadas para o país de acolhimento. Existem dois factores socioeconómicos que contribuem em muito para as diferenças de saúde e que são a escolaridade e a categoria socioprofissional em que os indivíduos se posicionam, os quais determinam diferenças relacionadas com a saúde.

Apesar de predominarem no conjunto dos indivíduos, concepções e práticas biomédicas «modernas» de saúde, com elas coexistem, em simultâneo ou complementarmente, representações e práticas médicas «tradicionais»³⁸⁶. Importa analisar como estas práticas se relacionam entre si e dependem dos factores de ordem cultural e/ou socioeconómicos.

A nossa hipótese geral, pressupõe que os imigrantes apresentarão perfis distintos entre eles no que se refere às seguintes dimensões de análise:

- a) Auto-avaliação e percepção do estado de saúde;
- b) Representações, crenças e atitudes face à saúde e à doença;

385. Williams, S. J.; Gabe, Jonathan; Calnan, Michael (ed.), *Health, medicine and society: key theories, future agendas*. London; New York: Routledge, 2000.

386. Como já foi referido no quadro teórico o «remédio da terra» e a «medicina oficial» continuam coexistindo no mesmo espaço social, com plena aceitação por parte da população, apesar de uma adaptação de novas técnicas e novos valores que são introduzidos pelo progresso médico da medicina dita «moderna» in Rodrigues, N. M. Lima, «Doença da terra» e «doença da farmácia». *Um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

- c) Experiências e comportamentos/Estilos de vida;
- d) Práticas de saúde e percursos de doença.

Partindo desta hipótese e acrescentando que o que determina as representações e práticas da saúde e da doença é a condição social e a cultura, podemos afirmar que tem sido a condição social a revelar as maiores diferenças e a marcar a sua posição de variável independente que interfere nas representações e nas práticas de um grupo com uma cultura de base comum. As condições sociais também determinam uma grande parte da nossa cultura, que não é estática mas sim dinâmica e que evolui consoante o contexto socioeconómico em que o indivíduo se desenvolve. Podemos também acrescentar que os hábitos culturais são economicamente condicionados.

Partimos da ideia de que não existe uma correlação entre uma utilização continuada do sistema tradicional e o nível de utilização dos serviços modernos, nem uma correlação com um nível mais elevado de aculturação na cultura de acolhimento. Quanto ao acesso aos cuidados de saúde, podem existir no seio dos imigrantes barreiras económicas, mas também barreiras «não financeiras», tais como a língua, transporte, cultura, mobilidade, falta de informação e factores ocupacionais. Para além disso, e não sem menor importância, existem as barreiras legais e burocráticas.

A nossa hipótese central de estudo pode ser desagregada em várias hipóteses secundárias que são as seguintes: uma hipótese assenta na ideia de que as representações e práticas de saúde e de doença são diferentes quando analisadas por género. Considera-se que a forma de experimentar a saúde e a doença é diferente consoante o género. Existem algumas diferenças de atitude na forma de enfrentar a doença por parte dos homens e das mulheres³⁸⁷.

Outra hipótese, relacionada com a geração, considera que a auto-avaliação do estado de saúde sofre variações com a idade, notando-se diferenças entre os jovens e os mais velhos. Pensamos encontrar diferenças entre gerações, relativamente às experiências e práticas de tratamentos caseiros.

Outra hipótese é a de que a experiência da imigração é uma valiosa determinante da saúde podendo as atitudes, os comportamentos e os

387. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

hábitos relativos à saúde e à doença virem a alterar-se depois da chegada a Portugal. Um indicador de integração cultural e do grau de medicalização dessa integração é a frequência de utilização de tratamentos tradicionais e/ou de tratamentos ocidentais³⁸⁸. As diferenças encontradas têm a ver não só com a própria cultura, mas também com a geração e posição socioeconómica. O tempo de permanência em Portugal e a idade à chegada têm uma influência significativa nas práticas e representações de saúde dos imigrantes³⁸⁹.

Pensamos ser importante deixar claro, desde já, que este estudo utiliza uma abordagem sociológica da saúde e não integra a componente epidemiológica que exigiria o domínio de outras vertentes do saber, nomeadamente da medicina e da saúde pública, bem como dimensões de análise que não pretendemos dominar, nomeadamente ao nível da morbilidade e da mortalidade, bem como as suas causas e factores.

2. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA ADOPTADA

No que respeita à selecção de uma amostra representativa, Albarello³⁹⁰ considera que nos estudos qualitativos é interrogado um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, não se coloca. O critério que determina o valor da amostra passa pelo da sua adequação aos objectivos de investigação, tomando como princípio a diversidade das situações sociais analisadas. Outro critério a que se deve dar atenção é o do fenómeno da «saturação» para definir o tamanho da amostra. Deve-se considerar que a dimensão da amostra deve parar de crescer no momento em que sentimos que a informação futuramente recolhida será idêntica aos casos até aí estudados, e que não irá trazer nenhuma mais valia ao estudo. Por conseguinte, conservam-se, no essencial, as variáveis que permitem explicar esta diversidade de situações face ao fenómeno estudado. Existem dois tipos de variáveis, as clássicas (consideradas as variáveis independentes, neste estudo) como o sexo, a idade, a profissão, que configuram contextos de socialização produtores de diferenças, as quais, ou são usadas como critérios de diversificação da amostra ou são neutralizadas. Por

388. Williams, S. J.; Calnan, M., *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. London, UCL Press, 1996.

389. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

390. Albarello, L. et al., *Práticas e métodos de investigação em Ciências sociais*, Lisboa: Gradiva, 1997.

outro lado, temos as variáveis estratégicas (ou dependentes), que estão ligadas, mais especificamente, ao objecto estudado, como, no caso deste projecto, as representações e as práticas de saúde e de doença.

A investigação foi efectuada junto de uma população de 40 cabo-verdianos que para efeitos de análise, foi dividida em 2 grupos diferentes (20 em cada grupo)³⁹¹. A comparação destes dois grupos tornou-se pertinente, uma vez que, eventualmente, os aspectos comuns, bem como as diferenças encontradas, serão interpretáveis face aos diferentes contextos. Os principais critérios de inclusão em cada um dos grupos sociais foram os níveis de escolaridade, a actividade profissional, a situação económica (os rendimentos) e o local de residência.

No entanto, estes critérios não têm uma conotação directa com o conceito de «classe social». Optámos por não criar categorias rígidas e estanques, de acordo com os modelos de «classe social» de inúmeros teóricos (por exemplo, Marx, Weber, Bourdieu, Boudon ou Aron, entre outros cientistas sociais) dado que nos apercebemos do carácter fluido, com fronteiras pouco definidas, em que se movimentam as várias comunidades imigrantes, como é o caso da cabo-verdiana, em que a mobilidade social é uma das suas características.

Decidimos utilizar os termos de grupo «popular» e de grupo de «elite» para distinguir os dois grupos sociais, sem conotação directa com a ideia de «classe social».

Em Sociologia, o termo «popular» é usualmente aplicado às massas e às classes subordinadas e o termo «elite» refere-se geralmente em termos sociológicos, a um grupo da sociedade que tem poder ou influência sobre outros e que, por norma, é reconhecido como sendo de certo modo superior³⁹². Também é muitas vezes conotado em Sociologia, com cargos políticos, como os líderes partidários ou ainda, com grupos intelectuais e artísticos da sociedade.

No presente estudo, a designação, «popular» e «elite», atribuída a cada grupo constituído pelos critérios já referidos, não corresponde a nenhum

391. Decidimos terminar o processo de recolha de informação por entrevistas ao fim das 46 realizadas, e dessas, foram seleccionadas as 40 que consideramos adequadas para o preenchimento das quotas pré-definidas e também quando foi sentido que o fenómeno de saturação também tinha sido atingido.

392. Abercrombie, N.; Hill, S.; Turner, B. S., *Dictionary of sociology*, The Penguin, London, 1984.

sistema de estratificação social, nem atribui a um e a outro grupo qualquer estatuto de condição sociológica determinada. «Popular» e «Elite» apenas querem referir o funcionamento de variáveis de caracterização (níveis de escolaridade, actividade profissional, rendimentos) sem designar dois estatutos socioeconómicos estruturalmente distintos. Não têm qualquer conotação valorativa e normativa.

O ponto de partida para a utilização destes dois termos foi o estudo de Rodrigues³⁹³ que analisa a questão da inserção da comunidade cabo-verdiana na sociedade de acolhimento, nomeadamente ao nível das dimensões da apropriação do espaço (em termos de espaços de habitat) e das modalidades de inscrição espacial da comunidade, concentrando-se na cidade de Lisboa. O autor, para além de distinguir três dimensões de apropriação do espaço (a económica, a sociocultural e a psicossocial), constata a existência da homologia de uma apropriação dominada entre a comunidade cabo-verdiana maioritária e estratos populares portugueses. O estudo apenas focou o grupo mais «visível» e maioritário da comunidade cabo-verdiana e conclui que este grupo e os estratos populares da população portuguesa, de certo modo coabitam e interagem. A partir deste estudo passamos a usar esta nomenclatura para denominar um dos grupos que constituiu a nossa amostra, o grupo «popular», e daí surgiu a necessidade de encontrarmos um termo para contrapor e enquadrar o outro grupo. Recorremos ao estudo de Saint-Maurice sobre os cabo-verdianos em Portugal, para adoptarmos o termo «elite», com base nas suas tipologias, em que distingue diferentes gerações de imigrantes, com inserções sociais diferenciadas dependentemente da época em que chegaram a Portugal³⁹⁴. A autora diz que os indivíduos que têm habilitações superiores e que integram o sector dos serviços e os quadros técnicos, constituem grande parte da «elite» ou grupo dominante, diferenciando-a da chamada «migração económica», ou grupo dominado, que integra as camadas mais desqualificadas em termos de educação, emprego e habitação. Este estudo identifica a heterogeneidade social da população imigrada e interpreta a sua inserção na sociedade portuguesa em diferentes domínios. Para além dos «tempos» de chegada a Portugal a autora explora também os conceitos de nacionalidade e naturalidade para propor uma tipologia para cada um destes grupos: os naturais de Cabo Verde com nacionalidade cabo-verdiana representam o grupo predominante dos cabo-verdianos em Portugal

393. Rodrigues, W., Comunidade cabo-verdiana: marginalização e identidade, *Sociedade e Território: Revista de estudos urbanos e regionais*. Ano 3, n.º 8, Fev. 1989.

394. Saint-Maurice, A., *Identidades reconstruídas Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

e caracteriza-se por ser uma camada de população activa sobre-representada por operários indiferenciados, em que a taxa de analfabetismo atinge os 32%. Os naturais de Cabo Verde com nacionalidade portuguesa representam um grupo mais reduzido e pertence a estratos socioprofissionais mais elevados e mais diferenciados, com um nível superior de escolaridade. Podemos visualizar neste grupo contornos de uma possível atribuição do estatuto de «elite». Saint-Maurice distingue dois tipos de migração: a laboral e a política ou de guerra. Para esta autora, a migração eminentemente laboral caracteriza-se por indivíduos com baixos níveis de escolaridade, trabalhadores indiferenciados, com uma elevada taxa de actividade. A migração política ou de guerra caracteriza-se por uma migração com um nível de escolaridade médio ou alto, considerada uma migração de elite.

Mais do que distinguir estes termos, interessa-nos particularmente distinguir dois grupos dando-lhes por isso «rótulos» diferenciadores. No entanto, segue-se também, de alguma forma, a influência anglo-saxónica nos estudos sobre saúde e doença, em que a designação «popular» e «elite» apresenta contornos de diferenciação grupal mais do que uma diferenciação de condição socioeconómica, de estratos ou desigualdades de classes³⁹⁵.

Historicamente, a noção de desigualdade de saúde apareceu, essencialmente, para comparar a mortalidade entre indivíduos pertencentes a grupos profissionais hierarquizados³⁹⁶. Os estudos das desigualdades sociais em matéria de saúde podem tomar duas formas. Na primeira, o objecto principal é uma caracterização global das desigualdades sociais e o estado de saúde é um dos aspectos dessas desigualdades, na outra, o objecto central é a saúde e procura-se identificar quais as determinantes da sua desigualdade social. Muitos estudos focam a questão das desigualdades em saúde, centrando-se na classe social e no género. No entanto, a reestruturação económica e social induziu muitos sociólogos a reflectir de forma crítica sobre se, de facto, a classe social concebida de forma tradicional não estará a ser substituída por novas formas de estratificação. Muitas vezes, a habilidade dos sociólogos fica limitada pela falta de instrumentos conceptuais e metodológicos sofisticados para alcançar novos desenvolvimentos teóricos na disciplina. Isto tornou-se visível no campo da etnicidade e saúde, onde uma

395. Lupton, D., *Medicine as Culture – Illness, disease and the body in western societies*. Sage Publications. Londres, 1994.

396. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

falta de sensibilidade do significado das categorias como o de «raça», etnicidade, e o conceito de racismo, tornou difícil o desenvolvimento de um corpo efectivo de investigação neste campo.

No presente estudo, são dois grupos que consideramos terem diferenças suficientes em termos das suas características socioeconómicas para poderem ser comparados, no entanto não significa que o «grupo popular» seja composto de pessoas muito pobres ou marginalizadas e que o «grupo de elite» seja constituído de pessoas muito ricas e muito integradas. Não se pode por isso situar os grupos em posições extremas de um espectro de possibilidades posicionais contínuas.

Vamos verificar também que dentro dos dois grupos existem algumas nuances, que por um critério ou outro, obrigaram a tomar decisões de enquadramento dentro de cada grupo, sem que no entanto não pudessem ser igualmente enquadrados no outro, em função das trajectórias de vida e das condições de origem. Os indivíduos foram «encaixados» nas quotas e nos seus grupos, face às condições actuais de existência e das características socioeconómicas no momento actual (ou seja, à data da realização das entrevistas).

A amostra é intencional, ou seja, planeada de modo a se adequar ao objecto de estudo, tendo sido feita previamente uma selecção de elementos da comunidade, considerados, se não representativos, pelo menos significativos para incluir na nossa amostra. Assim, a selecção da amostra foi evoluindo em bola de neve e por preenchimento de quotas. Sentimos que o fenómeno de «saturação» foi atingido, sem que, no entanto, tal saturação corresponda à condição de extrapolação para o geral.

O inconveniente numa amostra por quotas é a forte tendência no sentido de serem interrogados preferencialmente indivíduos pertencentes às redes de relações dos detentores de contactos³⁹⁷. No entanto, fizemos um esforço para criar vários núcleos distintos, no sentido de assegurar uma maior diversidade, tentando preencher as quotas e alargar o leque de pessoas de diferentes zonas de residência e do maior número de ilhas possível.

A amostra é composta por 40 elementos da população cabo-verdiana residente em Portugal, mais concretamente, na área metropolitana de

397. Almeida, J. Ferreira de; Madureira Pinto, J., *A investigação em Ciências Sociais*, Ed. Presença, 5.ª edição, Lisboa, 1995.

Lisboa. Esta zona geográfica foi escolhida de forma intencional, por um lado para delimitar uma área mais acessível à investigadora e, por outro lado, porque, como já vimos na parte teórica, é neste espaço urbano que se concentra fundamentalmente esta população.

O critério essencial de inclusão dos elementos na amostra assentou na exigência de todos eles terem nascido em Cabo Verde e lá terem vivido até aos 17 anos inclusive. Foi dada importância a este critério, pela necessidade de podermos abordar dimensões que requerem experiências vividas e comparações entre a «origem» e o «destino», ou seja, sobre «lá» e «cá» e sobre «antes» e «agora» ou «depois». Todos os indivíduos da amostra fazem parte da chamada «primeira geração» de imigrantes, já que todos eles nasceram em Cabo Verde.

Para tal, optámos por também dividir a amostra dos 40 indivíduos em duas gerações (20 em cada geração), «os mais jovens» e os «mais velhos». O conceito de geração foi utilizado no sentido de, para além de incluir um conjunto de classes etárias, remeter os indivíduos para um contexto, onde se inscrevem dinâmicas, trajetórias e percursos pessoais, que pensamos reproduzirem efeitos geracionais, expressos em valores, atitudes, posições, formas de pensar e de agir, atribuídos à geração ou ao período em que os indivíduos viveram. Em Sociologia, a tendência é para atribuir à geração uma função explicativa, associada às idades, aos períodos e às gerações aos quais os indivíduos pertencem³⁹⁸. Uma dada geração transporta um conjunto de valores que acabam por conferir uma relativa identidade cultural e social a essa geração. Em termos sociológicos, pertencer a uma geração ou suceder-lhe não é ter a mesma idade ou ser mais ou menos jovem, mas sim possuir, contemporaneidade de idades, de influências, de saberes, de filiações identitárias e de valores. O conceito de geração é visto enquanto unidade de base de um tempo histórico fundamentado em traços qualitativos que aproximam os indivíduos. As influências recebidas e exercidas é que criam uma sequência de gerações. Ainda segundo outra definição, uma geração é um conjunto de pessoas de um dado período ou época/ /tempo, num determinado leque de idades, com valores e comportamentos semelhantes³⁹⁹.

398. Pais, J. Machado (coordenação), *Gerações e valores na Sociedade portuguesa*. ICS, Lisboa, 1988.

399. Abercrombie, N.; Hill, S.; Turner, B. S., *Dictionary of sociology*, The Penguin, London, 1984.

Boudon, R. et al. (direcção), *Dicionário de sociologia*, Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1990.

Foram sentidas algumas dificuldades na criação do subgrupo que representa a geração «mais jovem», as quais nos levaram a decidir alargar a faixa etária até aos 44 anos. Dado que as pessoas mais jovens já nasceram quase todas em Portugal (2.^a geração), ou vieram para Portugal muito pequenas, quando os pais imigraram, não seria possível recolher junto destas testemunhos de experiências vividas em Cabo Verde, pelo menos até terem 17 anos. À medida que fomos explorando a amostra também percebemos que para incluirmos pessoas que tenham vivido até aos 17/18 anos em Cabo Verde tínhamos forçosamente de alargar a faixa etária dos «mais jovens». Em quase todas as circunstâncias, por exemplo, um jovem cabo-verdiano com 18 ou 20 anos, já vive em Portugal desde que nasceu ou veio durante a primeira infância. Assim, tal como já foi atrás explicado, o grupo dos mais jovens situa-se na faixa etária dos 17 aos 44 anos.

Foram ainda, para efeitos de amostra, criadas duas subcategorias de género (20 em cada género). O conceito de género foi empregue, em vez de «sexo», para realçar a atenção para os processos que marcam as diferenças sociais e culturais entre homens e mulheres. Se o sexo dos indivíduos é biologicamente determinado, o género é construído culturalmente e socialmente. Trata-se, portanto, de diferenciar determinados aspectos de ordem natural-biológica das construções de cariz socio-cultural e simbólicas, que com eles se entrelaçam. O género é a diferenciação social entre os dois sexos e separa as diferenças sociais das diferenças biológicas⁴⁰⁰. Enquanto os aspectos sexuais se caracterizam por serem físicos, genéticos, universais e invariáveis, os de género caracterizam-se por serem sociais, apreendidos, culturais e variáveis com o tempo. O que o género é, o que os homens e mulheres são, e o tipo de relações que acontecem entre eles, são produtos de processos sociais e culturais. O género é uma dimensão fundamental de toda a organização social, tão importante como a classe social ou a geração, para explicar as diferenças individuais, ou de grupo, na cultura e na sociedade. É considerada como uma categoria construída socialmente, tanto no lugar de trabalho, na família, na escola, como nas esferas económica, política e cultural e forma parte da identidade dos indivíduos. As classes sociais, os níveis de instrução, as afiliações étnicas ou religiosas, opções de orientação sexual, ou qualquer outro nível de identidade social, cruzam-se com o género. O género cruza transversalmente as

400. Abercrombie, N.; Hill, S.; Turner, B. S., *Dictionary of sociology*, The Penguin, London, 1984.

Boudon, R. et al. (direcção), *Dicionário de sociologia*, Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1990.

classes ou as instituições sociais como a família, hierarquias, ou estruturas sociais. Constituinte de identidades pessoais e sociais, o género não cria, porém, grupos sociais, mas sim categorias⁴⁰¹.

Assim, a amostra foi construída da seguinte forma:

Quadro 3 – Critérios de inclusão na amostra

GRUPO «POPULAR»: 20 PESSOAS				
	Homens – 10 pessoas		Mulheres – 10 pessoas	
Ilhas	«Mais Jovens»	«Mais Velhos»	«Mais Jovens»	«Mais Velhos»
Boavista	Ent 43		Ent 34	
Brava		Ent 37		
Maio	Ent 32			
Santiago	Ent 27, Ent 33	Ent 15	Ent 3, Ent 4	Ent 19, Ent 36
Santo Antão	Ent 30		Ent 2	Ent 40
Fogo		Ent 14		Ent 29
São Nicolau		Ent 41		
São Vicente		Ent 38	Ent 42	Ent 26
Total	5	5	5	5
GRUPO «ELITE»: 20 PESSOAS				
	Homens – 10 pessoas		Mulheres – 10 pessoas	
Ilhas	«Mais Jovens»	«Mais Velhos»	«Mais Jovens»	«Mais Velhos»
Boavista	Ent 7	Ent 11	Ent 35	Ent 28
Santiago	Ent 5, Ent 16, Ent 22		Ent 44	Ent 39
Santo Antão		Ent 10, Ent 12		
Fogo			Ent 46	
Sal			Ent 45	
São Nicolau	Ent 24			Ent 9
São Vicente		Ent 6, Ent 13	Ent 31	Ent 8, Ent 17
Total	5	5	5	5

* Ent: Número da entrevista

401. Almeida, M. Vale de, *Senhores de si. Uma interpretação antropológica da masculinidade*. Ed. Fim de Século, Antropológica 2. Lisboa, 2000.

Ferreira, M. L. Ribeiro (org.), *Pensar no Feminino*. Ed. Colibri, Lisboa, 2001.

A construção desta amostra requereu heterogeneidade relativamente à posição socioeconómica (profissão, habilitações literárias, rendimentos), ao género, à geração, à ilha de origem (diversas ilhas do arquipélago), para deste modo, podermos fazer uma análise comparativa e determinar quais as variáveis predominantes e que fazem realçar as diferenças e/ou as semelhanças encontradas nas respostas. A escolha das pessoas a serem entrevistadas correspondeu também à preocupação de considerar os seguintes requisitos da investigação, essenciais para o preenchimento das quotas: seleccionar cabo-verdianos em dois contextos socioeconómicos distintos, para poder identificar o contributo dos factores socioeconómicos no conjunto global das determinantes da relação dos indivíduos com a saúde. Basicamente, a amostra de 40 pessoas é constituída por dois grupos, com diferenças nítidas de perfil socioeconómico (níveis de escolaridade diversificados e posições profissionais diferentes), mais precisamente, vinte em situação socioeconómica baixa (algumas de pobreza relativa/exclusão) e vinte em situação de maior integração e melhores condições socioeconómicas; poder comparar a situação referente a homens e mulheres nos 40 entrevistados, dos quais 20 são homens e 20 são mulheres; poder comparar a situação referente aos grupos etários, preenchidos por 20 indivíduos «mais jovens» considerados entre os 17 e os 44 anos e 20 «mais velhos», com mais de 45 anos. Assim temos para os grupo «popular» e «grupo de elite», as seguintes características:

Quadro 4 – Critérios de inclusão da amostra do grupo «Popular»

N.º entrevista	Condições de trabalho	Profissão/ /última profissão	Rendimento familiar mensal	Nível de escolaridade
2	Activo	Faz limpezas	365	2.º ciclo (6.ª classe)
3	Activo	Recepcionista	Ordenado mínimo	3.º ciclo (9.º ano)
4	Activo	Restaurante/ /ajudante cozinha	300	1.º ciclo (4.ª classe)
14	Desemprego	Operário fabril	260	1.º ciclo (4.ª classe)
15	Reformado/ /aposentado	Electricista	750	1.º ciclo (4.ª classe)
19	Activo	Faz limpezas	320	1.º ciclo (4.ª classe)
26	Reformado/ /aposentado	Faz limpezas	270	Não sabe ler nem escrever
27	Desemprego	Pedreiro/servente	250	2.º ciclo (6.ª classe)

(continua)

(continuação)

N.º entrevista	Condições de trabalho	Profissão/ última profissão	Rendimento familiar mensal	Nível de escolaridade
29	Reformado/ /aposentado	Faz limpezas	402	Não sabe ler nem escrever
30	Desemprego	Pedreiro/servente	600	1.º ciclo (4.ª classe)
32	Desemprego	Bailarino profissional	Nada/ /vive de apoios	3.º ciclo (9.º ano)
33	Desemprego	Pedreiro/servente	Ordenado mínimo	3.º ciclo (9.º ano)
34	Outro	Faz limpezas	700	2.º ciclo (6.ª classe)
36	Activo	Comerciante	1500	Não sabe ler nem escrever
37	Reformado/ /aposentado	Motorista	180	1.º ciclo (4.ª classe)
38	Reformado/ /aposentado	Carpinteiro	217	1.º ciclo (4.ª classe)
40	Activo	Faz limpezas	350	Não sabe ler nem escrever
41	Activo	Espalhador de betuminoso	500	Não sabe ler nem escrever
42	Desemprego	Operadora de caixa	850	Ensino secundário completo (12.º)
43	Activo	Pintor construção civil	750	1.º ciclo (4.ª classe)

Quadro 5 – Critérios de inclusão da amostra do grupo «Elite»

N.º entrevista	Condições de trabalho	Profissão/ última profissão	Rendimento familiar mensal	Nível de escolaridade
5	Activo	Monitor informático	748	Ensino superior/ /licenciatura
6	Reformado/ /aposentado	Engenheiro	7000	Pós-graduação
7	Activo	Monitor informático	1300	Ensino secundário completo (12.º)
8	Reformado/ /aposentado	Assistente social – DGAss Sociais	Não responde	Ensino superior/ /licenciatura

(continua)

(continuação)

N.º entrevista	Condições de trabalho	Profissão/ /última profissão	Rendimento familiar mensal	Nível de escolaridade
9	Activo	Técnico superior/ /chefe de secção	3000	Mestrado/ /doutoramento
10	Activo	Pintor/ /artista plástico	900	Ensino médio/ /bach./politécnico
11	Activo	Pastor evangélico	1750	Ensino superior/ /licenciatura
12	Reformado/ /aposentado	Oficial exército	2000	Ensino superior/ /licenciatura
13	Activo	Advogado	7000	Ensino superior/ /licenciatura
16	Trabalhador estudante	Assistente técnico/ /administrativo	1500	Pós-graduação
17	Reformado/ /aposentado	Técnico superior/ /chefe de secção	3500	Ensino superior/ /licenciatura
22	Trabalhador estudante	Assistente técnico/ /administrativo	Não responde	Mestrado/ /doutoramento
24	Trabalhador estudante	Médico (a fazer o internato)	900	Pós-graduação
28	Activo	Cantor/artista	1000	Ensino médio/ /bach./politécnico
31	Activo	Assistente técnico/ /administrativo	2200	Ensino superior/ /licenciatura
35	Trabalhador estudante	Secretária	399	Ensino superior/ /licenciatura
39	Activo	Técnico superior/ /chefe de secção	1000	Ensino superior/ /licenciatura
44	Trabalhador estudante	Secretária	1500	Mestrado/ /doutoramento
45	Trabalhador estudante	Operadora de caixa	520	Ensino superior/ /licenciatura
46	Trabalhador estudante	Técnico comercial	350	Mestrado/ /doutoramento

Os instrumentos de trabalho seleccionados consistiram nas entrevistas semi-directivas e semi-estruturadas realizadas a todos os indivíduos que constituem a amostra, após contactos prévios efectuados com os

informantes privilegiados, bem como o contacto com as Associações ligadas à comunidade cabo-verdiana, tanto a nível central, em Lisboa, como com associações sedeadas nos bairros de maior concentração desta população. O trabalho preliminar de contactos serviu para estabelecer pontes e criar redes de modo a identificar os indivíduos que poderiam preencher os requisitos essenciais para a sua inclusão na amostra. O método de recolha de dados através de entrevistas semi-directivas permite que o próprio entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objecto proposto, daí o aspecto parcialmente «não directivo». Por outro lado, porém, a definição do objecto de estudo elimina do campo de interesse diversas considerações para as quais o entrevistado se deixa naturalmente arrastar, ao sabor do seu pensamento, e exige também o aprofundamento de pontos que ele próprio não teria explicitado, e daí, desta vez, o aspecto parcialmente «directivo» das intervenções do entrevistador.

O trabalho de campo decorreu durante um período de cerca de um ano e incluiu, além do encontro com as Associações, a selecção das pessoas a serem entrevistadas, a realização das entrevistas, alguma investigação e contactos ao nível das Associações, a deslocação a bairros de concentração cabo-verdiana, reuniões com informantes privilegiados, consulta de fontes documentais e o levantamento de dados estatísticos e sociodemográficos. Para além disso foi efectuada consulta e análise dos diplomas legais e de imprensa escrita associados ao tema de investigação. O contacto com as Associações de e para cabo-verdianos em Lisboa e o contacto com informantes privilegiados permitiu-nos chegar aos entrevistados. Houve ainda deslocações a Londres, à London School of Economics e a Cabo Verde, mais precisamente às ilhas de São Vicente e Santo Antão, com o propósito de aprofundar a temática em termos teóricos e operativos. Na deslocação a Cabo Verde procedeu-se a reuniões e entrevistas com dois antropólogos a fim de explorar as dimensões contidas no objecto de estudo, bem como para recolher material bibliográfico e «observar» *in loco* alguns aspectos relevantes. Contactos e conversas informais com cidadãos anónimos permitiram obter relatos sobre alguns hábitos relacionados com a saúde e a doença, como é o caso de um indivíduo que disse que estava doente porque tinha «*posto a doença com a própria mão*», pois tinha feito uma imprudência – ou melhor, admitiu que estava com uma ressaca por ter bebido muito grogue na véspera, ou o caso de outro indivíduo que tinha ido pagar uma promessa por causa de uma operação que a irmã tinha feito um ano antes. Ainda houve oportunidade de sermos convidados a participar num «guarda-cabeça» e, entre outros pormenores, ouvir alguns relatos acerca de funerais, de comidas especiais para certos dias e de pessoas «curiosas/curandeiras» famosas em Santo Antão. Entre Abril de 2003

e Julho de 2003, estabelecemos contactos com as Associações e com elementos da comunidade, de carácter privilegiado, a fim de iniciar o processo de selecção das pessoas que viessem a preencher os critérios requeridos para fazer parte da amostra.

Em relação às entrevistas, começámos por efectuar entrevistas exploratórias a pessoas do nosso conhecimento durante todo o mês de Julho de 2003, a fim de testar o guião, para posteriormente o afinar e o aperfeiçoar. Após o trabalho exploratório de contactos e de realização de três entrevistas teste, conduzimos as entrevistas semi-directivas que tiveram uma duração variável, demorando, geralmente, entre 1 hora e 1h 30m cada uma.

Realizámos um total de quarenta e seis entrevistas, das quais seleccionámos quarenta para análise⁴⁰².

Começámos sempre por explicar a todos os entrevistados qual o motivo da entrevista, qual era o tema do nosso estudo e o fim a que se destinava, (de forma implícita para não influenciar as respostas à partida, dissemos que era sobre a vida e o quotidiano, mas também abordando questões de saúde e doença) perguntando se não se importavam que as entrevistas fossem gravadas, reforçando a ideia do anonimato e do sigilo e confidencialidade dos dados. No final de cada entrevista pedimos para ser preenchida uma ficha de caracterização dos indivíduos entrevistados com os elementos de identificação demográfica, social e económica: idade, sexo, estado civil, profissão, habilitações literárias.

Após a identificação de diversos indivíduos com o conjunto dos traços adequados foram feitos inúmeros contactos, até conseguirmos negociar com as pessoas mais disponíveis e com as características diversificadas exigidas para o preenchimento das quotas tal como era pretendido, seleccionando finalmente as que iriam compor a nossa amostra e incluídas no estudo. Deste modo, após darmos a conhecer o trabalho que nos propúnhamos realizar, chegámos a um acordo com essas mesmas pessoas sobre a sua participação no estudo e a realização da entrevista (gravada), em local, data e horas marcadas. Geralmente, as entrevistas

402. Do total das entrevistas, seis não chegaram a ser utilizadas porque, 5 foram excedentes no que se refere ao total pretendido para o preenchimento de uma das quotas (no caso das entrevistas n.ºs 1, 18, 20, 21 e 23 eram homens mais velhos da elite) tendo sido seleccionadas as mais adequadas ao estudo e uma, a n.º 25, porque só depois de realizar a entrevista soubemos que afinal a pessoa tinha vindo com 8 anos para Portugal. Assim, começamos pela primeira entrevista que é a Entrevista n.º 2 e a última é a Entrevista n.º 46.

eram realizadas numa Associação (como foi o caso da Associação de Cabo Verde, ou na Associação Assomada situada no bairro de Outurela/Portela, no Moinho da Juventude na Cova da Moura e na Associação Unidos de Cabo Verde nas Portas de Benfica junto à Damaia) ou no domicílio do entrevistado, utilizando sempre unicamente o guião (à nossa frente com o gravador) e no final a ficha de caracterização a ser preenchida pelo indivíduo, à excepção de quem não sabia ler nem escrever. Para além do uso do gravador tentámos adaptar o código linguístico apropriado, de modo a nos entendermos mais facilmente. O início da entrevista foi sempre idêntico para todos os entrevistados.

Surgiram algumas limitações relativamente à técnica utilizada, nomeadamente, alguns objectivos que não foram totalmente atingidos por parte dos entrevistadores sobre alguns dos temas e questões que não foram bem compreendidas pelos entrevistados. Por um lado, alguns entrevistados não compreenderam «bem», ou melhor, não interpretaram as perguntas como nós as colocámos, no sentido de responderem àquilo que era por nós pretendido. Exemplo disso são as abordagens que foram feitas sobre a saúde/doença mental e sobre o que os indivíduos poderiam considerar um perigo ou uma ameaça para a saúde. Surgiram respostas que afirmavam claramente a falta de compreensão destas questões. Houve, assim, a necessidade de reformular e adaptar as perguntas, de forma a torná-las mais familiares aos sujeitos entrevistados. A experiência ao longo do trabalho de realização das entrevistas foi-nos ensinando a adoptar linguagens moldadas aos diferentes tipos de informantes.

Além disso outra dificuldade encontrada durante o trabalho empírico, foi provocada pelo sentimento de não «conseguirmos» fazer surgir espontaneamente no desenrolar das «conversas», e questão após questão, alguns dos temas que esperávamos abordar de forma mais activa e participativa, ao nível de relatos sobre práticas não médicas, procura e utilização de outros terapeutas por parte dos entrevistados, fossem eles curandeiros, feiticeiros (bruxos), ou outros que viessem a ser descritos pelos indivíduos. O acto de imigrar pode ter desencadeado uma ruptura ao nível do discurso, mas não das práticas. Sobre esta questão, pensamos que, provavelmente, existiram insuficiências na formulação das perguntas do guião no que respeita à forma de obter discursos em que surgissem testemunhos de práticas alternativas e recurso aos curandeiros em Portugal. Seria necessária uma investigação do lado dos prestadores de cuidados de saúde, e neste caso particular, dos curandeiros, com o objectivo de recolher mais informação sobre a utilização de curandeiros por parte dos cabo-verdianos em Portugal, assim como a realização de um estudo sobretudo de carácter etnográfico ou

antropológico com observação participante e um maior conhecimento dos contextos terapêuticos frequentados pela comunidade. Para se obterem resultados objectivos e «mensuráveis» não basta recolher depoimentos, é preciso observar «in loco» e «medir» as acções, o que só seria possível, conforme já fizemos notar, através de uma metodologia alternativa, recorrendo à observação das acções e à participação no quotidiano dos indivíduos, mais precisamente nos comportamentos relacionados com a saúde e a doença. Consideramos porém, que o discurso já é só por si suficiente para retirar dele e compreender a forma como os indivíduos pensam, encaram e opinam sobre os assuntos. Sabemos, no entanto, que muitas vezes, tal como aconteceu no que se refere à procura de outros terapeutas, as pessoas não dizem a verdade. Por se tratar de um assunto incómodo, omitem ou dizem aquilo que acham que o «outro» espera ouvir, ou ainda aquilo que segundo eles «é o mais correcto», mais de acordo com as normas e os padrões da sociedade dominante. Outros exemplos destes comportamentos, encontrados na análise realizada, estão relacionados com a questão do consumo de bebidas alcoólicas. Vamos, por isso, encontrar situações em que o discurso não corresponderá sempre à realidade das práticas e à expressão dos pensamentos sobre as questões a que procuram dar resposta, mas será motivado sobretudo pela imagem que se quer dar «ao outro», a imagem que se entende como a que deveria ser a «desejável» sob o ponto de vista dos outros.

As transcrições das entrevistas a partir do material registado no gravador foram sendo feitas simultaneamente às entrevistas, já a partir de Novembro de 2003, terminando apenas em Julho de 2004. Note-se que este processo foi tanto ou mais moroso e complicado do que a própria marcação e realização das entrevistas, pois houve alguma dificuldade por parte dos primeiros transcritores em entender os registos áudios, ao nível da linguagem com sotaque bastante vincado. A transcrição revelou-se mais problemática ao nível de três entrevistas – n.º 7, n.º 22 e n.º 24 –, dada a dificuldade de compreensão por parte dos transcritores, razão pela qual, apesar de serem muito importantes, recorreremos menos a excertos dessas mesmas entrevistas. Finalmente, conseguimos encontrar uma pessoa de nacionalidade cabo-verdiana, que conseguiu «agarrar» este penoso trabalho e que, de uma forma muito eficaz, concluiu essa tarefa no final de Julho de 2004.

Optámos pela recolha de dados através de entrevistas semi-estruturadas. «As entrevistas podem ser classificadas num *continuum*: num dos pólos, o entrevistador favorece a expressão livre do seu interlocutor, intervindo o menos possível (entrevistas não directivas); no outro extremo,

é o entrevistador quem estrutura e orienta a entrevista a partir de um objecto de estudo estritamente definido (entrevistas directivas)»⁴⁰³. Na entrevista semi-estruturada ou semi-directiva, situamo-nos num nível intermédio, ao respondermos a duas exigências que podem parecer contraditórias.

A entrevista é o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores, de normas veiculadas pelos indivíduos. Estes esquemas culturais podem ser apreendidos a diferentes níveis de profundidade, quer pelo tipo de leitura do discurso, quer pelos conteúdos enunciados pelo interlocutor.

Quivy *et al.*⁴⁰⁴ afirmam que a entrevista semi-directiva é a mais utilizada em investigação social, caracterizando-se por não ser inteiramente aberta, nem encaminhada para um grande número de perguntas precisas, mas sim pelo facto de o investigador dispor de uma série de perguntas orientadoras relativamente abertas. Explicam que não é necessário colocar as perguntas pela ordem em que o entrevistador as anotou e que a formulação pode ser alterada. Caberá ao entrevistador reencaminhar a entrevista para os objectivos, cada vez que o entrevistado deles se afastar.

Ainda para os mesmos autores, a fim de assegurar a pertinência e a qualidade dos dados, o entrevistador deve dirigir a sua atenção para três aspectos: o tema da entrevista ou objecto de estudo; o contexto interpessoal; as condições sociais de interacção. Na realização das entrevistas, mantivemo-nos constantemente atentos as estes três pontos, pois o discurso das pessoas é muito rico em descrições e narrativas interpoladas, pelo que o tema tinha de ser muitas vezes reintroduzido. Apesar de iniciarmos sempre todas as entrevistas com a mesma pergunta de partida, inicialmente foi difícil desbloquear o diálogo, na medida em que os entrevistados se mostravam apreensivos, sentiam que tinham dificuldade em expressar-se e, muitas vezes, como veremos mais à frente, declaravam que não sabiam falar bem sobre este ou aquele assunto.

A orientação da entrevista é feita em função do objecto de estudo. São o objecto de estudo e as hipóteses que orientam a listagem das perguntas por meio de um guião de entrevista que resulta da exploração do material disponível, enquanto referências teóricas, e através do qual clarificámos ao máximo os nossos centros de interesse e seleccionámos

403. Albarello, L. *et al.*, *Práticas e métodos de investigação em Ciências sociais*, Lisboa: Gradiva, 1997.

404. Quivy, R. *et al.*, *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva, 1992.

a abordagem que pretendíamos privilegiar. Consideramos como variáveis dependentes as representações e as práticas de saúde e da doença e como variáveis independentes, as relativas à estrutura social e às características individuais, como o sexo, a idade, a naturalidade, a nacionalidade, o tempo de permanência em Portugal, o tipo e o local de residência, a escolaridade, as condições perante o trabalho, a profissão e os rendimentos.

O guião foi construído de modo a integrar cinco grandes conjuntos de indicadores (blocos) considerados relevantes para a investigação. O primeiro conjunto de itens teve por objectivo obter dados relativos às representações, saberes, conhecimentos, opiniões, noções e ideias sobre a saúde, a doença, a auto-avaliação de saúde, a importância de ter saúde e preocupações face à saúde.

No segundo bloco de itens abordámos os percursos e as práticas relativamente a recursos utilizados, tratamentos, barreiras e dificuldades ao nível da utilização dos serviços de saúde, bem como o pedido de descrição da doença actual ou da última que o entrevistado teve. Incluímos neste bloco as questões relacionadas com hábitos e estilos de vida que interferem na saúde (alimentação, consumo de bebidas e tabaco, prática de exercício físico e ocupação de tempos livres).

Num terceiro bloco de itens, os participantes responderam a diversas questões relativas a «outras terapias», como é o caso de curandeiros e utilização de remédios caseiros, bem como as idas a igrejas ou pedidos de promessas com finalidade de cura. Também abordámos a questão do espiritismo.

Num quarto bloco foram tratadas as questões relacionadas com práticas ditas sobrenaturais (bruxaria, feitiçaria, mau-olhado, inveja) e algumas superstições e crenças a elas associadas.

Por fim, num último bloco de itens, questionámos a importância que os participantes davam às práticas de prevenção da saúde, nomeadamente à vigilância durante a gravidez, e indagámos sobre a existência de algumas crenças, superstições e precauções, sobretudo por parte das mulheres, no que respeita à menstruação, à gravidez e à amamentação. Introduzimos, no final deste bloco, questões sobre tradições cabo-verdianas ligadas ao nascimento e à morte.

Começámos todas as entrevistas com duas questões introdutórias – «Sente-se bem com a vida que tem?», «Preocupações em geral?» –

que serviram de questões indutoras/questões iniciais/questões amplas, para, no pensamento do interlocutor, definir os contornos de emergência do tema, situar o lugar que ocupa (central ou periférico) e avaliar a recorrência de outros temas.

Todas as entrevistas foram iniciadas com estas duas questões que permitiram desencadear a entrevista, antes de entrar propriamente nas temáticas de saúde, com o objectivo de perceber como as pessoas se sentiam e que preocupações tinham em geral nas suas vidas, tendo em vista retirar destas duas perguntas a presença das questões de saúde e de doença nas suas vidas quotidianas, caso os entrevistados falassem delas espontaneamente. A primeira pergunta propunha que as pessoas falassem sobre a sua vida e a relação com ela, a segunda pergunta tentava identificar a existência de alguma preocupação quotidiana.

Preocupámo-nos em segmentar o guião em duas partes: uma em que se colocavam questões relacionadas com as representações e outra com questões sobre as práticas. Verificámos, no entanto, que os entrevistados emitiram opiniões sobre as práticas, e numa primeira análise das entrevistas foi necessário criar uma distinção no interior dos discursos sobre o que eram opiniões em termos de representações sobre práticas e o que era uma descrição das práticas e acções individuais ou referentes a outros actores.

As questões colocadas ao nível das representações de saúde e de doença referem-se às preocupações de saúde, ou ainda a saúde como uma preocupação, a auto-percepção da saúde, representação da saúde, representação da doença, noção de saúde/doença mental, a importância de termos saúde, representações sobre práticas de prevenção, perigos ou ameaças para a saúde, doenças temidas, comparação entre Cabo Verde e Portugal e representações sobre os outros recursos, médicos e não médicos.

Ao nível das práticas de saúde e de doença centrámo-nos nas preocupações e cuidados com a saúde, práticas de prevenção, práticas para melhorar ou manter a saúde/e para evitar adoecer, estilos de vida (práticas de alimentação, consumo de bebidas, consumo de tabaco, prática de exercício físico, ocupação dos tempos livres), episódios de doença, recursos utilizados em caso de doença ou em caso de prevenção (tipo de serviços de saúde frequentados), utilização dos serviços de saúde e barreiras sentidas, outros recursos médicos e não médicos ao nível de práticas alternativas (curandeiros, curiosos, igreja, promessas, espiritismo) e práticas sobrenaturais (bruxas, feiticeiros, mau-olhado, inveja).

Uma última secção do guião remete para temas associados a práticas culturais específicas de Cabo Verde, como crenças e superstições, rituais ligados ao nascimento e à morte e ainda uma vertente sobre a ligação com Cabo Verde, a auto-percepção da cultura e as saudades, de forma a perceber como e a que nível os indivíduos mantêm ou não a sua relação com o país de origem.

A análise dos dados centrou-se numa análise de conteúdo, de cariz qualitativo, em que ao longo dos relatos, se pretendeu encontrar ideias recorrentes, de forma a perceber as tendências e a agrupá-las, se fosse caso disso, em função dos grupos a que pertenciam os indivíduos. Esta análise permitiria estabelecer senão tipologias, pelo menos padrões de comportamento «típicos», consoante os grupos alvo, quer ao nível das representações, quer ao nível das práticas.

A análise de conteúdo aqui estabelecida foi feita através de uma leitura qualitativa dos dados. Procurámos descobrir categorias de temas, as tendências de resposta de maior frequência e padrões de resposta onde existissem coincidências e divergências e tentámos perceber a quem pertenciam estes padrões e fundamentalmente de que dependiam os mesmos para construir um sistema ou um conjunto de relações entre essas classes de respostas e as características sociais, de género e de geração dos entrevistados.

Foi necessária a redução dos dados através de processos de selecção, focagem, simplificação, abstracção e de transposição do material recolhido, bem como a anotação das regularidades, os encadeamentos e as propostas de interpretação. Procedemos a uma apresentação e organização dos dados para fins comparativos, através das grandes linhas de coincidências e de discordâncias. É necessária a sua interpretação para a verificação das hipóteses.

Com a análise de conteúdo das entrevistas pretendemos, não tanto obter explicações sobre os dados recolhidos, mas, sobretudo, compreender como os entrevistados pensam e interpretam enquanto actores sociais e aceder à forma como actualizam as suas representações sociais sobre o mundo que os rodeia e como constroem lógicas interpretativas com as quais justificam a sua acção.

As pessoas entrevistadas apresentam não só as suas percepções sociais, mas também as representações sociais que estruturam o seu pensamento e o seu discurso, e os processos de atribuição causal para a explicação dos acontecimentos e das suas atitudes. Analisar o discurso dos

sujeitos implica reconhecer que esses sujeitos comportam nos seus discursos, não só a representação do meio, mas também do seu lugar e do lugar daqueles que os rodeiam nesse meio. Os textos sujeitos a análise revelam não só representações sobre si próprio e o seu trajecto pessoal, como também, representações sociais partilhadas sobre actores e instituições, práticas e valores.

No seguimento desta análise, os resultados são apresentados em duas partes, às quais demos os seguintes títulos:

- I. Análise das Representações sobre a Saúde e a Doença;
- II. Análise das Práticas de Saúde e de Doença.

Após termos explorado todas as entrevistas ao nível geral, aprofundámos o conhecimento sobre as diferenças e/ou semelhanças ao nível da análise dos subgrupos, começando sempre, dentro de cada tema, pelos grupos sociais, na qual integramos duas outras sub-análises: por geração e por género. Iremos explorar, ao nível dos subgrupos, as tendências das respostas aos temas abordados, procurando fazer sobressair as eventuais diferenças e verificar se as representações e as práticas se revelam comuns ou, pelo contrário, independentes dessas subcategorias.

CAPÍTULO IX – ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. BREVE DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Conforme já referido anteriormente, a selecção da amostra baseou-se numa série de critérios que permitissem uma grande diversificação face ao fenómeno estudado.

Existem dois tipos principais de variáveis, as variáveis independentes como, no nosso caso, o sexo, a idade, a profissão, que constituem contextos de socialização produtores de diferenças, as quais ou são usadas como critérios de diversificação da amostra ou são neutralizadas. Por outro lado, temos as variáveis estratégicas, que estão ligadas, mais especificamente, ao objecto do estudo, como por exemplo, os critérios relativos à saúde e à doença (no nosso caso são as variáveis dependentes).

Também já referido anteriormente, a amostra é composta por 40 elementos da população cabo-verdiana residente em Portugal, mais con-

cretamente, na área metropolitana de Lisboa. Esta zona geográfica foi escolhida de forma intencional, por um lado para delimitar uma área de modo a que fosse mais acessível aos investigadores ir ao encontro dos membros da amostra e por outro lado, porque, como já vimos na parte teórica, é nesta região que se concentra fundamentalmente esta população.

O critério essencial de inclusão dos elementos na amostra assentou na exigência de terem todos eles nascido em Cabo Verde e vivido lá até aos 17 anos inclusive. Foi dada importância a este critério, pela necessidade de podermos abordar temáticas que requerem experiências vividas e comparações entre a «origem» e o «destino», ou seja podermos fazer perguntas sobre «lá» e «cá» e sobre o «antes» e o «agora».

Esta amostra requereu também heterogeneidade relativamente à posição social (profissão, habilitações literárias, rendimentos, habitação), ao género (sexo), à geração (idades) e à ilha de origem (diversas ilhas do arquipélago), para deste modo, podermos fazer comparações e determinar quais as variáveis predominantes e que fazem realçar as diferenças e/ou as semelhanças encontradas nas respostas. A escolha das pessoas a serem entrevistadas correspondeu também à preocupação de considerar os seguintes requisitos da investigação: seleccionar uma amostra de cabo-verdianos em dois contextos socioeconómicos distintos, para poder «captar» quais são os factores socioeconómicos e quais os factores culturais que determinam a relação dos indivíduos com a saúde. Basicamente, a amostra de 40 pessoas é constituída por dois grupos, com diferenças de perfil socioeconómico (níveis de escolaridade diversificados e ocupações profissionais diferentes), mais precisamente, 20 em situação de pobreza/exclusão e 20 em situação de integração socioeconómica, dos quais 20 são homens e 20 mulheres, em que as idades dos 20 indivíduos mais jovens se situam entre os 17 e os 44 anos e as idades dos 20 indivíduos mais velhos, são iguais ou superiores a 45 anos.

Quadro 6 – Amostra: quotas

GRUPO «POPULAR»				
	Homens		Mulheres	
	Mais novos	Mais velhos	Mais novos	Mais velhos
Número da entrevista	27, 30, 32, 33, 43	14, 15, 37, 38, 41	2, 3, 4, 34, 42	19, 26, 29, 36, 40

(continua)

(continuação)

GRUPO «ELITE»				
	Homens		Mulheres	
	Mais novos	Mais velhos	Mais novos	Mais velhos
Número da entrevista	5, 7, 16, 22, 24	6, 10, 11, 12, 13	31, 35, 44, 45, 46	8, 9, 17, 28, 39

A descrição da amostra e características dos entrevistados foram colocados num anexo da tese de doutoramento, agregando os indivíduos que a compõem nos dois grupos sociais que criámos e a observar as características demográficas e socioeconómicas de cada um deles.

No grupo «Popular», temos a seguinte distribuição de zonas de residência, por concelho: concelho de Oeiras – Bairro da Outurela, Carnaxide (11 pessoas), concelho da Amadora – Damaia (4 pessoas), concelho de Lisboa: (2 pessoas), concelho de Sintra (Casal de Cambra e Rio de Mouro – Sintra) (2 pessoas).

Figura 2 – Mapa representativo das zonas de residência do grupo «Popular»



Como podemos observar, as pessoas da amostra que pertencem ao grupo popular vivem predominantemente em concelhos limítrofes à cidade de Lisboa (Oeiras e Amadora) onde existem zonas de grande concentração destes imigrantes.

Enquanto no grupo popular se apresenta uma multiplicidade de tipos de alojamento, verifica-se que a maioria dos elementos do grupo «Elite» vive em apartamentos próprios ou arrendados.

O grupo «Elite» da amostra reside nos seguintes concelhos: Lisboa (7 pessoas), Cascais (3 pessoas), Loures (2 pessoas), Amadora (2 pessoas), Odivelas (2 pessoas), Almada (1 pessoa), Carnaxide – Oeiras (1 pessoa), Seixal (1 pessoa), Casal de Cambra – Sintra (1 pessoa). Nota-se aqui que, comparativamente com o grupo popular, há uma maior dispersão e também há mais pessoas a viver dentro da cidade de Lisboa (Alcântara, Alfama, Ajuda, Benfica, Expo, Chelas, Telheiras).

Figura 3 – Mapa representativo das zonas de residência do grupo «Elite»



2. ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA

A hipótese geral da investigação centra-se na ideia que a saúde dos imigrantes se inscreve num quadro particular onde interfere o carácter cultural da pertença étnica. No entanto, a saúde pode variar consoante os alvos e os contextos de comparação social e económica. Queremos dizer com isto que em grupos diversos vão surgir representações e práticas divergentes, sendo o nosso objectivo destacar essas diferenças ao nível da análise comparativa dos sub-grupos seleccionados. Já sabemos que as características heterogéneas da comunidade cabo-verdiana em Portugal provocam forçosamente diferenças de representações e práticas de saúde. Como sabemos, a comunidade em estudo não é uma comunidade homogénea. Existem distinções dentro desta comunidade quanto às representações e práticas de saúde e de doença. Perguntamos até que ponto as disparidades na saúde são consequência das diferenças de classe social ou de factores sociais específicos ao *status* do grupo étnico-racial e de pertença étnica, dos imigrantes? Os imigrantes trazem com eles como «bagagem», características sociais, económicas e culturais que se mantêm, em muitos aspectos, mesmo quando a sua posição socioeconómica se altera no país de acolhimento.

Após uma primeira análise das principais tendências de resposta, quer a nível geral, quer ao nível dos grupos categorizados por condições socioeconómicas, por género e por geração, podemos retirar algumas conclusões que, por agora, serão vistas como resultados preliminares, no que diz respeito às representações da saúde e da doença, na comunidade entrevistada. No decorrer desta análise evidenciou-se que a variável mais determinante para a distinção entre as representações da saúde e da doença é o «grupo social» ao qual os indivíduos pertencem, mais do que a geração e o género. No entanto, verificámos que os factores culturais estão sempre presentes nos discursos analisados. Verificou-se uma tendência de respostas semelhantes no seio do mesmo grupo social e, ao efectuarmos uma comparação geral entre os dois grupos sociais podemos concluir que existem diferenças entre eles. Apesar de menos marcante, também se registaram momentos de convergência e divergência de resposta ao nível da análise por gerações. Já muito pouco significativas foram as diferenças encontradas na análise efectuada tendo por base o género. Apesar de afirmarmos que a variável que determina as maiores diferenças é o grupo social, tal não quer dizer que não se encontrem aspectos semelhantes entre os dois grupos, nomeadamente ao nível de questões que dizem respeito à cultura de pertença. Além disso, depois de analisadas as tendências principais de resposta no seio dos grupos sociais, pudemos concluir que

existem algumas divergências no interior de cada grupo social em termos de geração e género.

Ao nível das representações sobre a saúde, apresentámos aos entrevistados algumas questões relacionadas com a noção de saúde: se a saúde é uma preocupação para eles, qual a opinião que os indivíduos têm acerca do seu estado de saúde, qual é a noção que têm sobre saúde e sobre doença e porque é que a saúde é importante, em termos de utilidade e funcionalidade. Resumindo a informação recolhida nas entrevistas ao seu essencial, podemos distinguir algumas tendências de resposta dentro de cada grupo social.

2.1. Percepções subjectivas sobre a vida

Desde logo se revelam diferenças entre os dois grupos sociais. Conforme já foi referido na metodologia, começámos todas as entrevistas com duas questões às quais chamámos de «perguntas de partida» cuja finalidade era, antes de entrar nas temáticas da saúde e da doença, permitir perceber se as pessoas abordam espontaneamente o tema da saúde e da doença, sem que este seja induzido pelo entrevistador. Também se procurava saber, ao nível mais geral, como é que as pessoas se sentem com a vida que têm e que preocupações de carácter geral são prioritárias nas suas vidas, com o fim de avaliar, através das respostas a estas duas perguntas, a presença que a saúde ou a doença poderá ter nas suas vidas quotidianas, no caso de os entrevistados as mencionarem.

É notória a diferença que se revela entre os dois grupos sociais nas opiniões encontradas na primeira destas perguntas, que visa saber como as pessoas se sentem com a vida que têm. Praticamente, a totalidade dos entrevistados que diz sentir-se bem, ou mesmo muito bem com a vida que tem, sobretudo porque estão satisfeitos com as suas condições pessoais, emocionais, profissionais, académicas e financeiras, pertence ao grupo de elite.

«... sinto-me contente com o dia-a-dia, portanto sinto-me bem com a vida que levo. Podia ser melhor obviamente,... Dadas as exigências como um humano, como qualquer outro exigente humano, gostaria de ter sempre uma vida melhor, não é?...»

{Ent 7: H, MJ, GE}⁴⁰⁵

405. **Legenda:** Ent 2, Ent 3, Ent x – Número da entrevista; H – Homem, M – Mulher; MJ – Mais Jovem, MV – Mais Velho; GP – Grupo Popular, GE – Grupo Elite.

«Sim. Magnificamente!... e posso dizer que me realizei, posso dizer que as coisas correram sempre bastante bem e pessoalmente, penso que me realizei nesse aspecto, sinto-me bem no ponto de vista profissional como particular.»

{Ent 6: H, MV, GE}

Nestes excertos ilustrativos, não são feitas quaisquer referências à saúde, mas, no entanto aparecem igualmente, neste grupo social, bastantes situações de descrição de um grande bem estar com a vida onde se refere desde logo a saúde, enquanto elemento presente e como um bem precioso para a manutenção da qualidade de vida:

«Eu sinto-me bem. Eu tenho uma formação religiosa profunda... e essa minha formação leva-me a pensar que devemos prezar muito a vida, e temos que começar pelas condições de saúde, porque não podemos ser negligentes nesse aspecto... prezo o bem-estar e acho que das maiores coisas na vida, quando temos coisas mais preciosas quando temos a nossa boa saúde e temos paz à nossa volta.»

{Ent 11: H, MV, GE}

«Graças a Deus que vivo com bem-estar! Porque tenho saúde, porque tenho emprego, porque tenho vida para viver, tenho casa, tenho tudo o que quero, não me falta nada.»

{Ent 17: M, MV, GE}

Entre as restantes opiniões emitidas, predominam aquelas que indicam que as pessoas levam uma vida «normal» ou «mais ou menos», ou ainda «má», uns sem queixas aparentes, outros sobretudo por motivos de falta de trabalho, fracos rendimentos, todas elas por parte de indivíduos do grupo popular.

«Aqui? A vida aqui é cansativa... é a vida de um emigrante aqui. Viemos à procura de trabalho, ao princípio uns conseguem e outros não... eu consegui trabalho, trabalho neste momento está mau, às vezes sim, às vezes não... mas a vida vai andando, normalmente.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«... estou a sobreviver porque não corre tudo... mais ou menos, como eu desejava... Fiquei desempregada...»

{Ent 3: M, MJ, GP}

«Sinto-me mais ou menos, não é uma vida bem estável mas olhe... vou levar a vida mais ou menos... O vencimento é que é pouco mas temos que fazer um meio de chegar o pouco que a gente ganha.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

Relativamente à presença dos temas **saúde** e **doença** que emerge nas respostas dadas pelo grupo popular à questão que indagava como as pessoas se sentem com a vida, surgem tendências mais pessimistas e negativas da saúde e que têm a ver com a «má» saúde ou a ausência da mesma e com a presença da doença na vida destas pessoas.

«... A minha vida aqui, eu ando sempre doente... Sinto problema de diabete, dos brônquios, ando sempre internada no hospital.»

{Ent 26: M, MV, GP}

«... A minha vida não anda muito bem porque eu sou muito doente. Eu sofre de tensão.»

{Ent 37: H, MV, GP}

Encontramos no grupo popular principalmente respostas do tipo «mais ou menos», «assim, assim», «normal», «não me sinto bem» pelas razões já expostas (trabalho, dinheiro, ou problemas de saúde). As pessoas que responderam que não vivem bem porque estão quase sempre doentes ou, no caso de uma delas, porque o marido e o filho já morreram, são todas do grupo popular. Ao contrário, os entrevistados no grupo de elite dizem que se sentem bem ou muito bem pelas razões que também já foram apresentadas (pessoais, académicas, financeiras). A saúde aparece, no seio do grupo de elite, como uma das referências principais, enumeradas quando se abordam as razões do bem-estar, ao lado das questões profissionais, escolares, familiares e emocionais.

Se observarmos, separadamente, cada um dos grupos sociais, através das variáveis relacionadas com a geração ou género, podemos dizer que apenas se encontram diferenças, nas respostas dadas pelo grupo popular.

«Sinto-me bem Graças a Deus. Não tenho razões de queixa... Mas de resto, olhe, a minha vida tem sido... sempre boa, nunca tive problemas nenhuns.»

{Ent 14: H, MV, GP}

«Mais ou menos, como quem diz... mal ainda não passei, eu vivo o pão de cada dia, graças a Deus, embora não há trabalho mas de qualquer forma ainda desenrasco.»

{Ent 27: H, MJ, GP}

«Graças a Deus sinto que estou bem, podia estar melhor... mas tenho saúde, força de lutar, eu sempre esforcei e já tenho 30 anos e sempre esforcei na minha vida... Tenho saúde, dou-me bem com o pai do meu filho, sinto em harmonia e feliz com a vida.»

{Ent 42: M, MJ, GP}

«Não. Tenho tantos problemas na minha vida. Morreu o meu filho e o meu marido.»

{Ent 19, M, MV, GP}

No grupo de elite as razões apontadas pelos entrevistados para explicarem porque se sentem bem com a vida foram todas muito semelhantes, independentemente do género ou geração.

«Eu vivo feliz com aquilo que tenho. Pode ser má mas para mim é a felicidade.»

{Ent 12: H, MV, GE}

«Sim. Porque, em primeiro lugar, sou estudante, mas tenho um trabalho. Um trabalho que está, digamos assim, na camada da elite. Tenho uma coisa que é muito importante, que os africanos não têm, direito às férias, faço as minhas férias e prontos, estou a conviver de facto com pessoas de cultura, pessoas que sabem lidar, digamos assim, com um universo, universo, digamos assim, que tem um determinado perfil, são pessoas já qualificadas.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

«Muito bem! No aspecto da saúde, da intervenção, do outro lado da minha vida emocional, não me posso queixar, para mim basta, para que viva bastante bem. Sinto que vivo com bem-estar, feliz. E bem-estar começa comigo, com o meu interior.»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Sinto-me bem porque neste momento estou a fazer... em termos profissionais estou bem, estou a fazer um curso de mestrado, em Ciências da Educação, do qual estou a gostar... Neste

momento sinto que vivo com bem estar... neste momento consigo ter acesso à saúde, à qualidade de vida.»

{Ent 44: M, MJ, GE}

Podemos considerar que a formação e a informação detida por cada um dos grupos sociais, nomeadamente as habilitações literárias, são determinantes na explicação das diferenças e semelhanças, relativamente a esta questão.

No que se refere às análises por geração e género, é de notar que, apesar de a maior parte dos jovens se sentirem bem com a vida e afirmarem que levam uma vida normal, oito dos dez jovens do grupo popular declaram sentir-se «mais ou menos» com a sua vida ou porque têm problemas de emprego ou problemas de saúde. Verificámos que são sobretudo rapazes a afirmarem que têm problemas de emprego e raparigas que referem estar com problemas de saúde. No caso dos indivíduos mais velhos, cinco entre os dez que fazem parte do grupo popular dizem sentir-se mal com a vida que têm, ou porque estão doentes, ou porque perderam familiares. Esta tendência verificou-se sobretudo entre as mulheres mais velhas, enquanto que há mais homens a falar das questões relacionadas com emprego ou falta de dinheiro. Relativamente ao género, podemos acrescentar que se encontram mais mulheres do que homens pessimistas com a vida, declarando que não se sentem muito bem ou que neste momento não estão bem com a vida que têm. Por outro lado, há mais homens a demonstrarem mal-estar quando falam sobre os problemas de emprego.

Podemos acrescentar que, relativamente à nossa intenção de verificar se as questões de saúde e de doença surgiam espontaneamente nas respostas dos entrevistados e de que forma eram expressas, verificámos que estas questões surgem automaticamente sempre que existe algum problema pessoal relacionado com a saúde, nomeadamente a existência de doenças.

Torna-se evidente que nas grandes preocupações manifestadas pelos indivíduos também se destacam linhas marcadas pelos grupos sociais. As preocupações gerais que aparecem observam uma divergência de tendências e tipos de resposta consoante o grupo social a que os indivíduos pertencem.

Podemos dizer que estas diversas preocupações se enquadram em dois grandes tipos que correspondem às grandes diferenças identificadas

entre os grupos sociais: preocupações internas de ordem pessoal com condições que afectam directamente a vida e o quotidiano dos indivíduos, mais de carácter existencial, e preocupações externas, de carácter global e que têm a ver com os graves problemas da sociedade que os preocupam. As primeiras são referidas pelos indivíduos do grupo popular e as segundas pelo grupo de elite. Neste caso, verifica-se que o que determina o nível de intensidade e a hierarquia de preocupações são as condições socioeconómicas dos indivíduos.

«... Neste momento algo que me preocupe mais é..., pronto, acabei de perder emprego em Portugal 3 anos... A única coisa que me preocupo mais agora neste momento, é não poder dar à minha filha aquilo que ela tanto desejou. Ela queria..., estudar na área de Comunicação Social, que ela acabou de fazer 12.º este ano, pronto. Não vejo, não tenho possibilidade de ela entrar para uma Universidade. É a única coisa que me preocupa... Tanto eu como a minha mulher, porque ela não sonha nosso..., dar a ela, mas estou a ver que isso vai ser complicado.»

{Ent 14: H, MV, GP}

«O que preocupa mais neste momento é situação de documento, que cheguei aqui em 89, tive documento até 94, fui buscar num sítio que eu deixei para renovar e na volta perdi o documento.»

{Ent 27: H, MJ, GP}

«O problema é que estamos cá através do subsídio do governo de Cabo Verde, temos assistência, o problema é quem eles não fizeram na hora, não pagam o subsídio na hora, temos a preocupação da renda, comer, luz, água e todas essas coisas. Preocupo-me como tenho o meu filho cá, em que ele fica sozinho. Tem 11 anos vai fazer 12.»

{Ent 2: M, MJ, GP}

«O que me preocupa é esta instabilidade, estas guerras, isto é que me preocupa. E a falta de ajuda que em Portugal dão aos mais desprotegidos.»

{Ent 17: M, MV, GE}

«O que me preocupa... Bom eu sou jovem. Preocupo-me com a grande doença do século XX, XXI, a Sida.»

{Ent 5: H, MJ, GE}

«Preocupo-me bastante com a desumanização mundial... acho que há muita desumanização mundial, e... pouca preocupação por parte dos responsáveis e pelas estruturas no todo, como ser humano,... de nós próprios.»

{Ent 7: H, MJ, GE}

Surgem preocupações associadas com questões de saúde que, porém, se diferenciam de acordo com o grupo social, quer porque os próprios indivíduos estão doentes, no grupo popular, quer porque esta é uma preocupação externa aos indivíduos, referenciada no grupo de elite enquanto uma prioridade na vida para todos.

«A minha preocupação na vida é só saúde. Eu graças a Deus... porque olho e espero que à frente de mim só existe Deus. E não tem sido mal recebido para aquele lado porque Deus está sempre comigo.»

{Ent 37: H, MV, GP}

«Pode parecer incrível mas é a saúde... porque quando se fala em termos de especialidade, nós vamos às urgências e eles não querem atender porque dizem que tem que ser tratado primeiro no centro de saúde... e outra questão em termos profissionais que é a precariedade do trabalho e a incerteza com que nós temos que viver. Precariedade no sentido de hoje temos trabalho a amanhã não sabemos, é a incerteza com que se vive. Não sabemos com que contar. Temos que ter dinheiro para ter saúde. Às vezes é preciso ganhar alguma coisa para se ter acesso às consultas de especialidade porque no caso de urgência só mesmo quando estamos quase a morrer.»

{Ent 44: M, MJ; GE}

Surgiram discursos em que se fala da relação entre ter saúde e o dinheiro como ilustramos seguidamente:

«O estado não depende dinheiro com medicamentos, com médicos, com a hospitalização que é bastante honoroso. E tem uma população mais feliz, uma população mais saudável é uma população feliz.»

{Ent 17: M, MV, GE}

«Muitas vezes, eu sofro por causa de dinheiro para comprar medicamento que seja necessário... Pois, podia ser mais saudável em

Cabo Verde mas tinha que ter muito dinheiro. Sem dinheiro não vale nada.»

{Ent 37: H, MV, GP}

«Claro que tenho dificuldade, tenho que dar dinheiro para ver se a gente vai, senão a gente não vai... Particular também não posso porque é muito dinheiro e não tenho dinheiro para pagar, não dá.»

{Ent 19: M, MV, GP}

«Um enorme perigo é não se ter dinheiro para comprar medicamentos...»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Às vezes tem que aguentar as possibilidades também não dá... se eu ia ao médico, que não tenho dinheiro para comprar remédio.»

{Ent 30: H, MJ, GP}

Para o grupo popular são as questões de ordem mais prática e imediata relacionadas com dinheiro, com o emprego, a habitação, a preocupação com os filhos, os documentos e a falta de saúde que constituem as preocupações gerais mais dominantes. Para as pessoas do grupo de elite, o tipo de preocupações aparece a um nível que transcende o próprio indivíduo, externo e mais global, como são exemplo a preocupação com a desumanização mundial, a sociedade em que vivemos, a SIDA, as guerras, a falta de cultura, em que se incluem também as preocupações com a saúde. Veremos que a questão da preocupação com a SIDA, vai voltar a ser referida pelo mesmo grupo quando se pede aos indivíduos para nos dizerem o que consideram um perigo ou uma ameaça para a saúde, e é também referida para os dois grupos ao nível das doenças temidas.

Na análise efectuada no interior de cada um dos grupos sociais, por geração e por género, vemos que as preocupações dos mais jovens no grupo popular, vão desde as necessidades básicas de ter dinheiro (para a renda, comida, luz, água), à falta de documentos, trabalho e instabilidade no emprego. Há preocupações específicas desta geração nos indivíduos do grupo de elite que anseiam por atingir o objectivo de concluir a formação académica.

«... estabilidade no trabalho, eu vim para tentar fazer mais qualquer coisa, estudar mais uns anos e tentar ter um trabalho fixo.

E agora é complicado, estudar e trabalhar é ainda muito mais difícil.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«O que me preocupa, é para não faltar... para não faltar o trabalho, que é para poder ter dinheiro para sustentar a família toda.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

«A única coisa que me preocupa neste momento é a minha escola porque quero terminar o mais rápido possível e voltar para minha terra.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

«Prioridade é fundamentalmente académica, é conseguir... acabei o curso há um ano, estou no (internato?) geral, já sabe...»

{Ent 24: H, MJ, GE}

Da parte dos indivíduos mais velhos do grupo popular, aparecem sobretudo preocupações com os filhos e pontualmente casos de emprego, dinheiro e saúde. As preocupações de foro «externo» aparecem em destaque sobretudo nos indivíduos mais velhos que pertencem ao grupo de elite:

«Preocupação, tenho um bocadinho, porque tenho os filhos... dá-me preocupações. Os filhos quando é pequenos... Quando é pequenos já não dá menos preocupações, mas quando são grandes dá mais preocupações. E antigamente eu pensava... os filhos pequenos não dá preocupação mas eu disse "ah, os filhos quando está grande cada uma faz..." a gente pensa que é melhor mais não é. O pequeno não dá muito trabalho... os grande dá mais preocupação. Porque às vezes saem a gente não sabe o que fazem ou deixam de fazer.»

{Ent 36: M, MV, GP}

«Preocupo com os meus filhos, porque não quero ver os meus filhos a sofrer. Eu tenho responsabilidades e coisas para pagar, água, luz e estas coisas... só na água eu tenho cento e tal € para pagar. Há dias chegou uma carta pelo correio, daqui a nada vem a luz também. Se me cortarem a luz onde é que vou buscar dinheiro para pagar?»

{Ent 38: H, MV, GP}

«Que os membros da minha comunidade aqui em Portugal, também efectivamente encontrem, cada um deles encontre, o seu lugar adequado nesta sociedade.»

{Ent 13: H, MV, GE}

«Preocupo-me que este país não consuma a cultura e preocupa-me que eu pessoalmente não possa dar mais de mim em termos de... Em Portugal... não falo dos países estrangeiros que é completamente diferente, não poder em Portugal... mais de metade da minha vida, não poder mostrar o meu trabalho e ser melhor reconhecida.»

{Ent 28: M, MV, GE}

Não foram observadas grandes diferenças por género, a não ser os casos já anteriormente referidos em que se percebe que os homens estão ligeiramente mais preocupados do que as mulheres com a estabilidade do emprego e a necessidade de arranjar dinheiro para pagar as despesas e poder sustentar a família, sobretudo no grupo popular.

Deparámo-nos com discursos muito semelhantes aos que acabámos de relatar, quando as pessoas nos deram a conhecer quais os maiores desejos que tinham para as suas vidas. Podemos dizer que se nota alguma diferença nas respostas dadas pelos dois grupos sociais, sobretudo se classificarmos os desejos em duas categorias: os que estão relacionados com problemas imediatos e necessidades básicas que se gostaria de resolver (trabalho, dinheiro, falta de saúde, ter melhores condições de vida para criar os filhos, dando-lhes um futuro melhor) e desejos mais «elevados» ou mais «exógenos», que não requerem uma solução imediata (ver os filhos a realizarem-se na vida, construir uma casa em Cabo Verde, regressar a Cabo Verde e terminar os dias lá, fazer uma série de actividades, que a humanidade possa viver com mais harmonia, que haja paz).

«Era ter asas para voar, ir para onde eu quisesse. Era ter um rim. Sim... e gostaria muito de sair para fora de Cabo Verde para trabalhar mas era com saúde.»

{Ent 2: M, MJ, GP}

«... era conseguir um emprego. Conseguisse... que eu conseguisse dar à minha filha aquilo que ela sempre gostou...»

{Ent 14: H, MV, GP}

«Acima de tudo que a humanidade tivesse mais compreensão, vivesse mais em harmonia uns com os outros.»

{Ent 7: H, MJ, GE}

«Tenho um grande sonho, uma casinha lá. Estou divida, as minhas filhas nasceram cá. A minha casinha em Cabo Verde. É assim o grande plano que eu tenho.»

{Ent 9: M, MV, GE}

É ao nível do tipo de desejos formulados pelos indivíduos que se demarcam as diferenças, sendo o primeiro tipo de desejos expresso sobretudo pelo grupo popular e o segundo, pelo grupo de elite.

Também se verifica o desejo por parte dos estudantes, todos eles do grupo de elite, de conseguir uma realização a nível académico, terminar o curso e regressar a Cabo Verde para trabalhar:

«Neste momento, é assim, o meu desejo mesmo, é assim, eu quero estudar para atingir o nível máximo académico, porque é assim, quero ter, vou esforçar para isso, mas dar o meu contributo para Cabo Verde.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

«Dentro da minha área, medicina, quero no futuro montar uma clínica privada e com um psiquiatra ou outro médico e dentro do possível dar o meu contributo a nível público e privado.»

{Ent 24: H, MJ, GE}

«O meu desejo é terminar o meu curso e regressar para minha terra.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

Através da análise por géneros, podemos concluir que, sem grandes diferenças entre os grupos sociais, o desejo de voltar a ter saúde ou de continuar a ter saúde é evocado maioritariamente por mulheres. O desejo de ver os filhos crescer/ver os filhos com um bom futuro e o desejo de arranjar um emprego foram emitidos pelos homens.

«Primeiro eu quero continuar a ter saúde para mim e para os meus familiares e amigos, que eu gosto muito dos meus amigos, gosto de ver as pessoas todas bem...»

{Ent 17: M, MV, GE}

«Maior desejo... é saúde para conseguir criar a minha filha.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Ver os meus filhos a singrar o mais possível na vida, sem preocupações materiais, sem preocupações de saúde, sem preocupações com a vida [...] mais geral.»

{Ent 13: H, MV, GE}

«... era conseguir um trabalho, estabilizar para depois fazer o que eu gosto, o que eu gostava de fazer. É na área de arte, tenho algum talento na área, na música, na escultura, desenho... O que eu tenho feito, faço de vez em quando... como gosto de escrever, escrevo de vez em quando música, umas letras.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

Podemos por agora concluir, com base no que foi referido, que existem duas formas de falar sobre a vida que integram as questões de saúde: uma forma em que se afirma que se está bem na vida, onde se inclui a saúde como algo de valioso e de positivo e que determina esse bem-estar; outra em que os relatos sobre a vida são menos positivos, onde surgem queixas de saúde, no sentido negativo, associadas à presença de doenças. Claudine Herzlich combina a percepção pessoal que os indivíduos fazem da qualidade de vida e de bem-estar com a saúde e a doença.⁴⁰⁶ Estas diferenças de resposta também são um bom reflexo daquilo que já foi referido na literatura revista sobre a relação entre a saúde e as condições socioeconómicas⁴⁰⁷.

As ideias que acabámos de analisar fazem parte de um conjunto de representações que os indivíduos detêm relativamente à sua noção subjectiva de vida, à forma de encararem a vida, à sua ideia de bem-estar e de qualidade de vida, o que inevitavelmente vai influenciar as noções acerca da saúde e da doença. Já sabemos que o bem estar psíquico, físico e social fazem parte da definição holística de saúde da OMS. Nettleton⁴⁰⁸ refere que esta definição de saúde da OMS rompe com

406. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

407. Venema, H. P. Uniken; Garretsen, H. F. L.; Van Der Maas, P. J., Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Social Science and Medicine* 1995.

Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

408. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

o modelo médico tradicional, no sentido em que a saúde não é apenas ausência de doença, mas manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade mental, social e física e que a saúde configura-se num bem-estar resultante de uma auto-avaliação, da expressão de uma opinião pessoal acerca de si próprio.

Deparamo-nos com um auto-posicionamento dos indivíduos face à vida e ao bem-estar directamente relacionado com suas características socioeconómicas, incluindo a educação, a profissão, a habitação e os rendimentos. Os diferentes discursos revistos neste grupo de respostas estão directamente relacionados com a posição dos indivíduos na sociedade e com as suas condições materiais de existência. Estas condições, como referido ainda por Nettleton,⁴⁰⁹ irão determinar e condicionar tanto as representações como as práticas de saúde e de doença.

Tal como M. Drulhe⁴¹⁰ afirma, a «cultura» dos grupos sociais engloba as suas condições materiais de existência e os estilos de vida. O contexto cultural em que nos situamos influencia a nossa relação com a saúde e a doença. O autor realça as condições de vida, os comportamentos, as atitudes e os valores, nos quais se inserem os estilos de vida. Podem-se ter estilos de vida semelhantes, mas vivê-los de forma diferente consoante as culturas específicas dos grupos sociais, que englobam as suas condições materiais de existência. O autor relaciona os estilos de vida com as culturas de género, geração, classe e etnia⁴¹¹. Recorre-se sistematicamente às convicções e interpretações culturais sobre a saúde e doença, ao mesmo tempo que se recorre à informação e formação disponível. E, é por isso que, dentro da mesma cultura, encontramos diferentes formas de «olhar» a saúde e a doença. A cultura, as características individuais, o meio físico e o meio social influenciam a forma de representar a saúde e a doença. Segundo este autor as condições sociais são um dos elementos da cultura dos grupos sociais, assim como a etnia.

Como temos vindo a concluir, tem sido a condição socioeconómica a revelar as maiores diferenças e a marcar a sua posição de variável explicativa das representações e das práticas de um grupo com uma cultura de base comum. As condições socioeconómicas também determinam uma grande parte da nossa cultura, que não é estática mas sim flexível e que evolui consoante o contexto socioeconómico em que o indivíduo progride.

409. *Idem, ibidem.*

410. Drulhe, M., *Santé et société – Le façonnement societal de la santé*. PUF, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1996.

411. Neste caso não confundir com «cultura» e etnicidade.

2.2. Percepções e representações sobre a saúde e a doença

Se, regra geral, a maioria das pessoas afirma que a saúde é uma preocupação nas suas vidas, o que à partida não evidencia nenhuma diferença por grupo social, género ou geração, a saúde não representa uma preocupação para sete dos quarenta indivíduos entrevistados, sendo justamente aí que emergem algumas diferenças na análise por género. Embora sejam muito poucas as respostas em que as pessoas apontam que a saúde não é uma preocupação para elas, verificamos que estas foram maioritariamente dadas por homens, de ambos os grupos.

«Não! Eu graças a Deus não tenho nenhuma doença. A última vez que eu tive no médico, já não me lembro.»

{Ent 5: H, MJ, GE}

«No todo não. Não me preocupo tanto com a saúde. Para já porque que eu me apercebesse não tenho nenhuma razão aparente para me preocupar com ela.»

{Ent 7: H, MJ, GE}

«Se quer que lhe diga, não...»

{Ent 13: H, MV, GE}

«Não, não.»

{Ent 30: H, MJ, GP}

«Não, não há.»

{Ent 38: H, MV, GP}

«Eu estou bem, não tenho nada para dizer.»

{Ent 41: H, MV, GP}

À excepção desta particularidade, foi verificado que a preocupação com a saúde está generalizada a quase todos os indivíduos, independentemente dos grupos sociais, de género ou de geração. Muitos dizem que a saúde é ou deveria ser a primeira preocupação na vida de todas as pessoas porque sem saúde não se é nada, não se faz nada na vida. Esta ideia vai ao encontro da definição de Claudine Herzlich quando diz que a saúde pode ter um «valor de referência» (forma saúde-instrumento).

«Sim! Sim! A educação que os meus pais, nomeadamente a que minha mãe deu foi sempre no sentido de que era importante cui-

dar da saúde e dos aspectos, ela lia muito sobre isso e informou-nos realmente bastante sobre, desde os regimes alimentares mais adequados até à prática de exercícios, ela procurou sempre estimular essa ideia. É uma preocupação minha. Acho que sem saúde, não há qualidade de vida, não é? É um aspecto primordial.»

{Ent 6: H, MV, GE}

«Sim, no dia-a-dia com a força espiritual consigo ultrapassar pequenas barreiras... aquelas mais graves, sabemos que temos que procurar ajuda, ir ao hospital. Há doenças que as pessoas sentem e vão ao hospital mas que se tiverem forças espiritual, mental conseguem ultrapassar sem ir ao médico.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«É uma preocupação permanente, no sentido... quando se fala em fazer as análises, as habituais que se faz, do HIV, ou quando sinto um mau estar, vou ao médico para saber o que é que tenho... De vez em quando, eu tenho uma dor que sinto do lado direito, já fui várias vezes a consultas e... já fui a clínica geral, já fui a ginecologia, porque é do lado direito da barriga... já fiz ecografias mas nada, não detectaram nada. Uma preocupação, como uma coisa que... como a alimentação. Pela positiva, no sentido de preocupar com o bem-estar, estar bem e não deixar que as coisas aconteçam. Faço exames de 6 em 6 meses ou no máximo, 1 ano, no particular ou então quando vou a uma consulta aproveito e levo a credencial para fazer, para mim, para o meu filho e para o meu marido e está tudo bem.»

{Ent 44: M, MJ, GE}

«É porque sem a saúde..., uma pessoa sem saúde..., não é nada.»

{Ent 34: M, MJ, GP}

«É a primeira preocupação na minha vida, sem saúde não temos nada.»

{Ent 12:H, MV, GE}

«Se eu não tiver saúde não tenho qualidade de vida, não é...»

{Ent 17:M, MV, GE}

Podemos, porém, distinguir diferenças relacionadas com alguns níveis de preocupações por grupos. Quando procurámos conhecer quais as preocupações mais estreitamente ligadas à saúde, verificámos, tal como tinha acontecido no caso das preocupações gerais, que aquelas que se apresentam de carácter global e externas ao indivíduo, enquanto um fenómeno tão ou mais importante do que a educação, a cultura ou o ambiente, eram referidas por indivíduos de elite. Para este grupo a saúde representa uma preocupação que transcende a doença e que está ao nível de outras preocupações gerais, enquanto que no grupo popular ela está restringida ao próprio corpo e aos sintomas físicos:

«Sim. Eu gostava que tinha a minha saúde que tinha de antes...»

{Ent 26: M, MV, GP}

Identificamos também preocupações de saúde de carácter individual, que têm a ver com a saúde do próprio, manifestadas por pessoas que dizem que assim que sentem qualquer mal-estar vão logo ao médico ver o que se passa e, por fim, aquelas que são expressas por algumas pessoas de ambos os grupos que afirmam somente que a saúde é uma preocupação, sem o justificarem. Consideramos que os que afirmam não se preocupar com a saúde, o fazem porque ainda não tiveram nenhuma doença grave nem outra razão para se preocuparem ou ainda porque até essa altura sempre foram saudáveis.

As razões que os entrevistados apontaram para explicar a importância de se ter saúde, aproximam-se bastante das que foram encontradas quando se procurou saber se a saúde é ou não uma preocupação, as quais já foram por nós anteriormente referidas.

Partindo do princípio que todos os indivíduos consideram que é importante ter saúde, podemos concluir que as principais razões invocadas referem que a saúde tem um lugar central e determinante para tudo na nossa existência, primordialmente para viver e para trabalhar. A mesma ideia também é transmitida, mas de forma diferente, quando se diz que, sem saúde, não podemos fazer nada, não temos nada, nem somos nada. Estas razões foram enunciadas de igual modo e com a mesma incidência pelos dois grupos sociais.

Surgem no entanto, nalguns relatos, sobretudo no seio do grupo de elite, noções mais abrangentes acerca da importância da saúde englobando várias dimensões das nossas vidas, conferindo-lhe um papel determinante para as outras esferas da vida afectiva e social, para o bem-estar, para uma vida em harmonia, em equilíbrio e com qualidade. Também

neste grupo há mais mulheres do que homens a dizer que a saúde é importante para trabalhar, entre outras razões enumeradas. Podemos considerar que a este nível de posição social, a saúde não representa somente uma condição básica de sobrevivência, mas é também vista como um factor que contribui para uma vida social e afectiva mais gratificante, estando relacionada com o ideal de felicidade.

A forma como os indivíduos exprimem a percepção que têm sobre a sua própria saúde difere entre os dois grupos sociais e também entre as duas gerações. Apesar de a maioria considerar a sua própria saúde boa ou muito boa, alguns inquiridos consideram que a sua saúde é má, outros ainda que não é tão boa como gostariam. Quem considera que a sua saúde é má, refere doenças, estar doente, ter um problema, não ser saudável, a utilização de medicamentos específicos, pertencendo sobretudo ao grupo popular e das pessoas mais velhas.

«Má. Estou doente.»

{Ent 19: M, MV, GP}

«É debaixo de medicamentos...»

{Ent 26: M, MV, GP}

«Era muito saudável, agora já não...»

{Ent 41: H, MV, GP}

Dos nove indivíduos que consideram que a sua saúde é má, apenas dois fazem parte do grupo de elite e sofrem de insuficiência renal. Desses nove, seis são mulheres. Há, no entanto, mais homens do que mulheres descontentes a afirmarem que a sua saúde está «mais ou menos» ou não tão boa como seria desejável e que poderia estar melhor.

O reconhecimento de uma má saúde apresenta múltiplas queixas. Dos diferentes tipos de queixas enumeradas, quase todos se referem a problemas crónicos ou frequentemente recorrentes. Os casos crónicos mais evidentes são os de 3 doentes com insuficiência renal que estão completamente dependentes de um tratamento continuado. Para além destes, foram também relatadas situações crónicas de *problemas de estômago e gastrites, diabetes, tensão alta, coração, colesterol, brônquios, problemas de coluna e reumatismo*.

Aqueles que acham que a sua saúde não é tão boa quanto seria desejável invocam estilos de vida sedentários e fazem uma comparação entre a

vida em Portugal e em Cabo Verde. Consideram que a vida em Portugal é mais *stressante* e mais inactiva. Outros dizem-no porque acham que já deveriam ter tentado ir a um médico para verificarem o seu estado de saúde, mas ainda não o fizeram.

A maior parte das pessoas que afirma que a sua saúde está boa ou mesmo que está muito boa pertence ao grupo de elite. Quem diz que está bem de saúde afirma-o em virtude de ir ao médico com frequência, de ter consciência da importância que a saúde tem para o bem-estar pessoal, de fazer exames regularmente, de manter ou praticar actividades que garantam um melhor estado de saúde mas também por não ter doenças ou não se sentir mal.

«Sim! Eu penso que sim, desde pequeno, fui sempre estimulado para cuidar da parte do Desporto, não é? Com uma via para garantir uma melhor saúde, e portanto pratiquei... lá em Cabo Verde também praticava bastantes desportos, desde o futebol ao ténis, golfe, cricket de origem inglesa e procurei sempre manter uma actividade desportiva que garantisse um pouco de melhor qualidade à minha saúde.»

{Ent 6: H, MV, GE}

«Sim, considero que é boa. Sinto-me estável, muito bem disposta até... Há alguma ansiedade, devido à fase que estou a passar, estou a fazer mestrado e como sabe há alguma ansiedade nisto mas já foi pior. Não me tira noites porque actualmente tenho dormido bem, posso considerar que tenho dormido bem. Inicialmente é que houve mais ansiedade, agora já estou-me a habituar-me ao esquema e não me preocupar tanto.»

{Ent 44: M, MJ, GE}

Tínhamos referido no enquadramento teórico que algumas investigações realizadas no âmbito da Sociologia da Saúde demonstram a tendência das pessoas das classes populares para se declararem mais em situação de saúde do que as de classes médias e altas, o que no nosso caso não se aplica totalmente. Temos, de facto, relatos de pessoas do grupo de elite que dizem que a saúde deles é «mais ou menos» ou «não é tão boa como desejariam» e revelam ter consciência que os seus estilos de vida não são os mais adequados para conseguir uma saúde «óptima», sabendo que deveriam mudar certos comportamentos para melhorá-la. Têm como referência o modelo «exterior» dominante da sociedade de acolhimento. Mas constatamos que muitas das queixas mencionadas

em que se afirma que a saúde é neste momento má, ou que é «mais ou menos», são provenientes de pessoas do grupo popular. Pensamos que neste grupo, a saúde dos indivíduos é percebida mais em termos «internos», está sobretudo relacionada com o corpo dos próprios e é vista enquanto instrumento, em termos de funcionalidade e capacidades para se estar apto para trabalhar e ser activo. Como veremos adiante, podemos aqui referir, desde já, que se pode concluir que para o grupo de elite a saúde (do próprio) é percebida, segundo Augé e Herzlich⁴¹², sob a forma saúde-produto e/ou saúde-instrumento e ainda a forma doença-resultado, enquanto que para o grupo popular a saúde do próprio é representada mais sob a forma de saúde-doença (a saúde é não estar doente) e/ou saúde-instrumento. Esta última forma aparece, no entanto, em ambos os grupos sociais em que a saúde equivale ao que há de mais importante, a saúde é um valor de referência, que significa riqueza, capital, estando a saúde no centro das preocupações dos indivíduos. Também veremos que os nossos dados vão, mas só em parte, ao encontro do que é referido por Mildred e Blaxter⁴¹³. Para Williams, a duração da estadia tem a ver com o ano de chegada ao país de acolhimento e uma maior duração significa uma pior saúde⁴¹⁴. O tempo de permanência influencia a avaliação que os indivíduos fazem da sua situação. Quanto maior for a «integração», maiores são as necessidades e mais os valores se assemelham aos padrões dominantes da sociedade de acolhimento e maior a sensação de exclusão. Isto acontece em parte na população estudada, mas iremos ver que não se passa exactamente do mesmo modo no que respeita às «queixas de saúde», quando analisadas por grupo social.

Já a explicação de Muntaner⁴¹⁵ vai mais ao encontro dos resultados encontrados no nosso estudo. Este autor chama a atenção para o facto de ser necessário, num estudo sobre a saúde dos imigrantes, recolher informações sobre o estado de saúde dos diferentes grupos étnicos, separadamente, e sobre quais os mecanismos que contribuem para um baixo nível de saúde. Um estado de saúde debilitado pode resultar de uma posição socioeconómica adversa e das condições de vida precárias dos imigrantes e dos grupos étnicos minoritários. Uma outra explicação evoca uma série de factores decisivos, incluindo os efeitos da discriminação, um estado de saúde enfraquecido no momento da migração,

412. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

413. Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

414. Williams, R., Health and length of residence among south asians in Glasgow: a study controlling for age. *Journal of Public Health Medicine*, 1993; 15: pp. 52-60.

415. Muntaner, C.; Javier Nieto, F.; O'Campo, P., The Bell curve: on race, social class, and epidemiologic research *American Journal of Epidemiology*, 1996; 144: pp. 531-536.

as diferenças raciais, aspectos culturais, representações distintas, tais como uma percepção diferente de saúde, as crenças religiosas e até factores de ordem biológica.

O sentimento de «gozar de boa saúde» pode estar presente mesmo existindo algumas maleitas, as quais não foram, porém, categorizadas como doenças, como é o caso destas pessoas pertencentes ao grupo popular:

«... Sim graças a Deus, a única coisa de que sofro mais é da coluna..., mas o resto. Só que a minha médica não... nada disto. Graças a Deus não tenho... a nível de saúde estou bem até hoje.»

{Ent 15: H, MV, GP}

«Em termos de saúde, tenho uma vida saudável, para além de alguns acidentes que eu já tive, já tive alguns acidentes de trabalho... do resto está tudo normal.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

Ao nível da análise por geração, vejamos os seguintes excertos, provenientes de homens mais jovens do grupo popular, e o que estes dizem sobre a sua saúde:

«Em termos de saúde não está assim muito mau mas também não posso dizer que está bem porque não temos possibilidades de estar como os Portugueses. Nós fazemos descontos na Segurança Social para ter depois aqueles direitos na saúde, depois não temos bem essa regalia... pelo menos em termos de saúde, precisamos fazer muito mais coisas, para fazer exames... para mim torna muito mais difícil porque o trabalho, estamos sempre à procura de trabalho, não é certo... quando aparece um, não queremos largar para ir à procura de... Ir fazer consulta, análises. Estou a precisar de ver o meu lado de saúde, fazer certos exames, consultas...»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«Saudável como quem diz... de saúde praticamente posso garantir que estou bem porque até agora ainda não fui ao médico.»

{Ent 27:H, MJ, GP}

Aquilo que é considerado uma saúde normal, e ainda uma «boa saúde» segundo o ponto de vista de Mildred e Blaxter⁴¹⁶ pode conciliar alguns

416. Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

sintomas, incómodos ou mal-estar. Como vimos anteriormente na revisão bibliográfica, a saúde normal e ainda a «boa saúde» pode acomodar um nível de sintomas ou queixas. As consequências funcionais são, obviamente, uma parte importante da definição de saúde dos leigos. Tal como nos estudos revistos sobre a auto-avaliação da saúde⁴¹⁷, os entrevistados distinguiram a doença – o conceito negativo – como algo de mau, e o conceito positivo de saúde associado a estilos de vida saudáveis e a práticas de saúde preventivas.

Tal como em Blaxter, interrogámo-nos sobre a que se referem as pessoas quando falam da sua saúde⁴¹⁸. Trata-se das atitudes das pessoas para com a saúde, das suas ideias sobre as causas das doenças e da relação entre atitudes e comportamentos. É necessário considerar até que ponto as diferentes pessoas pensam na saúde de diferentes formas.

Alguns investigadores foram mais longe, ao ponto de sugerir que, já que a saúde é essencialmente subjectiva, a única forma válida de aceitar a opinião das pessoas é saber se estas se acham saudáveis ou não.

Relativamente às doenças «temidas», quase todos os entrevistados se referem à preocupação e ao medo de doenças como a SIDA, o cancro e a hepatite. Aqui podemos estabelecer a ligação com duas questões: as preocupações gerais, já referidas (a doença do século XXI, a SIDA) e os perigos e as ameaças para a saúde que foram enunciados e que veremos a seguir. Enquanto que a SIDA é uma doença «temida» em ambos os grupos sociais, as doenças sexualmente transmissíveis foram focadas, enquanto uma preocupação e um perigo ou ameaça para a saúde, apenas pelo grupo de elite. As únicas distinções verificadas entre os dois grupos sociais têm a ver com o facto de, no grupo popular aparecerem alguns casos em que se diz que a única doença que os preocupa é exactamente aquela que têm de momento, tal como veremos que acontece ao abordarmos as questões sobre o que se entende por saúde ou por doença. Também é neste grupo que aparecem as respostas dadas por pessoas que indicaram não recear nenhuma doença, à semelhança do que se passou quando se perguntou se a saúde era uma preocupação e surgiram algumas respostas negativas.

417. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

Blaxter, M.; Paterson, E., *Mothers and daughters: A three-generational study of health attitudes and behaviour*. London, Heinemann, 1982.

418. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

As doenças «temidas» mais referidas, são aquelas de que mais se ouve falar através dos meios de comunicação social e as que representam ainda alguns mitos e «tabus» associados a determinados comportamentos sociais considerados, muitas vezes, desviantes.

Susan Sontag⁴¹⁹ diz que a doença é uma «metáfora» criando-se mitos e imagens sobre algumas doenças, especialmente a tuberculose e o cancro, e mais recentemente a SIDA, doenças que são bastante estigmatizadas ainda hoje. Através das concepções da doença, os homens falam dos seus conceitos de sociedade e das suas relações sociais. Logo, numa interpretação social da doença, ainda segundo Sontag, é imprescindível que esta seja contextualizada pelas relações do grupo humano respectivo e as representações sociais dessa mesma sociedade que a metaforiza.

Basicamente, nos dois grupos são enunciados os mesmos perigos, as mesmas ameaças para a saúde: a poluição/ambiente, a má alimentação. A droga e o álcool foram apontados no seio do grupo popular enquanto o tabaco, o excesso de consumo (no sentido do consumismo) e as doenças sexualmente transmissíveis foram focados pelo grupo de elite, como tínhamos já referido. Podemos afirmar que a poluição e as questões relacionadas com o ambiente são as únicas que se podem considerar «externas» aos indivíduos, invocadas por ambos os grupos sociais, não dependendo unicamente da sua própria vontade. Todos os outros perigos ou ameaças mencionados estão intimamente relacionados com comportamentos e estilos de vida.

Estes resultados enquadram-se na perspectiva de Herzlich⁴²⁰, segundo a qual a definição de saúde como um estado passivo dos indivíduos deixou de fazer sentido. Com a nova maneira de pensar a saúde, desenvolveram-se os conceitos de qualidade de vida e de bem-estar que dependem do próprio. Actualmente, a doença já não é um estado passivo que depende apenas de «perigos ou ameaças» externos aos indivíduos, passando-se a uma avaliação da qualidade de vida, saúde e bem-estar centrada na percepção pessoal, e que auto-responsabiliza os indivíduo pelos factores de risco para a saúde inerentes aos seus próprios comportamentos.

Queríamos salientar que a nossa abordagem não foi bem compreendida por parte de alguns indivíduos do grupo popular, mesmo depois de

419. Sontag, S., *A doença como metáfora e a sida e as suas metáforas*. Quetzal Editores. Lisboa, 1998.

420. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

várias repetições da pergunta, usando palavras diferentes e mais familiares para os entrevistados. Na nossa opinião, esta estranheza poderá ser devida ao facto dos termos «ameaça» e «perigo» terem para eles outro significado e terem sido mal aplicados neste contexto. Também poderá ser porque não relacionam a sua saúde com factores externos, tais como o meio ambiente, poluição, problemas sociais, etc., só «vendo» e receando o que é imediato, o que está ao pé da porta e na vizinhança.

«Ameaça é perigo, acho que é perigoso... ameaça. Isso eu não sei explicar.»

{Ent 19: M, MV, GP}

«Eu, por acaso, uma coisa que pode ser uma ameaça é, se arranjar confusão com outra pessoa e esta pessoa faz-me uma ameaça com intenção de fazer mal ou matar.»

{Ent 38: H, MV, GP}

«Eu perigo para a saúde... é como já disse à senhora, eu não posso sair longe, eu não pode estar em qualquer meio porque eu duvido de mim próprio. Portanto, eu não vou para nenhum sítio, a minha vida é em casa ao pé da família mais nada.»

{Ent 37: H, MV, GP}

«Muitas coisas, há muitas coisas que... ameaça para saúde, eu posso estar bom de saúde, sair aí e encontrar uma pedrada, uma garrafada e já não estou bem de saúde mais. Estou aleijado.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

O que significam para os indivíduos os termos saúde e doença? Sugerimos aos entrevistados que formulassem duas ou três ideias que lhes viessem imediatamente à cabeça.

Quando as pessoas ouvem falar ou pensam em «saúde» o que é que isso evoca nelas? Essa representação não é apenas individual, mas construída em grande parte por «imagens» sociais dominantes⁴²¹. As

421. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

Sontag, S., *A doença como metáfora e a SIDA e as suas metáforas*. Quetzal Editores. Lisboa, 1998.

Flick, U., *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. L'Harmattan, Santé, société et cultures, Paris, 1992.

diferenças encontradas entre os grupos sociais, quando nos debruçamos sobre a definição de saúde e de doença, foram sentidas ao nível da complexidade dos discursos e do tipo de vocabulário utilizado nas descrições, apesar de as grandes linhas que distinguem as diferentes definições de saúde serem comuns. Achámos no entanto, que era importante ilustrar separadamente os resultados.

Ao nível do grupo popular, identificámos três tipos de resposta para definir o que é saúde. Primeiramente a Saúde como a ausência de doença, não estar doente, nem ter doenças ou problemas. Seguidamente a saúde como auto-avaliação da saúde do próprio, definida neste caso como positiva ou negativa relacionada com a condição do próprio indivíduo. Finalmente, a saúde associada à presença de algo, como por exemplo, valor, riqueza, vida, boa disposição, alegria, estar e sentir-se bem e gozar de um sentimento de bem-estar.

«Saúde eu acho que é quando a gente não tem nada, não tem nada de doença.»

{Ent 19: M, MV, GP}

«Eu para mim, saúde é muita coisa para mim... dantes eu não adoecia. Depois que eu fiz uma operação na ovário, no hospital de São Francisco Xavier. Já tem coisa de uns 14 anos.»

{Ent 26: M, MV, GP}

«Saúde para mim é uma riqueza, a melhor coisa que um pessoa tem. Quando não tem saúde...»

{Ent 4: M, MJ, GP}

Quanto às respostas do grupo de elite à mesma pergunta podemos distinguir dois tipos. Por um lado, utilizam-se algumas das expressões já encontradas no grupo popular, tais como *«bem-estar»*, *«alegria»*, *«boa disposição»*, *«sentir-se bem»* e, para além destas, acrescentam-se expressões descritivas da saúde como: *«adquirir práticas boas para a saúde, equilíbrio, harmonia, estar vivo, ter uma vida boa, ter qualidade de vida, estar em paz, felicidade, regeneração»*.

Por outro lado, tal como no grupo popular, a saúde é a ausência de doença e não estar doente.

«Em primeiro lugar, bem-estar. A saúde é bem-estar... é bem-estar físico, se uma pessoa sente-se bem com o seu corpo,...»

para mim saúde, neste momento, é sinal de liberdade. Quando penso na saúde penso essencialmente no conceito de liberdade.»

{Ent 8: M, MV, GE}

«A ausência de doença. Como já lhe disse, quer dizer, de uma forma genérica, para mim saúde é ausência de doença.»

{Ent 13: H, MV, GE}

A título de curiosidade, notamos que houve uma pessoa deste grupo que relacionou imediatamente a saúde a espiritismo, uma prática corrente em Cabo Verde:

«Em saúde! Há uma coisa que sempre achei curiosa, em Cabo Verde pratica-se muito o espiritismo, e nos meus tempos de criança eram os espíritos que aconselhavam determinadas práticas que consideravam boas para a saúde. É estranho que o espiritismo diz-se sempre que não é uma religião, mas que é uma ciência, mas é uma ciência que é completamente diferente das normais e portanto é estranho que dessem esse conselho não é? A verdade é que davam. Aconselhavam coisas como a sauna, banhos de Sol, mais banhos de água fria, muito especiais, que eram propagandeados por um cientista alemão na altura o Wisconte, estranhamente esses conceitos vinham de pessoas ligadas ao espiritismo. Pratiquei até mesmo em Cabo Verde a sauna, o banho turco e naturalmente os banhos de sol e sauna pelo menos esses recomendavam.»

{Ent 6: H, MV, GE}

Para além da diferenciação entre os dois grupos, identificada ao nível das expressões utilizadas, verifica-se que só no grupo popular aparece a definição da saúde como a auto-avaliação da saúde do próprio. A diferença revela-se também ao nível dos termos utilizados para definir saúde que estão, como é natural, relacionados com o tipo de vocabulário utilizado ao transmitir as representações.

Quase todos os jovens definem a saúde de uma forma positiva, considerando-a sinónimo de um *valor acrescentado, uma riqueza, bem-estar, equilíbrio, qualidade de vida, alegria, boa disposição, felicidade*, «estar a 100%».

Dois homens mais jovens do grupo popular referem a saúde espiritual:

«Então para mim, ter uma boa saúde não é só alimentar bem é também espiritualmente... posso alimentar de boa saúde por

espírito, porque às vezes para ter uma boa alimentação é preciso ter conhecimento, então tens que pensar menos na parte financeira e pensar também na saúde espiritual.»

{Ent 32: H, MJ, GP}

«Ter saúde? Para mim ter saúde é sentir-se bem... fazendo exames. Saúde não é só físico também para mim há algo que também mais importante que é a saúde espiritual, com saúde espiritual consegue-se vencer outras doenças e outras coisas. Saúde espiritual para mim... com todo o mal que existe no mundo, se conseguirmos... alimentar a nossa vida espiritual é fazer coisas boas como ajudar dos próximos, coisas assim ligado à Deus que muita gente não compreende e não pratica mas eu sei que isto ajuda muito. Na prática, se tiver tempo de ir à igreja vou... missa não é mais importante, mais importante é na prática, na vida do dia à dia, o nosso comportamento com o nosso próximo. Quando precisar, ajudarmos... olha de diversas formas. Pedir para conseguir algo, no trabalho, na saúde... ou qualquer coisa, vamos beneficiando com isso, vamos alimentando. Recorro quase sempre... para dar graças à vida e saúde que eu tenho, o trabalho. Quando o meu filho nasceu...»

{Ent 33: H, MJ, GP}

Também no caso das pessoas mais velhas, a saúde é definida por uma grande maioria como uma noção associada a *«bem-estar, liberdade, harmonia, a base para a pessoa estar viva, estar em paz, estar sempre bem disposta, felicidade, qualidade de vida, regeneração, alegria, é uma pessoa estar boa»*. Além destas, outras pessoas do mesmo grupo geracional disseram que a saúde é não ter nada de mal, associando a saúde com a ausência de doença: *«não ter problemas que altera a sua vida, a ausência de doença, quando a gente não tem nada, não tem nada de doença, quando aparece uma doença incurável.»*

Outros indivíduos mais velhos, todos eles do grupo popular, falam do seu próprio estado de saúde para definir saúde: *«Para mim, neste momento, é razoável»*; *«nunca tive problemas em termos de saúde. Para mim é boa»*; *«Eu para mim, saúde é muita coisa para mim... dantes eu não adoecia»*; *«a saúde para mim é muito importante...»*.

Não foram encontradas diferenças significativas entre as duas gerações, assim como entre homens e mulheres para a representação quer da saúde, quer da doença, percebendo-se que as distinções se situam sobretudo a nível dos grupos sociais.

Com o crescente conhecimento e tomada de consciência de que a saúde é um fenómeno total e transversal a qualquer e a todas as dimensões da vida dos indivíduos, desde o nascimento até à morte, e que estes indivíduos estão inseridos no contexto da sociedade, a saúde está intimamente associada e é consequência dos factores sociais, económicos, culturais e políticos deste mesmo contexto. Como afirma Sundquist «cada vez se dá mais relevo à dimensão cultural e de identidade dos grupos de indivíduos, sendo este um factor tão ou mais importante do que a dimensão socioeconómica, tantas vezes traduzida ou associada às classes sociais»⁴²².

Duas das formas de definir a saúde segundo Auge e Herzlich⁴²³ são encontradas nos nossos resultados. A primeira diz que «a saúde é não estar doente – forma saúde-doença». A segunda considera que «a saúde é o que há de mais importante, a saúde é um valor de referência – forma saúde-instrumento», o que significa riqueza e capital, estando a saúde no centro das preocupações dos indivíduos. Esta segunda definição de saúde aparece nos nossos relatos sob a forma de preocupações de saúde e sob a forma de saúde enquanto um bem, ou um valor essencial, incluindo a ideia de saúde enquanto riqueza ou valor. Ainda no trabalho de Augé e Herzlich, considera-se uma terceira via para definir saúde enquanto produto dos comportamentos individuais, das condições de vida e do sistema social. Neste caso temos indivíduos mais centrados em si, com práticas alimentares naturais, que praticam exercício físico, e com uma elevada consciência da diferença entre o prazer imediato (fumar, beber) e os riscos para a saúde. Esta forma de definir saúde vai aparecer nos nossos resultados quando se pede para falar de doença, sobretudo no grupo de elite. A quarta e última forma encara a saúde em termos de organização – saúde instituições, que em nenhum momento surge nos nossos resultados.

Também na obra de Mildred e Blaxter⁴²⁴ sobressaem vários tipos de referências, no que diz respeito aos significados de saúde, que são muito semelhantes aos resultados por nós obtidos, nomeadamente, a saúde sinónimo de não estar doente, saúde como ausência de doença, saúde apesar da doença, assim como a saúde enquanto reserva, boa forma física, energia, vitalidade, a saúde na forma de relações sociais. Contudo, no estudo acima referido, a definição de saúde de uma forma positiva

422. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

423. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

424. Blaxter, M., *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

é considerada mais característica daqueles que possuem um nível mais elevado de educação ou que se encontram em circunstâncias de vantagem social. Ora, lembramos que esta ideia contraria aquela que afirma que as pessoas das classes populares se declaram mais em situação de saúde do que as pessoas de classes médias. Ainda segundo Mildred e Blaxter, enquanto para a classe alta, a saúde é um conceito positivo e expressivo, para a classe baixa, é um conceito negativo e instrumental. Esta diferenciação entre o «negativo» e o «positivo» é identificada nos resultados que foram encontrados no nosso estudo, mas em ambos os grupos sociais.

As diferenças encontradas nos dois grupos sociais, relativamente à noção de doença, passam novamente por uma associação desta a ideias e termos distintos.

Termos como «*Tristeza, infelicidade, sofrimento, mal-estar, limitação, perda de autonomia, e de liberdade, isolamento, carga para os outros, desequilíbrio, dependência e degeneração*» são utilizados sobretudo pelos indivíduos do grupo de elite. Herzlich⁴²⁵, tal como já referido. Identificou em membros de classes médias, três tipos de representação social da doença: a doença destrutiva, que se caracteriza pelo abandono dos papéis sociais, a exclusão social, acompanhada pela dependência do outro; a doença libertadora, vivida como repouso e ruptura com constrangimentos sociais, e a doença ocupação enquanto luta activa contra a doença e a angústia que ela suscita, e também contra a aceitação da doença.

A doença é quase sempre associada à ausência de saúde, ao estar sem saúde, ao mal-estar e, à manifestação de sintomas físicos debilitantes. Em nosso entender, a tendência observada nas respostas dos entrevistados vai sobretudo ao encontro do primeiro tipo de representação social da doença: a doença «destrutiva», enquanto uma punição para o próprio, perda de autonomia e enquanto uma sobrecarga para os outros.

«Sabe que... Doenças faz-me pensar em na... no... na preocupação que isso pode representar e na carga que isso pode representar para os outros, que convivem comigo, e faz pensar-me uma outra coisa que é o isolamento aqui se nos vota, nos conduz, relativamente ao mundo que nos rodeia.»

{Ent 13: H, MV, GE}

425. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

«Doença é... limitação. Doença é mal-estar e sofrimento, muitas vezes é preciso tratamento médico. Sobretudo doença é... um sentimento de perda de qualquer coisa que uma pessoa já teve...»

{Ent 8: M, MV, GE}

«Sim, a doença para mim não é só a ausência de saúde. A doença para mim, é também, deixa-me cá dizer... olha, doença é as pessoas não serem autónomas, por exemplo, as pessoas não terem liberdade, a doença é a as pessoas não serem reconhecidas,... haver mal entendidos, elas serem uma coisa, mas entretanto elas serem percebidas como outras pessoas. Isto para mim é doença.»

{Ent 9: M, MV, GE}

«Doença vem-me logo à cabeça só se for uma doença que me deixa acamada... Eu aí fico a pensar, deve ser outras pessoas a tomarem conta de mim aí é que fico mesmo... dependência.»

{Ent 39: M, MV, GE}

No grupo de elite da nossa amostra, também se define doença como uma consequência de comportamentos menos saudáveis que levam à doença, relacionados com estilos de vida. Relacionando ainda com o modelo desenvolvido por Herzlich, surge, neste caso, a ideia da saúde-produto ou mais precisamente, a forma doença-resultado. A saúde é o produto e a doença é o resultado de comportamentos individuais.

«... mas outras vezes depende um bocado da pessoa, ter os cuidados com a sua própria saúde, não é? De forma a evitar a doença, cuidados esses que se inserem no que disse em relação à alimentação, exercício e também, enfim de um acompanhamento médico adequado não é? Muitas vezes é descurado, principalmente pela parte masculina...»

{Ent 6: H, MV, GE}

Outros relatos que surgem no seio do grupo de elite, associam a doença à atitude individual, ao estado de espírito de cada um e à noção de equilíbrio.

«A doença é... Tem a ver com o estado de espírito, com o estado e com a atitude da vida que levamos, não é? Quando a pessoa não está bem, obviamente que vai reflectir na saúde, e obviamente

que pode suportar bem. Eu penso que sim, que é essencial, é primordial. Eu acho que é fundamental estarmos com a mente sã... equilibrado. Ter calma...»

{Ent 7: H, MJ, GE}

Verifica-se, assim, que este grupo, tanto no que se refere à saúde, como à doença, possui uma perspectiva mais abrangente (*holística*), que engloba o bem-estar físico e mental, assim como a ideia de prevenção e de qualidade de vida.

Conforme tem sido referido, verifica-se que a relação que os imigrantes estabelecem com a saúde e a doença é determinada pelas condições concretas de existência, nomeadamente, as condições de trabalho, de habitação, de emprego e as tensões intra-familiares. Estas condições, pelo efeito que têm sobre o nível e a qualidade de vida, são factores susceptíveis de influenciar as representações e práticas de saúde e de doença e até o próprio estado de saúde.

Os saberes populares ligados à saúde diferem menos de um grupo étnico para outro, pertencentes à mesma classe social, do que de uma classe social para outra dentro do mesmo grupo étnico, o que pode significar que, no seio da mesma comunidade étnica de origem, com uma cultura comum, podemos encontrar saberes populares e práticas que variam muito do grupo popular para o grupo de elite. As distâncias observadas com base nos grupos étnico-culturais ou religiosos podem ser atribuídas a distâncias importantes a nível socioeconómico⁴²⁶. Mais do que a cultura, apesar dela estar sempre presente, é o nível socioeconómico a determinar as diferenças. Estes comentários remetem-nos igualmente para Blaxter⁴²⁷ quando acerca das noções de saúde e de doença, refere tratar-se das atitudes das pessoas para com a saúde, das suas ideias sobre as causas das doenças e da relação entre atitudes e comportamento. No caso do grupo popular não surgem estas formas de expressão abrangentes associadas à ideia de doença, pelo menos de modo tão evidente. Neste grupo relaciona-se a doença sobretudo com a ausência de saúde, não estar saudável, problemas, preocupações e angústia. Mais uma vez, alguns indivíduos também associam a ideia de doença às suas experiências pessoais concretas, o que verificamos que acontece só no seio deste grupo.

426. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

427. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

«A doença também é difícil... eu em Cabo Verde, com uma pneumonia vivia no hospital.»

{Ent 27: H, MJ, GP}

«Doença faz-me pensar em muita coisa. Chegou uma altura que estava muito mal, que fui operada a vesícula, que me arranjou uma infecção, depois de 10 dia operada, eu fiquei tudo inchada... eu já pensava até em arranjar uns medicamentos para tomar para morrer.»

{Ent 29: M, MV, GP}

Para algumas pessoas do grupo popular, a representação de doença é pessimista ou mesmo fatalista, muitas vezes associada ao medo da morte e passa essencialmente por expressões como as seguintes:

«Doença... morte. Acho que é triste, uma pessoa quando está doente é coisa mais triste que a gente sente na vida.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Doença, sei lá... se não tiver possibilidade uma pessoa pode morrer, não é?»

{Ent 30: H, MJ, GP}

«Penso logo em medo, se a pessoa vai morrer... é logo.»

{Ent 38: H, MV, GP}

Podemos concluir que as pessoas do grupo popular são mais fatalistas e pessimistas do que as do grupo de elite, pelo menos no que é revelado ao nível dos discursos acerca da noção de doença. Esta conclusão vem ao encontro da opinião de D'Houtard⁴²⁸ quando salienta que para os trabalhadores manuais pertencentes às camadas populares e para as pessoas mais velhas, a saúde é mais fatalista do que para os trabalhadores dos quadros (de grupos de elite) e pessoas mais novas. Segundo alguns autores como Blaxter⁴²⁹ e D'Houtard⁴³⁰ a visão da saúde, aferida pela forma como as pessoas a definem, difere consoante o grupo social. As

428. D'Houtard, A.; Field, M., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Coll. Espace social, Presses universitaires, Nancy, 1989.

429. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

430. D'Houtard, A.; Field, M., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Coll. Espace social, Presses universitaires, Nancy, 1989.

classes trabalhadoras transmitem uma visão mais negativa (ausência de doença), e funcional (ligada à aptidão para trabalhar) do que as pessoas das classes superiores em que a definição é mais positiva (bem-estar) e emocional (satisfação, felicidade), o que está bem patente na análise dos resultados por nós efectuada até agora.

Existem inúmeros significados sociais, muitas formas diferentes de falar de saúde para os não profissionais. Para estes «leigos» a saúde evoca a doença e a medicina, o trabalho, a educação, a família e por detrás das diferentes concepções da saúde é possível ler o sentido que os indivíduos dão às suas condutas e práticas sociais.

A representação que os indivíduos têm da sua saúde está claramente associada com a idade e o nível de educação dos mesmos⁴³¹. A saúde e a doença não são apenas descritos como estados físicos ou orgânicos, mas também, e sobretudo, como fenómenos que relacionam os indivíduos e a sociedade, descritos através de comportamentos de maior ou menor actividade e da qualidade do relacionamento com os outros. No caso, por exemplo, dos indivíduos que apesar de descreverem alguns sintomas, dizem não se sentirem doentes, os seus comportamentos continuarão a ser como os de pessoas com saúde como também afirmam Reijneveld e Gunning-Scheppers⁴³².

Para os jovens, em ambos os grupos, o termo doença faz pensar em algo negativo: «*morrer, em morte*», «*em hospital, cama!*»; «*estar sem saúde, é mal-estar*»; «*... Vem logo algo de mau na nossa vida*»; «*desequilíbrio*»; «*infelicidade e tristeza*»; «*estar incapaz*»; «*sentir-se mal*». A doença para um dos jovens é um mal-estar que não é só físico, «*tem a ver com o estado de espírito, com o estado e com a atitude da vida*».

No caso dos mais velhos e exclusivamente no grupo de elite, a doença é definida como «*algo não depende da própria pessoa, mas outras vezes depende um bocadinho da pessoa...*»; «*Doença é... limitação*»; «*Doença é mal-estar e sofrimento*»; «*doença é as pessoas não serem autónomas*»; «*doença é ausência de saúde*»; «*leva-nos a pensar em perder o nosso*

431. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

Reijneveld, S. A.; Gunning-Scheppers, J., 1995, Reijneveld, S. A.; Gunning-Scheppers, L. J., Age, health and the measurement of the socioeconomic status of individuals. *European Journal of Public Health*, 1995; 5: pp. 187-192.

432. Reijneveld, S. A.; Gunning-Scheppers, J., 1995, Reijneveld, S. A.; Gunning-Scheppers L. J., Age, health and the measurement of the socioeconomic status of individuals. *European Journal of Public Health*, 1995; 5: pp. 187-192.

bem-estar»; «a carga que isso pode representar para os outros»; «Infelicidade»; «Degeneração»; «... Dependência».

Também nas pessoas mais velhas do grupo popular, a doença é associada às seguintes expressões *«“Eu para mim, qualquer coisinha é doença”; “Ah, uma pessoa quando está doente não pode fazer nada”; “Eu não pensa na doença”; “Doença faz-me pensar em muita coisa. Chegou uma altura que eu estava muito mal, que fui operada a vesícula, que me arranhou uma infecção, depois de 10 dia operada, fiquei toda inchada... eu já pensava até em arranjar uns medicamentos para tomar para morrer”; “Penso logo em medo, se a pessoa vai morrer... é logo”; “Doença para mim significa muita coisa, porque uma pessoa está doente não sabe o que é que tem, uma pessoa fica preocupada. A gente fica com aquela preocupação sempre”; “Às vezes há muitas doenças que você não sabe onde é que tem, daquelas doenças que as pessoas não sabe onde é que vem, a gente não sabe onde apareceu... os médicos ainda não descobriram ainda”».*

Verificamos que tanto no grupo dos «mais jovens» como no dos «mais velhos» do grupo popular, muitas pessoas associam a ideia de doença à morte, enquanto outros mais velhos, sobretudo no grupo de elite, parecem preocupar-se mais com a incapacidade, falta de autonomia e dependência dos outros que a doença pode causar, do que com a inevitabilidade da morte.

A representação da saúde/doença surge-nos assim, em forma de categorias explicativas, de sentido oposto, relacionadas quase em cadeia: saúde, trabalho, produção, subsistência. Doença, inactividade, ausência de produtividade, pobreza, tal como referido no estudo de Leandro *et al.*⁴³³.

Na tentativa de recolher uma definição de saúde/doença mental, obtivemos respostas muito dispersas, sobretudo no caso do grupo de elite, e verificámos que há quem afirme, no grupo popular, que não sabe nada sobre esta questão ou que não sabe explicar esta ideia. Como já tinha acontecido quando da pergunta sobre o que os indivíduos consideram perigos e ameaças para a saúde, chegámos igualmente à conclusão que, mesmo depois de repetirmos a pergunta por outras palavras, explicando a ideia de novo, foram os indivíduos mais velhos do grupo popular,

433. Leandro, M. E. *et al.*, *Os males do corpo em terra estrangeira*, in Leandro, M. E. (organ.), *Saúde. As teias da discriminação social. Actas do colóquio internacional Saúde e discriminação social*, ICS, Universidade do Minho, Braga, 2002, pp. 181-210.

especialmente as mulheres, as que mais manifestaram incompreensão sobre esta pergunta.

«*Não sei nada.*»

{Ent 19: M, MV, GP}

«*Olha, isso não sei...*»

{Ent 26: M, MV, GP}

«*Isso nunca ouvi...*»

{Ent 36: M, MV, GP}

«*Doença mental, eu no fundo não sei bem explicar...*»

{Ent 37: H, MV, GP}

Também é neste mesmo grupo, que aparece a noção de que a doença mental pode ser perigosa e que se «*pode ficar maluco*», assim como a ideia de que a saúde mental está associada ao facto de a pessoa «pensar muito» ou preocupar-se muito. As pessoas de meios pobres atribuem muitas vezes a doença às «preocupações»⁴³⁴. Algumas pessoas afirmaram que não sabiam bem explicar esta ideia e, ao proceder a uma análise mais detalhada, vemos que são sobretudo mulheres que o dizem, algumas referindo-se a doenças dos nervos.

A diferença que identificámos ao nível da comparação por gerações, encontra-se no grupo dos indivíduos mais velhos, do grupo popular, onde há sete excertos de entrevistas que revelam a não compreensão destes conceitos.

«*Não sei nada*»; «*Olha, isso não sei... Mental é mais importante. Uma pessoa já sabe o que é que tem... está por dentro, não é?*»; «*Não, por acaso nunca tinha pensado nisso*»; «*Isso nunca ouvi... Há pessoas que a cabeça não funciona muito bem... se uma pessoa tem um pensamento muito, já o que faço?*»; «*Doença mental, eu no fundo não sei bem explicar...*»; «*Saúde mental, eu não sei... Doença mental... uma pessoa fica assim, não sei muito bem isso, mas uma pessoa fica parada, não tem movimento, não faz nada, isto já é um bocado de preocupação*»; «*Para mim não tem nenhuma dificuldade para explicar, para mim é natural*».

434. Eyles e Donovan, 1990, citados por Blackburn (1991) in Silva, L. Ferreira. *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

Outra particularidade a destacar é que são mais os homens a associar a ideia de saúde/doença mental ao perigo e ao medo da loucura. Três indivíduos do grupo dos mais jovens (do grupo popular) dizem que a doença mental significa o perigo de poder «ficar maluco». O estigma da loucura como perigo e contágio está manifesto nestas respostas, não enquanto contágio de um vírus ou de uma bactéria, mas sim enquanto contágio maligno ou mágico:

«Tenho medo de ficar maluco...»; «Isso já é pessoa que sofre de cabeça, problemas... São pessoas que sofrem de cabeça, que são malucas, não é?»; «Doença mental agora é mais perigoso... é uma pessoa que já sofre de cabeça...»

Consideramos que a maior parte dos entrevistados associa a saúde mais aos aspectos fisiológicos, sem ter em conta a saúde psicológica, dado que a doença mental ainda é muito estigmatizada na maior parte das culturas e implica um certo grau de exclusão social. Ainda se aceitam muito mal as doenças do foro psíquico. Ter uma doença física é estar doente, é passageiro, enquanto que ter uma doença mental é muitas vezes «ser doente», de carácter permanente⁴³⁵. Como já referido, a forma como as pessoas pensam a doença e a saúde varia consoante a sua posição na sociedade. No exemplo de Radley⁴³⁶, as pessoas da classe média vêm a doença mais em termos mentais e as pessoas das classes trabalhadoras vêm-na mais em termos físicos.

Não se registam diferenças nas tendências de respostas por grupos sociais, no que se refere à importância dada à saúde física ou à saúde mental, quando observamos que as pessoas afirmam que uma saúde complementa a outra. Neste caso não se verificam diferenças por grupos sociais, a não ser na forma como os inquiridos estruturam o discurso: enquanto no grupo de elite se diz que uma complementa a outra, no grupo popular diz-se que ambas são importantes, sendo idêntica a importância que os indivíduos dão à saúde mental e à saúde física, independentemente do género.

Quanto à análise por geração, encontramos no grupo dos mais velhos mais respostas que afirmam que a saúde física e a saúde mental se complementam e que as duas são igualmente importantes, do que aquelas que indicam uma ou outra como a mais importante. No grupo

435. Jodelet, D., *Folies et représentations sociales*. PUF, Paris, 1989.

436. Radley, A., *Words of illness: biographical and cultural perspectives on health and disease*. Routledge. London, 1993.

dos jovens, também são em números semelhantes as respostas que apontam que a saúde mental é mais importante do que a física e aquelas que consideram que ambas as «saúdes» são importantes.

Se na percepção de saúde não encontramos uma nítida distinção negativo/positivo entre os dois grupos sociais, já no que diz respeito à definição subjectiva da doença e à importância de se ter saúde, podemos dizer que a descrição da saúde como uma boa forma, e um instrumento positivo foi mais característica daqueles com um nível mais elevado de educação ou em circunstâncias mais afortunadas, aproximando-nos, assim, da mesma conclusão que Blaxter⁴³⁷. Para o grupo de elite, a saúde tem uma função mais positiva e expressiva, com um elevado valor social, enquanto para o grupo popular é mais negativa ou fatalista (quando se define doença) e tem uma função mais instrumental (poder trabalhar), também com um elevado valor social.

Podemos complementar a ideia que as pessoas têm da saúde, que tanto pode ser a ausência de doença, ou um bem-estar físico e mental feito de equilíbrio, de prazer de viver, com a visão do seu papel funcional enquanto capacidade para trabalhar, para viver e conviver com qualidade. Conforme já referido, a saúde pode ser definida negativamente, como a ausência de doença, ou positivamente, como bem-estar e boa forma e funcionalmente como a habilidade para lidar com as actividades diárias⁴³⁸.

A pergunta sobre a importância que a saúde tinha na sua vida permitiu aos indivíduos fazer a ponte entre o estado pessoal e o estado social da saúde e da doença, atribuindo, tal como foi concluído noutros trabalhos já referidos⁴³⁹, um papel à saúde que lhes confere ou lhes retira as capacidades para trabalhar e para viver.

As respostas recolhidas também confirmam a ideia exposta por Krause⁴⁴⁰ quando diz que as diferenças culturais na percepção da saúde podem explicar alguns resultados. O mesmo quadro de referências não é utilizado por todos os indivíduos. Uns pensam em termos de problemas específicos de saúde, outros pensam em termos de funcionalidade física

437. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

438. Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

439. Blaxter, M.; Paterson, E., *Mothers and daughters: A three-generational study of health attitudes and behaviour*. London, Heinemann, 1982.

440. Krause, N. M., Jay, G. M., What do global self-rated health item measure? *Medical Care* 1994; 32: pp. 930-942.

ou comportamentos de saúde. Os dados mostram que as referências variam com o nível de educação e a pertença ao grupo. No entanto, as consequências funcionais do papel da saúde nas relações sociais são obviamente uma parte importante da definição de saúde dos leigos, independentemente do grupo social⁴⁴¹.

2.3. Cabo Verde: saúde, recursos, culturas terapêuticas

Quando se compara Portugal e Cabo Verde em termos de saúde, é unânime a opinião de que a vida pode ser mais saudável em Cabo Verde e que existem características no arquipélago que são muito favoráveis e positivas para a saúde, como a questão do clima, do ar mais puro, da alimentação mais saudável. As razões evocadas pelas pessoas para explicarem porque em Cabo Verde há mais saúde e se pode mesmo ser mais saudável, têm sobretudo a ver com a qualidade do meio ambiente, o ar ser mais leve e puro, o clima favorável e mais saudável, a comida melhor, mais natural. Também alegam que em Cabo Verde há mais harmonia, mais amizade, uma qualidade de vida superior, um estilo de vida mais calmo e com menos *stress*, mais tempo livre e uma maior possibilidade de praticar exercício e de fazer desporto. Nesta temática os aspectos culturais prevalecem na maioria dos discursos analisados, se bem que se encontrem ligeiras distinções entre os dois grupos socioeconómicos.

Entre as diversas razões mencionadas para se explicar que a vida em Cabo Verde é mais saudável, alguns elementos do grupo de elite referiram a maior prática de exercício físico e a melhor qualidade de vida que se pode ter em Cabo Verde. Mesmo aqueles que afirmaram que viver em Portugal é melhor para a saúde, justificaram a sua posição pelo facto de existirem mais recursos humanos e técnicos em Portugal que permitem o acesso a medicamentos, cuidados e tratamentos, não deixando de reconhecer, no entanto, as qualidades existentes em Cabo Verde. Houve ainda, no caso dos doentes crónicos renais, quem dissesse que lá, de um modo geral, é muito bom para a saúde, mas que eles não teriam sobrevivido se lá tivessem permanecido porque não há tratamento de diálise. Podemos concluir que não se encontram diferenças de opinião sobre esta questão entre os dois grupos sociais analisados.

Se confrontarmos estes resultados com as respostas dadas ao nível dos perigos e ameaças para a saúde, verifica-se, sem diferenças por grupos

441. Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

sociais, que são justamente os aspectos referidos como «ameaçadores» para a saúde, como o ambiente, a poluição, a alimentação, realçados como negativos (na questão sobre perigos e ameaças) que aqui são evocados como os aspectos mais positivos que existem em Cabo Verde, promotores de saúde, qualidade de vida e melhores estilos de vida. Poderemos concluir que o «perigo/ameaça» está associado à sociedade de acolhimento e que a terra natal é idealizada como um lugar que oferece segurança e salvação. Podemos reforçar esta ideia, acrescentando que é a cultura de origem, a cabo-verdiana, que sobressai, de forma muito evidente, em todos os entrevistados, quando abordamos as questões em que se compara Portugal com Cabo Verde.

Quando se abordam as representações sobre a utilização de remédios caseiros e o recurso a outros terapeutas, assistimos, em ambos grupos, a reacções diversas relativamente a estes tratamentos. Encontram-se, porém, em maior número, independentemente do grupo social, aqueles que dizem que já os fizeram e que as mães lhes davam remédios caseiros em criança, na convicção que estes ajudam a melhorar, do que os que dizem não acreditar nestas terapias. Não obstante, indicaram, tal como veremos mais à frente, ao nível das práticas, que, por vezes, estes tratamentos tinham sido feitos antes ou já depois de terem ido ao médico.

Independentemente do grupo social que se está a analisar, ao nível da procura de outros terapeutas, já são poucos os entrevistados que dizem acreditar nos tratamentos feitos por curandeiros, ou ainda pelos chamados curiosos. Dizem que não acreditam nisso, achando que estas pessoas são «vigaristas», que tentam roubar o dinheiro dos outros por meio destes tratamentos, e alguns até admitem que têm um certo medo deles. No entanto, reconhecem que esta prática existe, embora já não com tanta frequência como antigamente. Justificam a procura destes terapeutas, pela razão de, muitas vezes, não encontrarem médicos próximo das áreas onde habitavam. Há ainda quem fale em parteiras, endireitas e pessoas espertas quando querem falar de casos relacionados com terapeutas não médicos. Como vimos, há, no entanto, também quem acredite nestes terapeutas porque conhece alguém que os utilizou ou porque o próprio recorreu a este tipo de tratamentos.

«Conheço uma história de uma amiga que foi a um curandeiro, que tomou banhos de ervas e um líquido feito com ervas, grogue para tomar e ela melhorou. Tinha um mau-olhado da mãe do marido dela.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

«Uma senhora esperta tratou-me um pé com fel de boi que se mete numa garrafa com azeite de purga e esfrega-se no pé.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Quando o médico disse que não tinha solução eu tive de recorrer à cura tradicional, tinha 40 anos, fui a um senhor de S. Nicolau que deixou vários discípulos que tratam os ossos. Fazem um tratamento com água do mar aquecida e vinagre e fazem massagens na perna.»

{Ent 11: H, MV, GE}

Os relatos de situações em que se conhece alguém que foi ao «curandeiro» ou em que os próprios foram tratados por curiosos ou curandeiros são feitos sobretudo por homens mais velhos, todos eles do grupo de elite. Apresentaremos, mais adiante, ao nível das práticas e mais em pormenor, outros excertos, onde podemos constatar, que é no grupo de elite onde se encontram mais relatos de práticas deste tipo. Ao nível destas práticas, também se encontram situações de utilização simultânea ou sequencial, de recursos plurais, tanto da medicina popular como da medicina oficial.

Como vimos na literatura, Kleinman refere que toda e qualquer sociedade tem o seu sistema de cuidados de saúde, no qual as actividades estão todas, mais ou menos, interrelacionadas. Constituem um sistema de respostas socialmente organizadas para a doença e um sistema cultural especial que é o sistema de cuidados de saúde. Em cada cultura, a doença, as respostas que lhe são dadas, a experiência individual de a sentir e de a tratar, bem como as instituições sociais com ela relacionadas, estão todas sistematicamente inter-conectadas. A totalidade destas inter-relações é o sistema de cuidados de saúde⁴⁴².

Também, independentemente da análise por grupos, relativamente a casos relacionados com feiticeiros, maus-olhados ou bruxaria, a maior parte das pessoas diz que não acredita ou não conhece nenhuma história. Algumas pessoas dizem que já ouviram falar nisso, ouviram contar algumas histórias, mas têm uma certa dificuldade em acreditar. Associam estas práticas ao «fazer mal aos outros» e à inveja. Houve pessoas do grupo de elite que associaram estes fenómenos ao do espiritismo

442. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press, 1984.

e da reencarnação, relacionado com o racionalismo cristão, com o qual se identificam e pelo qual sentem curiosidade.

Há pessoas do grupo de elite, sobretudo as mais velhas, que dizem que estas são crenças e mitos pertencentes a tradições da cultura cabo-verdiana e reconhecem que muitas pessoas, segundo elas menos formadas e informadas, se sentem por vezes vítimas de maus-olhados ou de invejas, ou ainda vítimas de um espírito reencarnado, sobretudo em casos de doenças do foro psíquico.

No grupo de elite, há quem tente explicar as razões pelas quais, hoje em dia, já não se recorre tanto aos remédios caseiros como antigamente, explicando que eram os mais idosos quem detinha o saber sobre estas práticas.

«Havia tanta gente mais velho, que sabia de tanta palha de erva que curava, mas que já faleceu. Quase já não há remédio, palha de erva para fazer. A mãe já não sabe, a avó sabia mas já faleceu.»

{Ent 4: M, MJ, GE}

«O meu avô que já morreu com 96 anos, ele era do campo, tinha muitos conhecimentos acerca disso.»

{Ent 5: H, MJ, GE}

«É a força da tradição porque é assim, a minha avó fazia porque os pais dela sempre fizeram essas coisas. Sabe? Antigamente também não havia muitos médicos.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

Outra explicação baseia-se na escassez de recursos nas ilhas que forçava a procura de formas complementares e alternativas, de modo a responder às necessidades de saúde:

«... estou a falar em termos de África,... mais no interior em que não há hipóteses de ter acesso aos serviços do estado de saúde.»

{Ent 22: H, MJ, GE}

«Havia um endireita que era o nosso ortopedista. Desempenhava um papel fundamental porque lá em São Nicolau não havia ortopedista.»

{Ent 24: H, MJ, GE}

«A maior parte das doenças quem tratou foi a minha mãe em causa por causa da assistência. Tínhamos uma assistência muito deficitária... não são médicos mas safaram muitas situações porque não havia médico na altura!»

{Ent 10: H, MV, GE}

Curiosamente, apesar de todos os inquiridos terem dificuldade em aceitar ou tolerar este tipo de práticas, há relatos de pessoas mais jovens, que comprovam a existência em Cabo Verde deste tipo de situações relacionadas com os fenómenos referidos.

Quando se aborda esta temática, algumas pessoas do grupo popular falam na fé em Deus e afirmam que as pessoas que acreditam nestes fenómenos de feitiçaria ou de bruxaria e maus-olhados não têm fé em Deus. Dizem não acreditar nestas questões das doenças postas pelo «mal» e que a fé delas é a cristã, fé em Deus e na Nossa Senhora de Fátima, com a qual se identificam. No caso de ficarem doentes é à sua fé que recorrem e também ao médico e nunca a práticas ligadas a feiticeiros ou bruxas. Estas pessoas são maioritariamente do grupo popular e não se encontram especificidades na análise por gerações.

As questões agora abordadas remetem-nos para o campo da Antropologia da Saúde. A focalização da Antropologia nas crenças populares e nas doenças, obscurece as desigualdades sociais, a repartição desajustada dos cuidados de saúde, que estão na base dos problemas de saúde das comunidades minoritárias e marca de forma específica a fronteira entre a cultura médica profana ou popular e o saber científico. Muitas pessoas acreditam que as doenças graves e a morte têm por causa a feitiçaria, a magia e a violação de tabus⁴⁴³. Dentro da mesma perspectiva, e com um ponto de vista semelhante, Helman salienta que o sector que engloba as medicinas tradicionais integra as medicinas que não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam um lugar intermédio entre o sector popular e o profissional⁴⁴⁴.

A análise dos relatos demonstra que, embora algumas pessoas admitam acreditar ou conhecer histórias de indivíduos que acreditam nos curandeiros e feiticeiros, a medicina oficial é o sistema predominantemente

443. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press, 1984.

444. Helman, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

preferido, em simultâneo com as medicinas caseiras, que funcionam sobretudo como métodos preventivos e para situações ligeiras, ou enquanto recurso alternativo quando «falha» ou é inexistente o sistema oficial.

Já vimos que muitas das pessoas entrevistadas, sobretudo as mais velhas dentro do grupo popular, quando são abordadas sobre este tipo de medicinas e terapias alternativas dizem que a sua crença ou fé está em Deus e que é através da fé que pedem ou recorrem a ajudas, se for caso disso, para as proteger das doenças e ajudá-las a ter saúde. Como veremos, ao nível das práticas, todas as pessoas dizem ser crentes e muitas são profundamente religiosas, sobretudo no grupo popular.

«Penso sempre no doutor, na saúde de Deus e mais nada.»

{Ent 30: H, MJ, GP}

«Isso não tenho, não tenho essa fé. O meu fé é crer em Deus. Eu não acredito, isso é a pessoa que não tem fé em Deus.»

{Ent 37: H, MV, GP}

Quando efectuamos uma análise por geração, verifica-se uma particularidade quando se pergunta aos inquiridos se, das vezes em que fizeram tratamentos alternativos, para tratar de um problema que também estava a ser acompanhado pelo médico, este teve conhecimento disso. Cinco dos entrevistados «mais velhos», afirmam que não lhe disseram nada sobre este assunto, porque pensam que poderia ser mal aceite pelos médicos. Outros dizem que acreditam que pode fazer mal misturar os dois tipos de medicação e por isso seguem as diferentes terapias de modo alternado:

«... Ele não me perguntou. Eu não senti que o que o curandeiro me mandou fazer interferia com os tratamentos. Acho que é medicina complementar e que nenhuma substitui a outra, estou em crer que não é assim.»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Não vou dizer isso ao médico. Pode ser um choque, naquela altura seria um escândalo.»

{Ent 12: H, MV, GE}

«Não, não disse ao médico. No meu caso procurei evitar dizer ao médico que tínhamos recorrido ao curioso. Porque já se sabia

que talvez o médico não gostasse muito; os médicos não vêm com bons olhos esses curiosos.»

{Ent 11: H, MV, GE}

«Tomo umas cápsulas de alho porque faz bem aos ossos, faz bem para as dores. Quando tomo estas cápsulas não tomo os medicamentos, não e pode fazer mistura. Porque pode fazer efeito um no outro... não pode comunicar aos médicos tudo o que fizemos em casa!»

{Ent 40: M, MV, GP}

«Ou é só medicamento de hospital ou tomar só remédio de lá. Penso que não possa misturar tanto remédio... toma um de cada vez.»

{Ent 36: M, MV, GP}

No entanto, houve um caso em que um jovem entrevistado afirmou que foi o próprio médico que lhe disse para tomar remédios tradicionais:

«Então foi assim... fui fazer uma análise desta parte do estômago, o médico disse para mim que já estava a passar com parte de estômago assim... eu não sei como é que dizem da parte do médico. Então eles passaram-me medicamento mas medicamento tradicional, não... Sim, foi o médico. Disse é melhor deixar de tomar remédio de clínica e tomar remédio de tradição. Não sei, passou a receita à minha mãe... já estava a tomar já muito remédio, tem que ser o alho. Então todos os dias antes de tomar pequeno-almoço, almoço e jantar... tinha uma cabeça de alho para comer.»

{Ent 32: H, MJ, GP}

Alguns entrevistados, independentemente do grupo social, reconhecem determinadas expressões retiradas da literatura cabo-verdiana sobre medicina tradicional, tais como «destino, mal de pecador, imprudência, doença do corpo, doença do espírito,...» associadas às práticas alternativas (remédios de casa, curandeiros, feiticeiros...). Afirmam, porém, que estas estão mais relacionadas com um certo tipo de fenómenos em África (continente) colocando Cabo Verde e simultaneamente a si próprios num lugar intermédio entre a África e a Europa.

«... causas mais sobrenaturais... maus olhados...? Não, acho que não, isto também acontece muito principalmente em África, isto é possível.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«Não conheço muito bem esses curandeiros, mas estou a falar em termos de África, nos países africanos onde existem. Porque há sítios mais no interior em que não há hipótese de ter acesso aos serviços de saúde.»

{Ent 22: H, MJ, GE}

«Trata-se muitas doenças em casa entre africanos... porque na minha terra, era terra em que não havia pretos, a ilha da Brava,... isso é mais coisas de africanos que faz estas coisas. Nós estamos um bocado no meio... não.»

{Ent 37: H, MV, GP}

«Embora somos um país africano, mas vê-se que estamos afastados de África.»

{Ent 12: H, MV, GE}

Também há quem distinga em termos de escolhas terapêuticas, dois tipos de doenças, as doenças graves e as doenças ligeiras:

«Há casos que são tratados com coisas naturais, tipo febre, gripes, podem ser tratados com grogue, plantas. Tratamento natural só se for para doenças ligeiras.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«Sarampo tratei em casa, não ia ao hospital por causa de sarampo.»

{Ent 39: M, MV, GE}

Para além disso, algumas pessoas explicam que existe uma distinção entre as doenças de médico e as doenças que não são de médico. Distinguem também doenças que se vêem e doenças que não se vêem:

«Há doenças que não se vêem como por exemplo as dores de estômago que dizem que são doenças muito perigosas e não se podem fazer remédios de terra e então vão logo ao médico. As doenças que não dá para ver é no médico.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

Pensamos que, mais do que distinguirem as terapias médicas das não médicas, as pessoas distinguem os tipos de doenças que são tratadas no médico das outras doenças tratadas pela medicina tradicional. Basicamente,

mente podemos acrescentar que os indivíduos separam as patologias em dois tipos, em certos casos recorrendo aos médicos, e nos outros casos de doenças que não são consideradas de médico, procurando o tratamento através de outros terapeutas.

Existe entre os cabo-verdianos uma diferenciação entre os problemas que pertencem à esfera da competência da medicina e os problemas que pertencem à esfera dos conhecimentos locais, observada tanto na explicação da origem do problema de saúde como nas medidas gerais ou específicas para a sua prevenção e tratamento⁴⁴⁵. Muitas vezes denominam «doença-da-terra» e «remédio-da-terra» a perturbações e tratamentos pertencentes ao universo da medicina popular e a concepções do mundo que podem incluir o sobrenatural.

M. Augé⁴⁴⁶ afirma que nada distingue fundamentalmente os sistemas africanos dos outros, opondo-se às análises de um outro antropólogo, Foster⁴⁴⁷, que diz que em África toda a doença é atribuída à acção de um agente externo, que tanto pode ser o homem como Deus. No caso concreto do grupo estudado, tal como em qualquer sociedade, é uma multiplicidade de dimensões, de posições de força, de situações sociais que estão em questão. A doença constitui uma «forma elementar do acontecimento» no sentido em que as suas manifestações biológicas se inscrevem no corpo do indivíduo, mas fazem parte de uma interpretação social.

«Em minha casa éramos tratados entre a medicina tradicional, à base de ervas e óleos e a medicina convencional quando as coisas se complicavam... fazíamos purgante, laxante para limpar o aparelho intestinal e tomávamos óleo de fígado de bacalhau. Isto tudo em termos preventivos.»

{Ent 8: M, MV, GE}

«Eu sei que isto existe só! As pessoas diziam que eu tinha um espírito mau no meu lado e que estava com doença espiritual, mas eu não acreditava. Diziam que tinha de procurar um mestre, feiticeiro ou curandeiro, isto porque eu queria ser bailarino e as pessoas diziam que eu estava maluco há muito tempo. Até eu já estava com dúvida.»

{Ent 32: H, MJ, GP}

445. Mateus, M. D. M. Lameirão, *Estudo etnográfico de pacientes com esquizofrenia e seus familiares em São Vicente, Cabo Verde*. Universidade de São Paulo, 1998.

446. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

447. *Idem, ibidem*.

«Não. Nunca acreditei nisso dos curandeiros... acho que é aquela máquina que faz os tratamentos que me vai ajudar e os médicos.»

{Ent 2: M, MJ, GP}

«Se ficar doente, que é algo físico, vou ao hospital, mas também se for algo muito grave, mesmo que não for, se pedimos, eu sei, tenho a minha fé, se fazemos uma oração ajuda a combater a doença. Mesmo que não for connosco, se for o nosso próximo, um familiar nosso. Se for uma doença grave, se estiver no hospital, podemos fazer um pedido para ele, para melhorar mais depressa... Se tivesse a doença aqui, acho que seria mais bem atendido à nível médico e tinhas mais condições mas mesmo assim a força espiritual pode ser bom em qualquer altura. Saúde não é só física mas algo mais importante que é a saúde espiritual, ligado a Deus. Vou à igreja, mas mais importante é na prática, no dia a dia, o nosso comportamento com o próximo... Posso dizer que combati a doença pela minha fé e, pela fé dos meus familiares, da minha mãe lá de longe e sobretudo Deus... porque se fosse só pela medicina não conseguia, hoje podia estar morto, não tinham condições... Eu tenho certeza que se fosse pela mão de Deus, eu não curava. Nessa altura não sabia o que era rezar... Eu tinha a minha fé, sempre acreditei que tinha uma força superior que nos iluminava ou que nos guiasse... A oração e a fé ajudam a combater a doença... Há casos que são tratados com coisas naturais, tipo febre, gripes, podem ser tratados com grogue, plantas. Tratamento natural só se for para doenças ligeiras.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«Penso sempre no doutor, na saúde de Deus e mais nada.»

{Ent 30: H, MJ, GP}

«Eu pensou que o destino é Deus, que eu tinha de sofrer. Porque Deus deu-me esta missão eu tenho de cumprir também.»

{Ent 36: M, MV, GP}

«A minha mãe foi comigo a um curandeiro quando eu tinha 3 anos e ele deu-me um remédio contra bruxa e fiquei melhor. Também já vi isto com outra pessoa e se calhar há bruxaria. Foi uma colega minha da quarta classe que morreu e uma senhora disse que foi ela que matou a menina, diziam que ela era bruxa.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

2.4. Hábitos culturais e auto-percepção da cultura de pertença

Quando se pergunta às pessoas se os hábitos tradicionais se mantêm ou se alteram com o processo de imigração, (ao nível de práticas ligadas à cultura cabo-verdiana, de que são exemplo os tratamentos caseiros, o *Guarda-Cabeça* ou os rituais ligados à morte, que veremos na análise das práticas), são os indivíduos que fazem parte do grupo de elite que dizem que os cabo-verdianos nunca perdem a sua cultura. Segundo eles, os hábitos culturais acima referidos ainda se mantêm e perderam sobretudo entre as pessoas mais velhas ou nas comunidades que habitam nos bairros de concentração cabo-verdiana. Curiosamente, as respostas recolhidas em sentido oposto, que contrariam esta afirmação, argumentando que estes hábitos eram de facto mantidos pelas pessoas mais velhas, mas que foram abandonados quando da emigração, são emitidas por pessoas do grupo popular, residentes nesses mesmos bairros.

«Pelo menos das pessoas de Cabo Verde que eu conheço sempre que emigram sempre trazem algum medicamento... por exemplo, este óleo de eucalipto que é bom para as dores. Não mudam os hábitos.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

«Nós não perdemos a nossa cultura, fazemos questão disso mesmo. Ainda hoje digo que estou com dores e entre patrícios: ah toma chá de folha de louro ou chá de... Não mantêm, são coisas que as nossas avós nos passaram. Aqui nos bairros não perderam a cultura... Sim, eu penso que nos bairros principalmente ainda continuam a fazer... até eles dizem guarda cabeça... Não, aqui não. Eu acho que cá também fazem... na Amadora fazem isso. Aliás, os cabo-verdianos que vivem nos bairros não perderam a cultura...»

{Ent 39: M, MV, GE}

«Sim, os que já conviveram com os pais seguem ainda. Eu já não levo as tradições antigas para a frente. Os meus pais deram-me enxofre contra o mau-olhado, mas eu não dei ao meu filho porque não aprendi, já não vim da terra com a tradição.»

{Ent 3: M, MJ, GP}

Veremos, mais adiante, ao nível das práticas, que são menos frequentes os testemunhos de pessoas que afirmam recorrer em Portugal a

tratamentos caseiros e muito raros os que admitem o recurso a curandeiros ou a feiticeros, depois da sua chegada a Portugal.

Ao nível da cultura de pertença, quem expressa que sente uma mistura das duas culturas, a cabo-verdiana e a portuguesa, provém sobretudo do grupo de elite.

«*Sinto que tenho duas pátrias.*»

{Ent 12: H, MV, GE}

«*É essencialmente mestiça.*»

{Ent 28: M, MV, GE}

Muitos inquiridos dizem, porém, sentir-se 100% cabo-verdianos e que estão fortemente ligados à cultura cabo-verdiana, como poderemos verificar através das relações que em Portugal mantêm com aspectos da cultura cabo-verdiana.

Verificou-se que a quase totalidade dos entrevistados, sem distinção de idades, diz sentir-se cabo-verdiano ou uma mistura das duas culturas, a portuguesa e a cabo-verdiana. São raros os casos das pessoas que dizem que não se sentem cabo-verdianas mas sim portuguesas. Os indivíduos que dizem sentir-se mais portugueses de que cabo-verdianos são homens que pertencem ao grupo etário mais velho, que vivem em Portugal há muitos anos e já residem aqui há mais anos do que aqueles que viveram em Cabo Verde. O grau de integração atingido por estes indivíduos pode já ser considerado equivalente aos níveis de aculturação e de assimilação. Nestes casos, a aculturação conta habitualmente com a perda da cultura de tradição e criação de novos traços culturais⁴⁴⁸.

Como já foi possível analisar anteriormente, quando nos referimos ao quadro teórico desta pesquisa, podem-se distinguir diferentes tipos de integração. O problema da integração dos imigrantes torna-se mais complexo quando existe uma diferenciação étnica com a sociedade receptora. A integração relaciona-se também com processos de inserção e exclusão social. O indicador máximo de integração está associado a um nível elevado de habilitações, mas isto não implica forçosamente que ocorra um fenómeno de aculturação ou assimilação, podendo acontecer que os indivíduos se sintam integrados, mas que, ao mesmo tempo, continuem sentir que conservam as suas raízes do país de origem. No caso deste estudo e, mais precisamente no que se refere ao

448. Loue, S. (editor), *Handbook of immigrant health*. Plenum Press, New York, 1998.

grupo de elite, este apresenta um processo de integração no qual a aculturação conta com a manutenção e não a total perda da cultura de tradição e criação de novos traços culturais. Pode-se dizer que, neste caso, estamos perante uma aculturação parcial. Utiliza-se o termo aculturação⁴⁴⁹, para referir a adaptação dos indivíduos ao sistema de valores de outra sociedade e a integração de conhecimentos e de comportamentos entre os grupos culturais, enquanto um processo dinâmico e contínuo. A relação dinâmica entre a idade em que se imigrou, o tempo de residência no país de acolhimento e a integração é conhecida, mas pode não ser linear⁴⁵⁰.

Os percursos realizados ao longo da vida são de extrema importância para perceber o modo como as pessoas vivem, as suas aspirações e representações e como engendram processos de construção das suas identidades. O estudo das identidades culturais tem de ter necessariamente em conta os contextos espaciais e relacionais em que estas se enquadram. O espaço, enquanto agente activo de inscrição de práticas sociais, é uma realidade complexa que deve incluir as variáveis sociais e culturais. A imigração faz desde logo destacar a importância das questões de mobilidade, dado que as trajectórias sociais, residenciais e profissionais vão modificando e redefinindo as identidades. É através dos discursos acerca da origem, da terra natal, dos hábitos e dos costumes que se mantêm ou se alteram, que se pode entender a proximidade ou a distância face aos sistemas culturais e étnicos de origem e aos valores da sociedade de acolhimento. As culturas não são «realidades estáticas», mas resultam de uma constante negociação com o exterior e com os diferentes sistemas culturais. Pode-se manter um «núcleo duro» do sistema cultural e ao mesmo tempo interiorizar uma série de comportamentos que facilitem uma mais fácil integração na sociedade de acolhimento⁴⁵¹.

A integração é em regra muito problemática e constitui um processo demorado. Os Africanos são um dos grupos que geralmente enfrenta maiores dificuldades de integração, devido à sua origem étnica e cultural, distinta da sociedade de acolhimento e do protótipo da cultura ocidental, e ainda, porque, na sua maioria, não possuem à chegada, um património económico, «cultural» e social.

449. Relacionado com o tempo de residência, e com a manutenção ou perda da cultura de tradição e criação de novos traços culturais.

450. Em Portugal, temos como excepção o caso dos ciganos que não sendo imigrantes são uma minoria étnica.

451. Machado, F. L., *Contrastes e continuidades – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2002.

2.5. Conclusões preliminares

Tentando retirar ainda mais algumas conclusões, podemos antecipar a ideia de que os grupos com condições socioeconómicas mais baixas, representado no nosso estudo pelo «grupo popular» e dentro desse, particularmente os «Mais Velhos» encaram a Saúde e a Doença de forma muito semelhante ao «modelo biomédico», enquanto que os indivíduos do «grupo de elite» se identificam mais com o «modelo bio-psico-social». Como vimos na nossa revisão bibliográfica, no modelo biomédico, a saúde é sinónimo de ausência de disfunções biológicas. Este modelo tem a sua raiz no dualismo mente/corpo, no reduccionismo biológico e na causalidade linear. A saúde é vista neste modelo, como a ausência de doença, sem ter em conta a etiologia psicossocial de algumas doenças e não tendo em consideração a dimensão simbólica da doença, nem as diferenças comportamentais.

Um outro modelo de saúde, o modelo holístico, destaca a importância da responsabilidade individual e do desenvolvimento pessoal, em que o paciente é uma parte activa na sua relação com a equipa de saúde. Neste modelo já se inclui a vertente psicossomática da saúde e da doença, a relação entre corpo, mente e espírito e as dimensões sociais, psicológica e física. Dá-se ênfase à necessidade de prevenir a doença e examinam-se os estilos de vida que, por sua vez, são moldados pelos padrões de consumo e comportamentos⁴⁵². A saúde não é apenas a ausência de doença, mas manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade, nos aspectos mentais, sociais e físicos que são interdependentes; configura-se num bem-estar resultante de uma auto-avaliação e da expressão de uma opinião pessoal (positiva/negativa) acerca de si próprio. Esta perspectiva assemelha-se muito à noção de «felicidade».

Como já tivemos possibilidade de ver, para explicar as diversidades em saúde e em doença em geral, e dos imigrantes em particular, distinguem-se duas vertentes, a culturalista e a estruturalista ou materialista. A primeira baseia-se nas diferenças culturais e na importância das diferenças culturais no significado de saúde e de doença entre as pessoas de diferentes origens étnicas. A segunda, foca predominantemente a *localização social* (por exemplo, a classe social, a idade e o «estatuto de imigrante») como um factor causal primordial para os resultados em saúde. Smaje refere ainda, que existem na vertente estruturalista ou materialista dois tipos de explicações. O que tende a diminuir a impor-

452. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

tância do papel da etnicidade, e aquele que resulta da intersecção de uma série de factores como a classe, etnicidade, género, idade e «estatuto de imigrante». Esta segunda explicação dá a mesma importância à influência da classe que à influência da etnicidade e incorpora o papel da influência da cultura. Uma explicação completa deveria examinar cada factor como um fenómeno cultural e estrutural.

Verificou-se que a variável determinante para a distinção entre as representações da saúde e da doença, mais do que a geração e o género, é o «grupo social» ao qual os indivíduos pertencem. Foram observadas semelhanças no seio do mesmo grupo social e diferenças na comparação entre os dois grupos sociais. Apesar de verificarmos que a variável que determina as maiores diferenças é o grupo social, foram evidenciados aspectos semelhantes entre os dois grupos. Além disso também podemos concluir que existem algumas divergências no interior de cada grupo social quando analisados em termos de geração e género.

Podemos, por agora, sugerir que estamos perante dois tipos de visão. Uma cosmopolita e uma existencial, o que corresponde a uma perspectiva mais articulada e alargada ao mundo versus outra mais ligada e condicionada às condições materiais e culturais de sobrevivência. A primeira está relacionada com as ideias expressas pelo grupo de elite enquanto a segunda corresponde mais as representações feitas pelo grupo popular.

Concluimos que a representação de saúde é traduzida através de um registo discursivo que vai do orgânico (ausência de doença) ao social (estar bem com os outros, ser eficiente no trabalho)⁴⁵³, quase como na pirâmide da escala de necessidades de Maslow, correspondendo, respectivamente, o primeiro ao discurso do grupo popular e o segundo ao do grupo de elite. Este último encara a saúde e a doença enquanto fenómenos mais globais e exteriores aos indivíduos e o grupo popular vê a saúde e a doença mais restritas ao corpo, sintomas e aspectos fisiológicos, dando-lhes um significado mais particular e interior, exactamente no mesmo sentido da diferenciação das visões cosmopolita e existencial de que falámos. Não sabemos até que ponto estas diferenças evidenciadas nos discursos correspondem às diferenças reais. Os diferentes graus de inserção na realidade material poderão contribuir para moldar a visão que as pessoas têm da saúde e da doença, condicionada pela posição social.

453. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

3. ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E DE DOENÇA

Como já foi observado na parte teórica desta investigação, há que distinguir duas categorias de práticas de saúde.

Uma primeira, relacionada com práticas quotidianas que podem pôr em causa a saúde. Neste caso, trata-se de práticas indirectamente ligadas à saúde (tendo uma relação de causa/efeito) associadas aos estilos de vida. Os hábitos indirectamente relacionados com a saúde têm a ver com práticas alimentares, de consumo de álcool ou tabaco, exercício físico, ocupação de tempos livres e hábitos de higiene, os quais, por sua vez, conduzem a comportamentos saudáveis ou não saudáveis. Os hábitos e costumes que são trazidos da cultura e educação de origem podem manter-se ou vir a modificar-se de forma a se adaptarem a novos modelos e condições de vida, uma vez em contacto com a sociedade de acolhimento. Uma segunda categoria integra as práticas de saúde propriamente ditas, ou seja, as práticas preventivas e curativas (tratamentos, diagnósticos, exames, etc.) e a própria utilização dos serviços de saúde. São práticas que estão directamente ligadas à saúde e à doença.

Fazendo ainda uma distinção entre comportamentos de saúde e comportamentos de doença, podemos dizer que os primeiros são actividades que surgem na relação com a manutenção da saúde, enquanto os segundos são respostas que surgem na consequência de sintomas de doença.

Os comportamentos de saúde envolvem não só acções e práticas, como também pensamentos relacionados com a saúde e a prevenção da doença. Quanto aos comportamentos de doença, estes são produto das atitudes das pessoas em resposta ou como reacção ao facto de se sentirem ou de se saberem doentes. Consiste num processo de compreensão e de reacção face à doença incluindo os pensamentos, as atitudes e as acções perante a doença.

No caso deste estudo, ambos os comportamentos, de saúde e de doença, se referem aos discursos das pessoas e não às práticas reais dos mesmos, como seria o caso se a metodologia da pesquisa tivesse incluído a observação directa das práticas realmente desenvolvidas face à saúde e à doença. O nosso estudo tenta compreender o sentido que as pessoas dão às suas práticas e como pensam, como falam ou como discursam sobre a relação entre saúde/doença. Vamos encontrar algumas situações em que o discurso não corresponderá sempre à realidade das práticas e à expressão dos pensamentos sobre as questões a que procuram

dar resposta, mas será motivado sobretudo pela imagem que se quer dar «*ao outro*», a imagem que se entende como aquela que «*deveria ser a desejável*» sob o ponto de vista dos outros. As atitudes são «normas de proceder, reacção ou tendência determinada de comportamento em relação a qualquer estímulo ou situação; propósito; maneira de significar esse propósito» As experiências passadas vão condicionar as atitudes presentes, que por sua vez vão actuar sobre o comportamento. Muitas vezes assiste-se a uma inconsistência entre as atitudes e os comportamentos (por vezes os comportamentos expressos são mais o que a pessoa gostaria de fazer e o que pensa que deve fazer, do que aquilo que realmente faz). As atitudes também influenciam a nossa maneira de perceber a realidade (percepções) e o processo de motivação.

Também nesta análise das práticas de saúde e de doença, como já foi referido na análise das representações de saúde e de doença, se verifica que as práticas e os comportamentos são diferentes, em alguns aspectos, entre os grupos sociais. Foram encontradas também ligeiras diferenças nas práticas entre os géneros e as gerações, as quais sempre que se justificar, iremos destacar.

Em primeiro lugar, passamos a analisar os comportamentos e práticas relacionados com os estilos de vida que interferem na saúde, para, seguidamente, nos debruçarmos sobre os comportamentos de saúde propriamente ditos.

3.1. Práticas de prevenção, cuidados de saúde e estilos de vida

A primeira opinião recolhida nas nossas entrevistas parece ser unânime. Todos os inquiridos acham que a prevenção é importante e que ajuda a manter uma boa saúde, sobretudo para quem já teve filhos e passou por todas as etapas, fez as vacinas, levou as crianças ao médico e fez vigilância da gravidez. Há pessoas que falam da importância das medidas de prevenção com o objectivo de se saber exactamente o que se está a passar, o que é que está a acontecer, e na importância em ir ao médico, para este fim. Outras referem a importância da prevenção como forma de rastreio atempado das doenças, através de exames, análises e *check-ups*, vacinação actualizada.

Registam-se ligeiras diferenças entre os dois grupos sociais, em termos de preocupações e cuidados, que se manifestam nos discursos sobre práticas que interferem na saúde. Ambos falam sobre os cuidados a ter com a alimentação, mas só no grupo popular se referem cuidados de

saúde através de idas ao médico sempre que algo não está bem, sendo isto considerado como um cuidado para a saúde (também surgiram respostas em que se diz que se deveria ir ao médico...) do mesmo modo que a aquisição de medicamentos.

«Não tenho necessidade assim... Ah, pois... se eu sentir alguma dor, coisa diferente assim, eu vou logo ao médico.»

{Ent 3: M, MJ, GP}

«Uma preocupação, como uma coisa que... como a alimentação. Pela positiva, no sentido de preocupar com o bem-estar, estar bem e não deixar que as coisas aconteçam. Faço exames de 6 em 6 meses ou no máximo, 1 ano, no particular ou então quando vou a uma consulta aproveito e levo a credencial para fazer, para mim, para o meu filho e para o meu marido e ver se está tudo bem.»

{Ent 44: M, MJ, GE}

Veremos algumas divergências sobre esta questão quando da análise dos subgrupos, por género. Nota-se já aqui alguma discrepância entre as opiniões e as práticas de prevenção. Quase todos os entrevistados afirmam que efectuaram o que está mencionado, alguns referem que já não o fazem desde que eram crianças, ou desde que vieram para Portugal, outros que não o fazem há muito tempo. No grupo popular aparecem relatos em que os entrevistados dizem que não fazem nada, não têm nenhuma preocupação ou cuidados especiais com a saúde.

«Eu não faço nada...»

{Ent 26: M, MV, GP}

«Não tenho preocupação muito. Da doença não tenho muito preocupação... Para evitar adoecer não faz nada.»

{Ent 36: M, MV, GP}

Também encontramos algumas particularidades que só surgem nas respostas do grupo de elite, designadamente, o hábito de fazer análises e *check-ups* de rotina como forma de prevenção.

«Faço análises por iniciativa própria com regularidade. Também faço outro tipo de rastreios, tipo pulmonares. Habituei-me a fazer até porque na Siemens era obrigatório fazer um rastreio periódico, não é?»

{Ent 6:H, MV, GE}

«Periodicamente, de 6 em 6 meses, faço o check-up com aquelas coisas todas, aquelas análises todas... pois porque a gente se habituou assim..., vamos lá a ver, quer dizer, nas empresas onde passei, por exigências que tínhamos que ter com todo o quadro laboral que tínhamos que exigir que fizessem isso.»

{Ent 13: H, MV, GE}

«Acho, mas eu sou um péssimo exemplo. Faço exames quando tenho alguma coisa, e não faço check-ups nenhuns desde que sai da TAP. Todos os anos, nós tínhamos de fazer um check-up nos serviços médicos da TAP. Eu fazia porque era obrigada.»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Preocupo-me com o bem-estar. Exactamente. Ele disse-me [o médico] “você é uma pessoa africana que deve dar o exemplo aos outros”, porque eu vou ao médico, preocupo-me, até borbulhas na cara, sou uma pessoa apto, aqui no serviço dizem que eu sou vaidoso, mas é a preocupação que eu tenho com a minha pessoa. É assim, sinceramente, ao vou ao médico de 3 em 3 meses, até se for necessário, vou sempre ao médico porque às vezes tenho medo. Com o esforço que eu faço, até falo com pessoas amigas que são psicólogos, pessoas já de quadro, tenho muitos amigos, sempre dizem “olha é bom tentar entrar em contacto com o médico”, porque é assim, eu acho que faço um esforço supranatural, digamos assim, entre aspas...: ... muito esforço, portanto, preocupo-me com o meu bem-estar... tenho que ir ao médico. É assim, do que é prevenção, eu faço tudo, desde o namoro, quando cheguei a Portugal, tive uma namorada, isto uma coisa importantíssima...»

{Ent 16: H, MJ, GE}

É necessário distinguir as idas ao médico, ou melhor, o recurso aos serviços de saúde, como medida preventiva, evocado pela elite e o recurso que se prende com o sofrimento de uma sintomatologia patológica e o pedido de medicamentos, referido sobretudo pelo grupo popular.

Há ainda, neste grupo, particularmente entre os «mais velhos» quem atribua a sua boa forma física aos cuidados que tem com a saúde e a práticas de conservação de estilos de vida consideradas saudáveis (associadas a não ter comportamentos nocivos para a saúde como

beber, fumar, regime alimentar, exercício físico...) e a levar uma vida regrada:

«Evidentemente que eu sigo determinados conselhos, já não sou jovem, mesmo que no tempo de juventude, eu sempre procurei manter uma vida regrada e... evitei muito coisa que se chama vida mundana,... Evitava, por exemplo, fumar..., ingerir bebidas alcoólicas, e... a prostituição e coisas assim parecidas. Sempre com a influência religiosa, evidentemente temos outras influências, isso pode influenciar de tal forma que muitos perderam a sua saúde.»

{Ent 11: H, MV, GE}

«No aspecto alimentar, no aspecto de higiene e também na saúde mental que também é essencial não é? Eu tenho a minha cabecinha limpa, eu sou uma pessoa que... não me preocupo com a vida dos outros, eu preocupo-me é comigo, é por ser feliz e tentar ajudar os outros, é esse o meu lema. Para já ocupo o meu tempo, tenho essa alimentação que não abuso não é, não fumo porque dizem que o cigarro faz mal, as bebidas alcoólicas fazem mal.»

{Ent 17: M, MV, GE}

Os «mais jovens» dizem que ainda nasceram em casa (e não num hospital ou maternidade), mas os seus filhos já nasceram em hospitais e maternidades, grande parte deles em Portugal. Os «mais velhos» também reforçam a importância da vacinação, das análises, *check-ups* e exames de diagnóstico, para prevenir a doença. Também dizem que os filhos foram todos vacinados (*tira virgula*) e que está tudo em ordem. Alguns tiveram os filhos em casa, em Cabo Verde. Os que estão cá há mais tempo e cujos filhos já nasceram em Portugal, deram à luz na maternidade.

Como vimos, todos os entrevistados responderam que a prevenção é uma ajuda muito importante para a saúde. Nesta questão, o que mais se destaca é o facto de as mulheres serem mais activas do que os homens, em termos de práticas de prevenção.

Embora exista um maior número de homens do que mulheres que reconhecem a importância das práticas de prevenção, afirmando que deveriam ir regularmente ao médico, estes acabam por admitir que há já muito tempo que estão para o fazer. Estamos aqui perante um exemplo de como as representações podem contradizer as práticas.

Grande parte dos elementos do grupo de elite, pertencentes à geração dos «mais velhos», refere ter uma preocupação com a alimentação, evitando gorduras, fritos e açucares e praticar uma alimentação mais à base de grelhados, cozidos e vegetais.

«Sempre que possível como peixe em vez de carne, evito gorduras. Ontem comecei por um pequeno-almoço que para mim é sempre uma refeição muito importante, nunca saio de casa sem tomar o pequeno-almoço e a primeira coisa que faço é tomar um duche e tomar o pequeno-almoço: leite, pão integral, queijo fresco, becel. Eu evito a manteiga, mas uso sucedâneo à base de polissaturado. Ao almoço, fugi um pouco à regra... comi bife com cogumelos, mas também carne branca, não foi carne vermelha. Acompanhei com uma "Sprite", o jantar foi almôndegas. Aí bebi vinho tinto.»

{Ent 6: H, MV, GE}

«Em termos de alimentação, evito aquelas comidas que, não é comidas é a confecção que não é muito saudável. Tento evitar os fritos, prefiro cozidos... grelhados. Não me privo de comer uma cachupa... em casa mesmo em casa. ... o pequeno-almoço foi café com leite, com queijo, assim queijo com pão. O almoço comi... fritos... comi febras, febras com batata frita e não lanchei e depois ao jantar comi arroz de bacalhau. Antes de deitar bebo leite outras vezes como iogurte. Ontem ao jantar bebi um bocadinho de vinho... sempre que posso gosto de beber... só que agora tenho uma espécie de uma azia...»

{Ent 9: M, MV, GE}

«A minha alimentação é à base de vegetais, eu não gosto de gorduras, não gosto de carne. Ontem de manhã comi uma chávena de café com leite, um sumo de laranja, uma papaia e duas tostas. Almocei feijão com arroz e um peixinho. Lanchei duas tostas, tomei um copo de leite. Tomei uma sopa de legumes e comi duas peras.»

{Ent 17: M, MV, GE}

«Tenho cuidados com a alimentação, sobretudo pensando no grau de poluição de que a terra... o planeta terra está envolvido... tenho muitos cuidados com a alimentação. Não compro produtos refinados, geralmente não como carne vermelha, não como arroz branco, ficaram-me bons hábitos da alimentação africana...»

completos, o sal e o açúcar... o quanto basta. O meu pequeno-almoço é uma taça de fruta, normalmente é um kiwi ou uma maçã, flocos integrais e um iogurte e chá geralmente, chá de menta. O almoço comi uma sopa de legumes completíssima, como estava em casa, comi também queijo e comi fruta... Ao jantar comi um prato africano, em casa de uma amiga minha que cozinhou um Chambél, que é frango com óleo de palma e leva quiabos e mandioca, gratinado, tipo de moamba. P: Como é que acompanhou, em termos de bebidas? Uma garrafa de vinho, vinho tinto.»

{Ent 28: M, MV, GE}

É curioso notar que as pessoas que afirmam tomar um pequeno-almoço completo, porque consideram esta a refeição mais importante do dia, são todas do grupo de elite e «mais velhas». Pelo contrário, o mesmo já não acontece com o grupo popular, apesar de haver respostas que indicam que há algumas pessoas no seio deste grupo que se preocupam com a alimentação.

«Primeiro, uma coisa que as pessoas dizem é, para ter saúde é preciso alimentar bem.»

{Ent 32: H, MJ, GP}

«Em termos de alimentação... é tudo isso. Tenho certos cuidados mas também às vezes falhamos.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«Alimentação tem que ser uma coisa muito cuidada.»

{Ent 38: H, MV, GP}

É neste grupo que encontramos mais pessoas que afirmam que comem de tudo (*«Comemos de tudo, graças a Deus»*) havendo, por outro lado, pessoas que dizem que às vezes não comem absolutamente nada.

Não encontramos grandes diferenças nas práticas alimentares, entre os entrevistados mais novos e os mais velhos. Em ambos os grupos há pessoas que têm de fazer dietas adaptadas aos seus problemas de saúde. Também entre as pessoas mais jovens há quem diga preocupar-se bastante em termos de alimentação, não ingerindo muitas gorduras e comendo a horas certas. No caso dos mais velhos, alguns indivíduos dizem que têm muito cuidado com a alimentação, dando muita importância ao pequeno-almoço, evitando fritos, gorduras e açúcares.

As preocupações e cuidados que os mais jovens têm com a sua saúde não são muito diferentes das que são experimentadas pelos mais velhos. Essencialmente centram-se na alimentação, nas análises e *check-ups* de rotina, nas idas ao médico sempre que não se sentem bem e no exercício físico. Alguns jovens manifestam consciência dos perigos de hábitos nocivos e referem que tentam ter cuidado com o álcool e com o tabaco.

«Não fumo! Bebo com os meus amigos...»

{Ent 5: H, MJ, GE}

«Preocupo-me, digamos não fumo, não bebo. Quer dizer fumo e bebo socialmente, de vez em quando.»

{Ent 24: H, MJ, GE}

«Fumo. Um maço de cigarros dá para dois dias.»

{Ent 27: H, MJ, GP}

«Tabaco, às vezes quando sinto-me aflita, que eu não tiver os meus medicamentos em casa, por alguma razão não tive, não tenho, ou não tive tempo de ir ao médico, costumo fumar e muito.»

{Ent 34: M, MJ, GP}

Em termos de género, verifica-se que são mais as mulheres a afirmar que têm cuidados com a alimentação e que têm de seguir, por vezes, uma dieta adequada ao seu problema de saúde. Também encontramos mais mulheres do que homens que referem que têm muitos cuidados alimentares no sentido de fazerem uma alimentação racional e saudável. No entanto, convém ter em mente que estamos ao nível de relatos sobre práticas e por vezes esses relatos são construídos em forma de um discurso produzido para ser avaliado como correcto. Alguns homens afirmam *«Eu como de tudo Graças a Deus»* ou *«Comemos tudo. Graças a Deus»* em tom de afirmação da sorte ou possibilidade que têm de, por um lado, não terem nenhum impedimento de saúde que os condicione em termos alimentares, e, por outro, por terem a capacidade de acesso material aos bens alimentares. Afirmam com orgulho poderem comer de tudo, querendo realçar que não têm dificuldades financeiras para adquirir os alimentos, aparentando, no entanto, não ter a noção de que comer de tudo nem sempre é o mais saudável. Neste caso, tem mais influência o nível de educação do que o nível económico nos comportamentos adoptados. Por exemplo, subentende-se que um indivíduo do grupo de elite pode comer tudo, ou seja, que tem possibilidades financeiras para

comer o que quiser, mas, no entanto, este indivíduo vai expressar preocupações ao nível de uma dieta equilibrada, o que depende sobretudo da educação, conhecimentos e da informação e não tanto da disponibilidade e acessibilidade económica. Existe aqui uma forte associação e ligação quase directa entre os conhecimentos e atitudes e os comportamentos e práticas.

Os estudos mais qualitativos mostram que as pessoas, de uma forma geral, estão informadas do que é uma alimentação saudável mas que, no entanto, não a praticam na medida em que cedem ao gosto, ao hábito, à tradição, à publicidade, ao preço⁴⁵⁴.

De acordo com Nettleton, podem ser identificados tipos de explicações para padronizar o estado de saúde pela etnicidade, através de factores genéticos, culturais e socioestruturais.

Encontrámos relatos que mencionam que alguns homens passaram a beber mais depois de chegarem a Portugal, expressos apenas por indivíduos do sexo masculino, do grupo popular.

«Devia beber com um bocadinho de cautela, não é? Há meses em que é todos os dias, chego a um café e bebo, todos os dias... Devia deixar o ambiente dos cafés.»

{Ent 27: H, MJ, GP}

«Em Cabo Verde trabalhava, fazia desporto... não tinha outros hábitos. Aqui fui obrigado a brincar com o álcool e em Cabo Verde não fazia isso. Não quer dizer que estou a beber por vício. É a situação de ter a família longe.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

«Anda no psicólogo porque andava a beber, bebia, tinha problemas com a mulher... tinha descontrolo com a mulher, ela tinha outro homem... eu passei a uma classe de bêbado... chamavam-me bêbado.»

{Ent 38: H, MV, GP}

«A gente veio beber cá em Portugal, lá em Cabo Verde não bebia. Cheguei cá, é um rumo de vida e é também do calor.»

{Ent 41: H, MV, GP}

454. Vieira, C. in Silva, L. Ferreira, *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

«Beber é uma das coisas que não deixei e deveria ter deixado. Porque isso é do vício da pessoa que traz dentro do corpo das pessoas que não deixa.»

{Ent 15: H, MV, GP}

No que se refere ao consumo de álcool, conforme já referido anteriormente, tanto num como no outro grupo social, há pessoas que nos dizem que se bebe moderadamente e/ou socialmente, não mais do que um copo à refeição, ou quando se sai em convívio. Também já referimos atrás que o cabo-verdiano considera a bebida como um hábito e não como um vício, só passando a ser visto como um vício quando as pessoas abusam do álcool e se embebedam. Relativamente aos hábitos de beber e de fumar, não foi possível detectar diferenças por geração. Como acabámos de observar, de acordo com relatos expressos apenas por indivíduos do sexo masculino, alguns homens começaram a beber em Portugal. Pensamos que as mulheres quiseram ocultar esse hábito por ser considerado um acto «condenável» pela sociedade, enquanto para os homens parece ser uma prática mais aceitável, apesar da *bebida não ser considerada um vício entre os cabo-verdianos*⁴⁵⁵.

A maioria dos entrevistados afirma que não tem o hábito de fumar. Só quatro pessoas dizem que ainda fumam enquanto que outras quatro já fumaram, mas abandonaram o tabaco. Destas oito pessoas, apenas uma faz parte do grupo de mulheres, mais jovens, do grupo de elite. As restantes são pessoas mais velhas e mais jovens do grupo popular. Tínhamos, anteriormente, formado a ideia de que realmente se bebia muito entre os cabo-verdianos, mas que a prática de fumar já não era tão comum, o que os nossos resultados parecem desmentir. Um dos entrevistados revelou-nos que pensa que há muitos homens que fumam e abusam muito de bebidas alcoólicas. Podemos arriscar dizer que certamente se passará o mesmo com as mulheres.

A predominância de hábitos nocivos para a saúde entre os elementos do grupo popular, permite-nos ir ao encontro da afirmação de Nettleton quando diz que «Ao nível da saúde, os comportamentos mais arriscados como fumar, consumo de álcool, dietas desadequadas, estão associados a menos educação e circunstâncias de vida mais pobres»⁴⁵⁶.

455. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de caracterização da comunidade cabo-verdiana residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal. Lisboa, 1999.

456. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

Um hábito que parece ser muito comum a todos os cabo-verdianos, sobretudo, no tempo em que ainda viviam em Cabo Verde, sendo muito poucos os que o abandonaram, é a prática de actividades desportivas, sobretudo no caso dos indivíduos mais velhos, como veremos mais à frente.

O hábito de prática actual de exercício físico é referido por muitos inquiridos, sobretudo pelos indivíduos do grupo de elite. Uns declaram que fazem ginástica de manutenção em casa, outros, dentro deste mesmo grupo, dão passeios ou fazem caminhadas, em vez de praticarem exercício ou um desporto. Além destes, encontramos quem admita que deveria fazer exercício, mas não faz. No entanto, muitos dos inquiridos referem que em Cabo Verde praticavam mais exercício do que agora, aqui em Portugal.

Poucos homens, mais velhos, do grupo popular, referem que gostam muito de andar a pé, de passear, mas que hoje em dia não fazem nenhum exercício físico, embora o tivessem feito anteriormente.

«Eu normalmente faço..., eu pratico de vez em quando... Eu jogava futebol de vez em quando, agora estou limitado por causa da coluna. Não quero fazer isso..., de vez em quando dou os meus passeios, não sei quê.»

{Ent 14: H, MV, GP}

«Exercício faço, andar a pé muito. Por vezes saio de casa a pé.»

{Ent 15: H, MV, GP}

«Eu gosto muito de andar a pé, exercícios não faço derivado a uma operação que fiz num joelho de uma acidente que tive de trabalho... mas eu já fiz artes marciais, todos os dias fazia. Fiz karate, fiz boxe, fiziquei alguns meses a fazer Judo, também.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

Neste grupo social, torna-se muito evidente que a prática de exercícios físicos é de carácter predominantemente masculino. Nos casos em que a prática é feminina, são sobretudo elementos do grupo de elite que o referem.

Quanto à diferenciação por género, verifica-se que este tem uma certa interferência em algumas respostas dadas por mulheres do grupo popular, quando dizem não ter tempos livres, já que esse tempo é utilizado

para tratar da casa ou porque simplesmente não têm actividades fora de casa.

«Às vezes, quando está o tempo bom, levo o miúdo para passear... e passo o resto em casa, a tratar da roupa.»

{Ent 3: M, MJ, GP}

«Eu não tenho tempo no fim-de-semana, sempre em casa, arrumar casa, passo ferro...»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Fim-de-semana, ao sábado trabalho e ao domingo em casa, não vou a lado nenhum.»

{Ent 19: M, MV, GP}

«Tempo livre, não há. Tratar da casa, vou arrumar, lavar... os meus filhos não está, eu tenho que tratar da casa.»

{Ent 36: M, MV, GP}

«O meu tempo livre olhe... trabalho, casa. Chego aqui, mexo ali, mexo lá e já está feito.»

{Ent 40: M, MV, GP}

Esta situação é relatada exclusivamente por mulheres do grupo popular de ambos os grupos etários. Predominantes no grupo de elite, em ambas as gerações, mas mais referidos por mulheres, são os hábitos de leitura e idas ao cinema. Mesmo no caso dos homens, neste grupo, diz-se que, quando trabalham, não têm tempo livre pois o trabalho toma o tempo quase todo. Um homem diz que:

«Eu tenho um quintal, uma horta e ao fim de semana vou para lá, chego á casa por volta das 4, 5h... de manhã até a tarde. Planta batata, cebola, couve, feijão, milho.»

{Ent 41: H, MV, GP}

A ocupação dos tempos livres também mostrou ser uma actividade que está muito ligada ao estatuto social. As actividades de leitura, cinema, ouvir música, conviver com os amigos, conversar, passear, são evocadas principalmente por pessoas do grupo de elite. Se à partida pensávamos encontrar diferenças na forma de encarar a saúde, por género e por geração, poderíamos adiantar aqui a conclusão de que os estilos de vida identificados demonstram que se encontram maiores distinções entre

a mesma geração ou género nos dois grupos sociais do que entre gerações ou género no interior do mesmo grupo socioeconómico.

Tendo em conta o grupo de variáveis acima analisadas, nomeadamente, os cuidados com a saúde e as práticas de prevenção, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e de tabaco, a prática de exercício físico e a ocupação de tempos livres, consideramos que se pode afirmar que se trata, de um modo geral, de uma população saudável, com comportamentos salutogénicos e práticas viradas para um estilo de vida saudável, que provêm sobretudo da cultura de origem e não de factores de ordem socioeconómica. Encontrámos, no entanto, em termos de cuidados com a saúde e práticas de prevenção, uma diferença entre os dois grupos sociais, sendo particular ao grupo de elite o hábito de fazer análises e *check-ups* de rotina como forma de prevenção.

Em Cabo Verde, a alimentação é saudável, a prática de exercício físico é muito corrente e poucos trazem de lá o hábito de fumar. No entanto podemos considerar que existem duas práticas que dependem mais da posição socioeconómica do que de factores culturais, sendo elas o maior consumo de álcool em Portugal, predominante nos homens do grupo popular e a forma de ocupação dos tempos livres. O consumo de álcool, visto como sendo uma prática que aumentou com a vinda para Portugal, foi referido exclusivamente pelos homens do grupo popular, de ambas as gerações. Mas já sabemos que esta prática também faz parte da cultura de origem, se bem que se diferenciem comportamentos, em função do nível de escolaridade, evidenciando-se nos grupos sociais mais integrados a noção do que pode ser considerado um discurso pouco correcto acerca de práticas que são mal aceites na sociedade, tendo em conta a informação dominante na sociedade de acolhimento.

No que respeita ao género, não captámos discursos sobre o consumo de álcool nas mulheres, porque este é, em geral, um comportamento mal aceite. Talvez por esta razão, não tenha sido possível captar mais dados no grupo de elite e no grupo das mulheres, independentemente do seu grupo social. Não encontramos nas entrevistas referências relativamente ao alcoolismo, ou porque os entrevistados «escondiam» esse comportamento ou ainda porque provavelmente não reconhecem esses comportamentos como alcoólicos, visto que a bebida é um hábito que faz parte da cultura cabo-verdiana. No entanto, um entrevistado afirma que:

«agora a nossa comunidade também fumar, a comunidade cabo-verdiana fumar também é um, digamos assim, eu não sei, é uma coisa que essa comunidade faz sempre, fumar. Mas é uma coisa

muito comum, há muito cabo-verdianos, cabo-verdianos, não é cabo-verdianas, se calhar não e muito bem, mas estou a referir-me a homens que fumam e abusam muito de bebidas alcoólicas. No fim-de-semana, às vezes, há muitas pessoas que estão desempregadas, homens, por causa disso, porque já estão mesmo alcoolizados... é uma coisa que está muito..., Exactamente, a mim custa-me muito uma pessoa cá em Portugal, com uma oportunidade de vida, digamos assim, de trabalhar, e, não trabalha, vai ao café e bebe, bebe, bebe mas aquilo, apodera-se da bebida alcoólica, digamos assim... São pessoas que estão no desemprego, pessoas que têm, não têm trabalho.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

Conforme anteriormente referido, uma prática comum a todos em Cabo Verde, mas que com a vinda para Portugal se modificou, mantendo-se sobretudo no grupo dos homens de elite, é a prática de exercício físico. Neste caso podemos afirmar que esta prática tem como base a cultura partilhada, mas que, com a vinda para Portugal, se tornou acessível apenas a pessoas com mais recursos, provavelmente por questões económicas, mas sobretudo pelos condicionalismos impostos pelo tipo de profissão e disponibilidade de tempo, que são também variáveis dos estilos de vida. Podemos aceitar esta explicação, tal como aconteceu com o consumo de álcool no caso dos homens do grupo popular, embora neste caso, não tanto por razões de ordem económica, mas principalmente devido ao tipo de vida e trabalho desenvolvido, para além de um outro aspecto importante que tem a ver com a residência em bairros de concentração cabo-verdiana, onde os cafés são o ponto de encontro dos seus habitantes, sobretudo à noite e aos fins-de-semana. Não queremos deixar de referir novamente que acabámos de analisar um conjunto de práticas e hábitos culturalmente determinados mas que são também condicionados pela posição social e pelas condições económicas dos indivíduos.

No «The Black Report»⁴⁵⁷, uma das razões evocadas para a existência de diferenças de saúde é a explicação comportamental e cultural, que envolve diferenças de classe em comportamentos que são destrutivos ou são promotores da saúde e que, em princípio, dependem de escolhas individuais. As preferências alimentares, o consumo de drogas, como tabaco e álcool, as actividades de tempos livres e o uso dos serviços de

457. Townsend, P.; Black, D., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, London, 1992.

medicina preventiva, como a imunização, contraceção e observação pré-natal são exemplos de comportamentos que variam em função do grupo social e que podem contribuir para as diferenças de classe na saúde. As dietas ou hábitos alimentares são influenciadas tanto por preferências culturais como pelas disponibilidades financeiras.

Calnan e Williams⁴⁵⁸ encontraram uma discrepância entre a forma como as pessoas se exprimem publicamente sobre determinados comportamentos de saúde e as concepções «privadas» que orientam as acções individuais. Apontam para a existência de uma relação entre a estrutura social e a noção de saúde, a alimentação e com menor evidência, o exercício físico. Esta diferença parece ser explicada pelos constrangimentos das condições materiais de existência, mais do que pelas questões de acessibilidade.

Analisando as práticas de saúde propriamente ditas, que incluem a utilização e acesso aos serviços de saúde e aos recursos médicos e não médicos, corremos o risco de irmos ao encontro de algumas análises já referidas ao nível das representações acerca da utilização de remédios caseiros e o recurso a outros terapeutas, e reacções a este tipo de tratamentos, já que o discurso dos entrevistados é fluente nesta temática e dificilmente se separam as representações das práticas ou comportamentos. Poderíamos dizer que neste caso se tratam mais de vivências do que de práticas ou comportamentos, cujos discursos combinam opiniões, atitudes e acções.

3.2. Episódios de doença relatados

Um dos temas principais de conversa, quando se fala acerca da saúde, é o assunto das doenças. As doenças do próprio, que tem ou que já teve, a sua evolução, os tratamentos e os resultados. Pensamos que não se podem notar grandes disparidades face aos episódios actuais de doença, a não ser o facto de aparecerem mais queixas por parte dos indivíduos do grupo popular e de existirem doenças próprias das mulheres que, ao nível da análise por género, se distinguem das outras. Talvez se possa também registar que quatro episódios actuais de doenças que se podem classificar de ordem psicossomática (ansiedade, dores de cabeça, enxaquecas, insónia) são mencionados por pessoas do grupo

458. Calnan, M.; Williams, S. (1991) in Silva, L. Ferreira, *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

de elite, enquanto no grupo popular não se regista este tipo de queixas. Podemos acrescentar que algumas doenças estão relacionadas com o contexto socioeconómico e o local onde as pessoas residem no momento da entrevista.

Dos diferentes tipos de queixas enumeradas, ou seja, as doenças de que as pessoas se queixam, quase todos os casos correntes são crónicos ou frequentemente recorrentes e exigem tratamentos e cuidados prolongados. Só quatro pessoas relataram situações pontuais presentes na altura da entrevista. Os casos crónicos mais evidentes são os três doentes com insuficiência renal que estão completamente dependentes de um tratamento continuado. Outras situações que também podem ser consideradas crónicas, já que estão sempre presentes na vida das pessoas e exigem uma vigilância permanente são, entre outras, *diabetes, tensão alta, coração, colesterol, brônquios, problemas de coluna e reumatismo*. Depois, existem situações pontuais que estavam latentes na altura da realização da entrevista: «*estou com corrimento no peito...*»; «*Eu ando com problema de ouvidos*»; «*Estou com a garganta atingida*»; «*Estou com gripe*». Outros episódios relatados com maior frequência e que tiveram lugar anteriormente, foram *gripes, apendicites, quistos e intoxicações alimentares*.

Podem-se identificar doenças ou episódios específicos em cada um dos grupos sociais (por exemplo, acidentes de trabalho no grupo popular ou uma depressão nervosa e ansiedade no grupo de elite), o que, no entanto, não nos permite retirar conclusões de carácter geral nem permite estabelecer diferenças muito acentuadas. Também não se detectaram diferenças entre os grupos, quando são referidas as doenças que contrairam enquanto viviam em Cabo Verde. A maior parte dos relatos reporta-se às doenças que tiveram lugar durante a infância. As mais mencionadas foram o sarampo, varicela, constipações e gripes, febre tifóide e febre intestinal. Foram também referidos casos de *bronquite asmática, alergias, pneumonia, dores de cabeça, paludismo, operação a um caroço, quisto e uma intoxicação alimentar*.

Nesta temática, existem doenças que pensamos estarem relacionadas com o contexto geográfico e climatérico próprio de Cabo Verde. Uma doença que aí existia e foi erradicada é o paludismo. As alergias, bronquite asmática, broncopneumonia, pneumonia e asma também podem estar relacionadas com o clima e as alergias, dores de cabeça, com o tão falado vento Elísio ou o vento que vem do Saara. A febre tifóide e a febre intestinal também estão relacionadas com o contexto geográfico, a época e o clima e as águas.

Em termos de gerações, verifica-se que o número de episódios actuais de doença está repartido de modo quase equivalente entre os dois grupos. Consideramos que o tipo de doenças ou problemas relatados são próprios e específicos de cada um dos grandes grupos etários. Existem doenças comuns às duas gerações mas, como se pode verificar, os problemas de saúde mais específicos do grupo etário «mais velhos» são provocados por diabetes, pela tensão arterial (elevada), pelo coração, entre outros.

A construção social da saúde, a doença e a etnicidade não podem ser isolados dos efeitos de «status» dos imigrantes, da classe social, do género e da idade⁴⁵⁹. Pelo contrário, a etnicidade interage com cada um destes factores. Muitos estudos chegam à mesma conclusão, afirmando que a saúde dos imigrantes recém-chegados é melhor do que a dos indivíduos «locais». Os níveis de morbilidade para os imigrantes tende a ser mais baixo do que para a população de origem. Ao imigrarem, as pessoas são «seleccionadas» com base no seu estado de saúde. À medida que o tempo de residência aumenta verifica-se que aumentam também as taxas de morbilidade e de mortalidade dos imigrantes, como consequência dos estilos de vida, particularmente do regime alimentar. As desordens psicológicas e as depressões atingem certos grupos dentro de imigrantes, para o que contribuem as dificuldades no emprego e no alojamento, acumuladas a uma mobilidade social e espacial, à separação da família e a problemas de comunicação, bem como ao confronto com sentimentos de racismo e de discriminação. As determinantes da relação entre grupos de imigrantes, grupos étnicos e saúde são geralmente compostas por factores de pertença a um grupo, factores socioculturais e factores socioeconómicos⁴⁶⁰. A pertença a um grupo tem em conta a discriminação social, económica e étnica, a língua, a separação das famílias e as experiências antes e durante a migração. O factor sociocultural evidencia as diferenças de cultura e o socioeconómico inclui a posição social, o acesso ao consumo de bens, a participação no mercado de trabalho, valores/normas e o acesso à informação. As doenças, quando consideradas pelos próprios, parecem ser referidas enquanto problemas e parecem, por vezes, derivar de práticas culturais⁴⁶¹.

459. Germov, J. (editor), *Second opinion: an introduction to health sociology*, Oxford University press, Melbourne, 1998.

460. Venema, H. P. Uniken; Garretsen, H. F. L.; Van Der Maas, P. J., Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Social Science and Medicine* 1995; 41: pp. 809-818.

461. Donovan, J. L., Ethnicity and health: a research review. *Social science and medicine*, 1984, vol. 19, 7, pp. 663-670.

Tendo como referência o nosso objecto de estudo, podemos concluir que as patologias referidas pelos entrevistados não se enquadram nas mencionadas no estudo de Luís de França⁴⁶².

Ao procurarmos saber como procederiam as pessoas, caso estivessem em Cabo Verde e sofressem do mesmo problema de saúde que relataram, mais uma vez parece existir semelhanças entre os dois grupos, já que nos foi respondido pela maioria que fariam exactamente a mesma coisa, isto é, iriam procurar um médico:

«Eu também seguiria os conselhos do médico.»

{Ent 6: H, MV, GE}

«Iria ao médico!»

{Ent 16: H, MJ, GE}

«Sim, ir ao médico e preocupar-me com a minha saúde, sim.»

{Ent 10: H, MV, GE}

«Actualmente acho que era relativamente fácil tratar, porque é assim, já há gastrenterologistas que fazem endoscopias.»

{Ent 24: H, MJ, GE}

«Fazia na mesma. Tudo igual.»

{Ent 26: M, MV, GP}

«Ia para um médico para ver o que é para fazer.»

{Ent 30: H, MJ, GP}

«Era ir ao médico também... ao hospital.»

{Ent 31: M, MJ, GE}

«Fazia a mesma coisa, procurava um médico mas eu para procurar um médico faço isso... atraso sempre.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«Teria ido ao hospital também, e lá ia fazer a mesma coisa.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

462. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

«... ouvia a opinião do médico...»

{Ent 39: M, MV, GE}

«Lá... tinha que ir para médico, tomar medicamentos.»

{Ent 41: H, MV, GP}

«Primeiro tinha que ir à procura do médico, não é? Só que na ilha do Sal para fazer uma ecografia e isso tudo, tinha que ir a um médico em S. Vicente ou na Praia, para fazer isso.»

{Ent 45: M, MJ, GE}

«Não sei, o caminho era o mesmo, era ir ao médico, ter a tal receita.»

{Ent 46: M, MJ, GE}

Nos casos em que as pessoas afirmaram que procurariam remédios de terra, estas pertenciam exclusivamente ao grupo popular:

«Se estivesse em Cabo Verde... tanta gente que era mais velho, que sabia de tanta palha de erva que curava, já faleceu. Quase já não há remédio, palha de erva para fazer, já quando a gente sente sintoma de febre ou alguma coisa, já não está a fazer aquilo.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Cabo Verde com os mesmos problemas, é... pronto! Poderia ser mais complicado, porque recurso não é assim tão grande. Podia... Aí é que eu poderia recorrer a outros meios, por exemplo, para evitar-me as dores, não sei quê. Podia recorrer a outros meios, porque lá em Cabo Verde não há essa gente..., faz sempre aquele medicamento da terra, não sei o quê, para evitar a dor, não sei o quê... Aí, muito bem.»

{Ent 14: H, MV, GP}

«Tratava com remédio de palha como também... quando tive acidente fui lá, tomou os medicamentos que levei de cá. Quando fui lá, fiz lá remédio de palha que aqui também tem. Para tratar dos ossos... Aqui há muito bom remédio que é agrião... de agrião que é muito bom para ossos. Lá fazia xarope de agrião e quando vim de lá, já... senti melhor mas também vou ao hospital como tive

cá... lá também se for acidente vou ao hospital Também tem que tomar medicamento de hospital. Lá, igual.»

{Ent 36: M, MV, GP}

É curioso notar que quando perguntámos às pessoas como resolveriam a mesma situação de doença em Cabo Verde, algumas mulheres afirmaram que lá, muito provavelmente, não teriam tido os problemas referidos:

«Eu acho que em Cabo Verde eu não teria entrado em depressão porque eu penso que o modo de vida em Cabo Verde, já lhe disse que a qualidade de vida em Cabo Verde é muito melhor. Eu acho que teria resolvido muito melhor, porque em Cabo Verde o núcleo familiar e o número de pessoas que nos envolvem é tão grande que somos alvos de muita atenção e a nossa parte emotiva está muito mais equilibrada, a nossa parte afectiva está mais equilibrada e aqui a vida é muito solitária... aqui é "chacun à sa place". Procuraria um médico, um especialista.»

{Ent 28: M, MV, GE}

Pelo contrário, somente quatro pessoas dizem que se estivessem em Cabo Verde não teriam hipóteses de sobrevivência. Nos casos dos doentes com insuficiência renal, estes afirmam que se ficassem em Cabo Verde teriam morrido visto que lá não haveria hipóteses de tratamento:

«Em Cabo Verde não há este tipo de tratamento, e quem tem este problema, se não fizer o tratamento morre, termos de fazer hemodiálise, podemos por em risco a nossa vida.»

{Ent 2: M, MJ, GP}

«Eu se estivesse lá tinha morrido, ou tinha morrido ou então tinha vindo para Portugal fazer tratamento porque todos vêm para cá fazer tratamento.»

{Ent 12: H, MV, GE}

«Acho que não escapava. Eu lá durante a minha vida de jovem sentia bem. Isso apareceu de repente, eu nunca tinha nada disso. Acho que se tivesse ficado lá já morria, que é diferente. Cá quem morrer é porque o seu dia a sua hora, já chegou, mas em Cabo Verde morrem muitas pessoas sem ajuda... porque não há medicamento.»

{Ent 29: M, MV, GP}

«É diferente porque aqui têm melhores médicos... é importante. Doença que eu tive aqui e fui operado de urgência, se fosse lá morria.»

{Ent 38: H, MV, GP}

Procedendo a uma análise mais detalhada dos episódios relatados, verifica-se que não existem especificidades em termos de geração. No que se refere ao género, também nos parece que, à excepção de casos que são específicos do sexo feminino, não existem grandes disparidades. Os homens são mais propensos a relataram episódios de acidentes de trabalho e de condução. Para além de serem as mulheres a apresentar mais queixas, também é no seu grupo que encontramos episódios ligados ao lado psicológico e emocional, como é o caso da ansiedade e das insónias.

3.3. Recursos utilizados em caso de doença ou de prevenção

A única diferença reconhecida entre os dois grupos sociais relativamente à utilização dos serviços de saúde foi encontrada nos relatos que referem uma utilização mais frequente dos serviços privados por parte dos indivíduos do grupo de elite, assim como o caso de pessoas que utilizam exclusivamente os serviços particulares, situação referida por duas mulheres deste grupo. Também se identificam diferenças quando analisamos os relatos de pessoas do grupo popular, em que alguns homens afirmam que não vão ao médico. No que respeita a utilização dos serviços de urgência, os motivos são idênticos para todos os entrevistados: recorre-se numa situação de aflição, em alturas em que já não é possível encontrar o médico de família.

«Vou sempre ao particular, o sistema de saúde para mim não funciona. Pago, eu vou sempre a médicos particulares.»

{Ent 17: M, MV, GE}

«Claro! Sim! Tenho um médico de família! Particulares? Sim! Vou a especialistas, às urgências: Sim! Tinha... como é que se diz? Tinha quistos no útero e fui operada. Na Maternidade Alfredo da Costa. Pelo meu médico ginecologista obstetra! Sim, foi ele que me operou, ele é cirurgião. Correu tudo bem, ficou tudo resolvido.»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Em Cabo Verde vacinamos... ainda até, no tempo que eu andava na escola primária, vacinavam, agora a partir daí nunca mais. Entrei para o ciclo, depois do ciclo, fui para tropa, depois polícia... Aqui em Portugal nunca fiz nada.»

{Ent 27: H, MJ, GP}

«Já fui uma vez à urgência, quando o meu pai estava aqui, com a mesma dor... ao hospital de São Francisco... Senti aquela dor, fui o meu pai lá e quando chegamos lá 9h e saímos de lá era quase 4h de manhã. Era de urgência, o meu pai tinha médico de família mas aquela hora estava fechado.»

{Ent 30: H, MJ, GP}

«Tenho um sistema de saúde da marinha, vou ao hospital directamente... vou ao Hospital da Marinha. ... já fui uma vez às urgências, porque era de noite, era de madrugada. Fui uma vez ao Hospital Garcia da Orta com o meu filho.»

{Ent 31: M, MJ, GE}

Não se observam diferenças significativas quando se abordam as dificuldades ou barreiras sentidas na utilização dos serviços de saúde, mas podemos, no entanto, verificar que são as pessoas do grupo de elite que mais evidenciam ter uma boa relação com o seu médico de família. Todos dizem que se sentem bem atendidos e, de um modo geral, que gostam dos seus médicos de família com quem mantêm uma boa relação.

Relativamente à relação com os profissionais de saúde encontramos alguns casos em que o contacto com os médicos foi negativo:

«Eu senti que parece que... maneira de falar, tipo que ela é racista.»

{Ent 29: M, MV, GP}

«Tenho médico em Odivelas. Se estiver a sentir mesmo mal, procuro o meu médico, mas se for uma gripe, vou à farmácia explico o que é que tenho e pronto... Não gostei porque o médico foi muito estúpido e não gostei do tratamento Sim e não confiei naquilo que ele tinha-me dito e acabei por ir para um médico particular. Aí mostrei o raio x que acabou por confirmar a fratura e disse que não valia a pena imobilizar porque isto tinha que ser nas primeiras 3 semanas e já tinha passado e só disse para ter cuidado.»

{Ent 45: M, MJ, GE}

«Isso é uma situação que aconteceu há pouco tempo, fui pedir receita, normalmente ia lá pedir receita, eles passavam e ia comprar, da última vez não fizeram isso. Disseram que o médico não pode fazer isso. Não sei, eu também estou para saber isso. Fiz uma reclamação, assinei um livro de reclamação... Passar receita sem consulta. Fiz uma reclamação, tive que mudar de médico... Não podia porque como fiz a reclamação, não retirei a reclamação e o tal médico disse que não aceitava como utente. Neste caso sim. Ainda estou para saber porquê, porque isso aconteceu depois de ter assinado o livro, porque antes... a primeira questão foi, fui lá levantar a receita um dia e disseram que ainda não estava e então disse: como é que é? Isto já cá está há dois dias e estou com uma crise de enxaqueca e então como é que é? A resposta foi, passa cá amanhã à tarde e já está e eu disse, amanhã não pode ser porque já faltei hoje ao trabalho e não posso faltar amanhã outra vez. Então queria falar com o médico, estive à espera e não consegui e pedi o livro, assinei o livro e depois veio a resposta.»

{Ent 46: M, MJ, GE}

Os entrevistados referiram que, de facto, quando chegaram a Portugal, sentiram algumas barreiras ou dificuldades, por desconhecimento do modo de funcionamento do sistema de saúde, mas que agora já se sentem perfeitamente adaptados:

«Em princípio tinha dificuldades, a minha tia acompanhava-me sempre mas agora já conheço.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Antes tinha dificuldades porque eu desconhecia, não sentia à vontade. Estando cá e com uma criança e hospital faz parte ou quando ele cai ou tem que tomar vacinas... a pessoa vai-se habituando.»

{Ent 44: M, MJ, GE}

Há pessoas que falam em dificuldades financeiras:

«Claro. Preocupo-me com tudo na minha vida, é o que eu tenho. ... tenho dificuldade, tenho que dar dinheiro para ver se a gente vai, senão a gente não vai... Particular também não posso porque é muito dinheiro e não tenho dinheiro para pagar, não dá. Só quando uma pessoa precisa é que vai... E para mais, eu até tenho qualquer coisinha e não vou. Só vou porque preciso mesmo.»

{Ent 29: M, MV, GP}

«Não, às vezes tem que aguentar as possibilidades também não dá... se eu ia ao médico, que não tenho dinheiro para comprar remédio.»

{Ent 30: H, MJ, GP}

«Estou inscrita no Centro de Saúde aqui em Odivelas, faço consultas, se me passarem muitos medicamentos tenho que tirar tudo do meu dinheiro e fica mais difícil.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

«Muitas vezes, eu sofre por causa de dinheiro para comprar medicamento que seja necessário...»

{Ent 37: H, MV, GP}

«Temos que ter dinheiro para ter saúde. Às vezes é preciso ganhar alguma coisa para se ter acesso às consultas de especialidade porque no caso de urgência só mesmo quando estamos quase à morrer...»

{Ent 44: M, MJ, GE}

«Não tenho facilidade porque são os meus pais que me sustentam cá e tenho que, de vez em quando vem qualquer coisa mais, ponho de um lado para qualquer eventualidade... é sempre assim.»

{Ent 45: M, MJ, GE}

Há ainda dois homens que referem dificuldades relacionadas com a falta de documentação e com as condições de trabalho:

«Agora sem documento vou tratar aonde? Como?»

{Ent 27: H, MJ, GP}

«Mesmo sem contrato de trabalho. Eu na altura, ainda estou legal... É difícil porque... sei lá, se é mesmo o País que é assim, se as coisas correm devagar, se tem atraso ou que, é um bocado difícil. Para nós que viemos, que estamos à procura de trabalho constante, constantemente à procura de trabalho, quando sobra um bocadinho para ir ao posto médico as coisas demoram para resolver... passam um médico depois de mais tanto tempo para tomar aquele medicamento, depois marcar um exame e demora mais uns tempos para fazer... sei lá.»

{Ent 33: H, MJ, GP}

Temos ainda exemplos de pedidos de ajuda a familiares e amigos que são médicos e de casos de indivíduos que recorrem frequentemente ao serviço nacional de saúde, através da mobilização de conhecimentos:

«Tenho médico de família mas só fui uma vez. Como tenho médicos amigos, graças a Deus. Tenho uma prima obstetra está no hospital Francisco Xavier, foi ela até eu telefono às vezes e digo “olha vou ter contigo”, marco, vou lá e manda-me fazer exames. E tenho esta que é cirurgiã que está no hospital Santa Maria. Não, graças a Deus por conhecimentos. Mas existem muitas dificuldades porque as pessoas esperam...»

{Ent 39: M, MV, GE}

Podemos dizer que parece que se fazem sentir, na população estudada, obstáculos ou impedimentos de ordem diversa, resultantes, nomeadamente, de barreiras financeiras, diferenças culturais, alterações significativas entre as práticas de saúde do país de origem e as do país de acolhimento ou ainda ao nível da educação.

Tal como Loue afirma, podem existir no seio dos imigrantes barreiras económicas, mas também barreiras «não financeiras» (tais como a língua, transporte, cultura, mobilidade, falta de informação e factores ocupacionais). Para além disso, e não sem menor importância, existem as barreiras legais e burocráticas⁴⁶³.

Ao nível da análise por género, as únicas diferenças encontradas residem, como já atrás referido, nalguns relatos de homens do grupo popular que dizem que não vão ao médico e no caso das mulheres de elite que preferem utilizar exclusivamente os serviços particulares de saúde. Também não se observam diferenças a este nível quando se abordam as dificuldades ou barreiras sentidas na utilização dos serviços de saúde. Do mesmo modo, não se detectaram diferenças nem particularidades ao analisarmos esta mesma questão segundo os grupos etários.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, tomando como base os dados recolhidos neste estudo, as conclusões retiradas não seguem as produzidas por Luís de França⁴⁶⁴ segundo as quais esta população tende a recorrer preferencialmente aos serviços de urgência dos hospitais, ou Serviço de Atendimento Permanente, em vez dos

463. Loue, S. (editor), *Handbook of immigrant health*. Plenum Press, New York, 1998.

464. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo-Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

Centros de Saúde, embora valha a pena referir que medeiam sensivelmente 12 anos entre estes dois estudos. Verificamos nas entrevistas efectuadas que a população estudada recorre preferencialmente aos Centros de Saúde e que têm médico de família.

Comprova-se, no entanto, a afirmação do autor quando diz que «*existe uma alteração de comportamentos após o processo emigratório*», segundo ele manifestada através de uma maior frequência e uma maior utilização dos serviços de saúde convencionais, devido a uma melhor qualidade e uma maior acessibilidade aos serviços em Portugal⁴⁶⁵.

Apesar das diferenças identificadas, não podemos, porém, extrapolar os resultados, devendo-se considerar que ambos os estudos são válidos quanto aos resultados encontrados no terreno. Por outro lado, podemos considerar que não existem, aparentemente, grandes diferenças entre a forma como os cabo-verdianos se comportam, comparativamente com a população portuguesa, com as mesmas características.

Através do no nosso estudo, também verificámos a mesma situação que é descrita por Smaje⁴⁶⁶ sobre a utilização dos serviços de saúde, principalmente quando se trata do grupo popular. Observa-se que estes utilizam com frequência os serviços de medicina geral, mas recorrem pouco aos serviços externos de especialidade. Pensamos que, no caso do nosso estudo, as principais determinantes da procura destes serviços são as necessidades sentidas, a percepção da doença, a localização geográfica e respectiva deslocação, mas sobretudo os custos envolvidos.

Podemos concluir que há um número elevado de pessoas entrevistadas que estão inscritas em médicos de família nos Centros de Saúde, mas que existem também muitos casos de indivíduos que recorrem simultaneamente aos serviços públicos e privados de saúde.

As escolhas terapêuticas traçam itinerários entre os vários recursos disponíveis na comunidade. Enquanto que em Cabo Verde se utilizava com maior frequência os vários recursos terapêuticos, aqui em Portugal predomina o recurso ao Serviço Nacional de Saúde. As pessoas usam este sistema de forma convencional e recorrem geralmente, em primeiro lugar, ao Centro de Saúde e só em situações de urgência extrema é que recorrem às urgências hospitalares. Muitas vezes a primeira escolha é o

465. *Idem, ibidem.*

466. Smaje, Chris. *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

Centro de Saúde, outras vezes são os cuidados ao domicílio, e ainda, por vezes, o especialista ou o sistema privado em geral. As idas ao médico servem para confirmar ou negar a hipótese diagnosticada através dos sintomas e para pedir o respectivo tratamento. O não fornecimento de uma explicação satisfatória ou um resultado pouco eficaz do tratamento da doença, podem vir a originar ou a já ter originado anteriormente a causa da ida do doente a um curioso ou curandeiro, o que acontecia, no entanto, predominantemente em Cabo Verde. Ilustrativo a este respeito é o caso do senhor que relata:

«Quando o médico disse que não tinha solução eu tive de recorrer à cura tradicional, tinha 40 anos, fui a um senhor de S. Nicolau que deixou vários discípulos que tratam os ossos. Fazem um tratamento com água do mar aquecida e vinagre e fazem massagens na perna.»

{Ent 11: H, MV, GE}

Desta forma, apesar de recorrer ao médico frequentemente, sobretudo como um dos primeiros passos na resolução de um problema de saúde, o doente pode, ao mesmo tempo ou sequencialmente, recorrer aos especialistas da medicina tradicional como são o caso dos curiosos, espertos ou endireitas, ou, ainda, a outro tipo de pessoas com capacidade para lidar com o problema que os aflige, não esquecendo as orações e promessas.

«Havia um endireita que era o nosso ortopedista. Desempenhava um papel fundamental porque lá em São Nicolau não havia ortopedista.»

{Ent 24: H, MJ, GE}

«Pois, eu também fiz uma vez uma promessa... Foi... O meu pai estava altamente doente e fiz uma promessa, que infelizmente não serviu de nada. Nessas situações uma pessoa usa tudo... acredite minimamente ou não.»

{Ent 6: H, MV, GE}

Em Cabo Verde, a medicina popular é apelidada de «remédio da terra». Nas nossas entrevistas encontramos várias expressões para este termo: no caso dos remédios, temos termos como uma palha, ervas, medicina tradicional, medicamento da terra, produtos de ervanária, remédios naturais ou ainda remédios de casa; no caso dos terapeutas, encontramos esperta, pessoa tradicional, farmacêutico, curandeiro, parteira e curioso.

A literatura que aborda a medicina popular em Cabo Verde facultamos referências sobre o significado de remédio da terra. «... Para a população é a utilização de recursos naturais e culturais como plantas e minerais ou rituais de diagnóstico e cura, manipulados pelo curandeiro ou pela própria clientela na cura doméstica, segundo hábitos culturais próprios transmitidos através da tradição oral e utilizados não individualmente mas fazendo parte de um conjunto e quotidiano importante para a sobrevivência do grupo, o seu equilíbrio físico, espiritual e social»⁴⁶⁷. Para o cabo-verdiano, a doença é a totalidade que faz com que o indivíduo seja visto como um todo, na sua vivência social e cultural, onde os elementos biológicos, psíquicos e emocionais estão assentes num referencial cultural e social que lhe dá a sua visão cosmológica como indivíduo. Entre a população cabo-verdiana é utilizado o conceito de remédio de terra e não o de medicina popular. O remédio está ligado à cura, e envolve tudo o que tenha a ver com a prevenção e diagnóstico da doença e da sua cura, desde os elementos utilizados para esse fim até aos agentes que fazem o diagnóstico e a cura.

Todas as pessoas entrevistadas viveram pelo menos até aos 17 anos de idade em Cabo Verde. Já na altura em que lá viviam procuravam o médico em caso de doença, e iam às consultas no posto de saúde ou no hospital. Mas, quase todas, com raras exceções, relatam episódios que ocorreram desde o nascimento até ao fim da adolescência, em que os tratamentos eram feitos em casa, os quais são conhecidos pelo nome de remédios de casa ou remédios de terra.

A utilização de remédios caseiros como forma de prevenção (os chamados purgantes) para certas doenças foi essencialmente referida por indivíduos do grupo de elite. Na sua generalidade, porém, todos os indivíduos foram tratados, numa ou outra situação, com remédios caseiros para tratar doenças da infância e quase todos são de opinião que estes tratamentos são eficazes. No entanto, todos eles afirmam que isso não representava uma forma de substituição das consultas no posto de saúde ou no hospital, já que esta situação se aplicava somente a um determinado tipo de doenças próprias das crianças ou doenças ligeiras como dores de estômago, problemas digestivos, febre, gripes, tosses ou mesmo a bronquite asmática, que se prestavam a ser tratadas em

467. Rodrigues, N. M. Lima, «Doença da terra» e «doença da farmácia». *Um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

casa com base nesses produtos. Recorria-se de imediato à medicina convencional quando as situações se complicavam. Hoje em dia, quase ninguém se continua a tratar desta mesma forma, dado que, segundo dizem, não encontram cá os produtos requeridos, as chamadas ervas ou palhas usadas para fazer os chás, xaropes, óleos ou banhos, apesar de se manter o hábito de utilização de infusões caseiras, feitas de louro, alho, casca de cebola, arruda, alecrim (para tratar perturbações de saúde provocadas pelo colesterol, pela tensão arterial, para a digestão ou para a febre) e mesmo se o uso de produtos de ervanária ainda seja bastante frequente.

Tudo leva a crer que estes processos terapêuticos que fazem parte de um conjunto de factores culturais provenientes do país de origem se manifestam ainda, pelo menos ao nível das histórias e das memórias descritivas, no conjunto das práticas da maioria dos indivíduos entrevistados.

A única excepção que encontramos ao uso generalizado destas terapias é a das quatro mulheres do grupo de elite, uma mais velha e três mais jovens, que afirmam nunca terem utilizado tratamentos à base de remédios de terra. Além destas, outras pessoas do grupo popular, afirmaram não acreditar muito nestes tratamentos, preferindo os medicamentos e os cuidados dos médicos.

Manifestaram-se reacções diversas relativamente às terapias referidas embora sejam mais as pessoas que dizem que já as experimentaram e que as mães lhes davam estes remédios em criança, acreditando que ajudam a melhorar da doença, do que aquelas que negam acreditar nos chamados remédios de casa. Duas mulheres do grupo popular, mais jovens, reforçam a ideia de que, para elas, a medicina convencional é o recurso por excelência afirmando que:

«Mas eu não acredito, acredito é nos médicos, mas lá tomava um chá Xepicang, uma folha, para baixar a tensão [...] “Não, eu nunca fui pedir à Igreja, nem a Fátima”, mas eu acho que é aquela máquina que faz os tratamentos que me vai ajudar e os médicos.»

{Ent 2: M, MJ, GP}

«Já me tentaram dar chás, mas eu penso que os medicamentos que os médicos me receitam é que me aliviam mesmo...»

{Ent 42: M, MJ, GP}

Pelo contrário, duas mulheres mais velhas do grupo popular afirmam que se estivessem agora em Cabo Verde e adoecessem recorreriam a remédios tradicionais:

«Se estivesse em Cabo Verde... tanta gente que era mais velho, que sabia de tanta palha de erva que curava, já faleceu. Quase já não há remédio, palha de erva para fazer, já quando a gente sente sintoma de febre ou alguma coisa, já não está a fazer aquilo.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Tratava com remédio de palha como também... quando tive acidente fui lá, tomou os medicamentos que levei de cá. Quando fui lá, fiz lá remédio de palha que aqui também tem. Para tratar dos ossos. Aqui há muito bom remédio que é agrião... de agrião que é muito bom para ossos. Lá fazia xarope de agrião e quando vim de lá, já... senti melhor.»

{Ent 36: M, MV, GP}

Algumas pessoas explicam que existe uma distinção entre o que é considerado doenças de médico e aquelas que não são de médico. Distinguem doenças que se vêem e doenças que não se vêem. Há ainda quem tente explicar as razões de antigamente se recorrer mais aos remédios caseiros do que nos dias de hoje, alegando que isto acontece porque são os mais velhos que detêm mais conhecimentos sobre estas práticas, ou ainda porque dantes não havia muitos médicos nem outros recursos nas ilhas e essa era uma forma de complementar a escassez de meios existentes. Encontramos na literatura a explicação de que «Há tempos atrás, as práticas de curandeirismo eram correntes devido à carência de médicos e de unidades sanitárias de base. Era uma prática necessária e socialmente útil. Hoje em dia está em descrédito crescente porque se considera que ir a um curandeiro é manifestar ignorância»⁴⁶⁸.

Em Cabo Verde o remédio da terra e a medicina oficial coexistem no mesmo espaço social, com plena aceitação por parte da população, apesar da necessária adaptação de novas técnicas e novos valores que são introduzidos pelo progresso médico da medicina dita «moderna»⁴⁶⁹.

468. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

469. Rodrigues, N. M. Lima, «Doença da terra» e «doença da farmácia». *Um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

Em Portugal, as práticas são mais parecidas com as dos Portugueses e coincidem com a maioria das práticas dos indivíduos do país de acolhimento. Conforme já referido, os imigrantes trazem com eles sistemas de crenças e práticas de saúde dos seus países com heranças e experiências culturais próprias, podendo manter-se activas por vezes durante várias gerações. Todos os recursos a que se recorre no tratamento e cura são produto de culturas e correspondem a práticas preventivas e acções terapêuticas comuns nas tradições culturais. O uso simultâneo das medicinas tradicional e «moderna» coexiste e um sistema não substitui o outro. Partimos da ideia de que não existe uma correlação directa entre uma utilização continuada do sistema tradicional e o nível de utilização dos serviços modernos, nem uma correlação com um nível mais elevado de aculturação na cultura de acolhimento.

Em Cabo Verde, já sabemos que, a flora tem um papel fundamental. O papel da flora enquanto recurso médico explica-se pela sua situação isolada. As plantas são usadas sob a forma de infusões ou xaropes. Esta prática encontra-se ainda viva junto dos mais velhos e nos curandeiros ou «endireitas». É verdade que o sistema sanitário ocidental sobrepôs-se parcialmente e conseguiu fazer recuar a medicina tradicional, sem no entanto extingui-la. A medicina mais popular tornou-se numa questão de sobrevivência. A medicina tradicional é praticada pelos «curandeiros» e sob a forma de medicina «doméstica» comum, em que o *saber* se transmite no interior das famílias.

A medicina popular é um corpo de conhecimentos e práticas médicas de carácter empírico não enquadrado, pois, no sistema nacional de saúde, que se desenvolve numa dinâmica própria, segundo o contexto sociocultural e económico em que se insere⁴⁷⁰. Nalgumas zonas do arquipélago, as pessoas normalmente só iam ao médico depois de esgotados os recursos por parte dos curiosos, curandeiros e «botadeiras-de-sorte»⁴⁷¹. Podemos acrescentar que o sistema de cuidados de saúde inclui as crenças e os padrões de comportamentos que são ambos regidos pelas características culturais. Deve-se assim, antes de tudo, inserir os indivíduos num sistema de cuidados de saúde particular (o deles),

470. Lemos de Arruda, M. T., *Medicina Popular*. Almed. São Paulo, 1985, p. 11 in Rodrigues, N. M. Lima, «Doença da terra» e «doença da farmácia». *Um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

471. Filho, J. Lopes, *Cabo Verde: Retalhos de um quotidiano*. Ed. Caminho, colecção universitária, Lisboa, 1995.

contextualizar e localizar. A relação de sistemas de cuidados de saúde com o seu contexto cultural é determinante⁴⁷².

O uso de plantas e ervas para chás, xaropes ou banhos são muito frequentes e é uma prática «normal» em Cabo Verde. São referidos os mesmos tratamentos pelas duas gerações, mas, no entanto, pensamos que a geração mais velha recorreu obviamente mais a este tipo de tratamentos e detém um «capital» de conhecimentos que os faz ainda utilizar de vez em quando remédios semelhantes, em Portugal, mandando vir os produtos de Cabo Verde, ou procurando nas ervanárias determinados chás e plantas que são idênticos aos que eram lá usados. Muitos dizem que não existem aqui muitos desses remédios devido ao clima e à vegetação, e que nessas situações procuram as alternativas e recursos existentes e de uso «corrente» no seio da comunidade onde vivem actualmente em Portugal. A maioria dos inquiridos diz que recorria a estas práticas em Cabo Verde, mas que aqui já não o faz ou que o faz raramente. Algumas pessoas, no entanto, dizem tomar ainda hoje alguns dos chás que costumavam tomar em Cabo Verde e recorrem a «mezinhas» caseiras para a febre, gripe e constipações:

«Ainda hoje faço chá de cebola e recorro ao limão puro para a garganta.»

{Ent 10: H, MV, GE}

«Tomo imensos chás, mandava vir as ervas, a minha irmã quando vai traz-me coisas, folhas de abacate.»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Eu já fui aos ervanários comprar alho, chás de ervas. Aqueles chás, aqueles banhos de eucalipto, que eles fazem, ainda agora eu faço estas coisas.»

{Ent 12: H, MV, GE}

«Às vezes, se eu tiver muita frieza, bebo muito chá. Vou à ervanária. Tomo chá de pau de arco, dizem que é bom para certos males e então faço de vez em quando. Tomo chá de pau de arco, chá de louro para a dor de barriga e uso óleo de eucalipto para as dores.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

472. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press, 1984.

«Trato a gripe com remédio de “palha”, chás e faço xarope de agrião que é bom para os ossos.»

{Ent 36: M, MV, GP}

Todos os entrevistados já ouviram falar em medicinas alternativas, ou como muitas vezes intitulam em Cabo Verde, nos curiosos e nos curandeiros. É unânime a opinião de que os remédios da terra existem, são utilizados e fazem bem, mas distinguem-nos das restantes práticas alternativas, tais como curiosos, curandeiros, feiticeiros ou bruxas, cuja existência e ainda mais a sua utilização são já muito difíceis de aceitar. A utilização dos remédios da terra era feita em casa pelas mães ou pelos avós que detinham importantes conhecimentos sobre as potencialidades de certas ervas para a cura de doenças ligeiras.

Enquanto que a maioria dos inquiridos já utilizou e tem uma opinião positiva sobre os remédios usados em casa, os chamados remédios da terra, já são poucos os que dizem acreditar nos tratamentos feitos por curandeiros, ou ainda pelos chamados curiosos, em Cabo Verde. Dizem que não acreditam na eficácia das terapias efectuadas por estas pessoas, em quem não confiam pois, segundo eles, tentam desta forma roubar o dinheiro dos doentes. Alguns também se queixam de que até sentem receio e uma certa apreensão em relação a estes indivíduos. No entanto, não deixam de admitir a existência desta prática, embora considerem que já não se encontra com tanta frequência como antigamente. Aqueles que reconhecem já ter usado essas terapias pertencem maioritariamente ao grupo de elite. A procura destes terapeutas não médicos é, muitas vezes, justificada pela ausência de médicos próximos das áreas onde as pessoas se encontravam. Há ainda quem fale acerca de parteiras, endireitas e pessoas espertas quando se referem a casos relacionados com terapeutas não médicos. Quem acredita nestes terapeutas é porque ele próprio também já recorreu a estas terapias, ou porque conhece alguém que o fez. Fundamentalmente recorre-se a pessoas com conhecimentos sobre tratamentos alternativos, semelhantes aos dos tratamentos caseiros, só depois de se ter tentado a medicina convencional.

Alguns indivíduos mais velhos, todos do grupo de elite, relatam histórias em que eles próprios recorreram a indivíduos da terra que faziam tratamentos alternativos:

«... porque quando o médico por exemplo não conseguia pôr-me a andar..., o médico quase que não tinha solução. Eu tive que

recorrer-me à cura tradicional. Mas nessa altura, já homem (quarenta anos, não é?) fui com a irmã à pessoa tradicional, e tive que arranjar um senhor, já que... (posso entrar em pormenores?) ... um senhor de S. Nicolau, onde as pessoas... havia um famoso homem, antigo, que deixou vários discípulos que conseguem tratar os ossos... então o homem com a água do mar, água salgada, com vinagre e com o chamado «confortativo», que é um tipo de adesivo que tem um material... (não sei, era importado), durante dias a fio o homem ia a minha casa e fazia-me essas massagens... eu fiquei um pouco pensativo a princípio porque ia contrariar [...] nas orientações do médico, mas eu ouvi que também se não fizesse algo mais talvez ficasse naquela situação de andar com muletas, com canadianas...»

{Ent 11: H, MV, GE}

«... Eu fui salvo por um indivíduo curandeiro, talvez isso que você chama medicina alternativa... Eu tinha 6 ou 7 anos de idade... não tinha 8. Tinha convulsões crónicas e o médico mandou-me para casa para morrer. Sim. Andava a tomar antibiótico, chegou uma altura ele mandou-me para casa já... o meu pai conhecia um senhor lá em Santo Antão, o homem era vidente e o meu pai foi lá e ele preparou dois cálices de xarope igual, um para mim e outra para a filha do outro senhor que foi lá com ele, bebemos o cálice e em 3, 4 dias estávamos bom...»

{Ent 12: H, MV, GE}

«Hoje em dia prefiro medicinas alternativas, homeopáticas e a tratamentos de acupunctura, já me sujeitei a esses... Sim, fui procurar um curandeiro, aliás foi a minha mãe comigo, por causa do meu problema ginecológico. Fomos lá para o curandeiro nos dizer o que é que se poderia fazer em termos naturais e ervas e não sei o quê, a gente quer sempre fugir à faca e aos cirurgias... (Os curandeiros geralmente são supostamente para ajudar a resolver problemas) Ele disse que eu tinha que tomar uns banhos, eu lembro-me que ele disse para tomar uns banhos com umas ervas! Fiz esses tratamentos! Não contei ao médico, até porque em termos de informação eu não senti que o que o curandeiro me mandou fazer, interferia com os tratamentos homeopáticos. Acho que é medicina complementar que nenhuma substitui a outra.»

{Ent 28: M, MV, GE}

Também fazem parte do grupo de elite as pessoas que admitem ter alguma curiosidade ou já terem experimentado medicinas alternativas ao nível da homeopatia ou da acupunctura e defendem as suas qualidades, desacreditando, no entanto, as outras medicinas paralelas.

«Hoje em dia prefiro medicinas alternativas – homeopatas e tratamentos de acupunctura – já me sujeitei a esses. Acupunctura por causa de problemas de alergias... Se não resolve pelo menos ajuda... !»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Eu já recorri a outro terapeuta. A um japonês com agulhas e faz fisioterapia, por causa de um braço. Acredito, é só à base de tratamento. Nesses curiosos não acredito... agora nesses chineses e japoneses eu acredito. Oriental acredito... porque já vi e gosto de ler.»

{Ent 39: M, MV, GE}

«Se for homeopata penso que é uma coisa boa, agora outros tipos de medicina paralela, não é muito aconselhável. Homeopata já tenho tentado mas por acaso nunca o fiz, já tenho pensado que é capaz de ser uma solução a considerar.»

{Ent 6: H, MV, GE}

«Homeopatas talvez, acupunctura... já pensei nisso até tenho curiosidade, já pensei em fazer isso e fazer massagens.»

{Ent 31: M, MJ, GE}

Encontrámos na nossa análise um número reduzido de testemunhos de pessoas que recorreram aos curandeiros em Portugal, relatados por indivíduos mais velhos em ambos os grupos:

«Eu já fui... uma pessoa levou-me mas deixei daquilo. Fui porque explicavam isto, explicavam aquilo... porque estava a trazer os filhos de Cabo Verde. Não, não foi por causa da doença. Futuro mas é só ilusão. P. Eu estou a falar de curandeiros mas que tratam as doenças, ... Não, estes não. Nunca fui. Eu não sei se tratam ou não, eu não vou lá. Sim mas não resulta é só para tomar dinheiro da pessoa. É só levar dinheiro. Foi só duas vezes e nunca mais foi lá. Não ajudou, só tomou o meu dinheiro. Há e para ele

está tudo certo só que gasta muito dinheiro com aquilo, agente não vai muito longe. É isso e aquela religião Brasileiro que está aí, eu também já tive lá. Sim, Igreja Universal, eu já tive lá mas saí de lá também. Eles ficam a convidar uma pessoa, às vezes eles vem com carro para buscar pessoas para levar. Não, para levar na Alameda. Eu fui lá duas vezes mas deixei daquilo. Aquilo para mim não resolve nada. Eu tive curiosidade de ir lá só para ver os sistemas deles.»

{Ent 41: H, MV, GP}

«Ali eu fui uma vez... “botar” a sorte, eu não tenho fé com isso. Eu sou franca. É isso, Curandeiro... primeiro eu fui numa cigana, naquela altura eu não conhecia... aqui. Ela disse para mim que tinha uma comadre que morria, que estava engasgar na garganta. Eu disse que era mentira verdade porque eu não tinha nenhuma comadre que morria... eu tinha a minha problema de dor. Eu vi que não era verdade e desliguei disso. ela dizia que tinha doença posta pela... por uma comadre que morria que me ficou na garganta. Se fosse agora, que eu tenho, acreditava mas naquela altura eu não tinha nenhum comadre morta. Aqui, há uns 2 anos atrás muitas pessoas disse assim: que é melhor procurar o que é que eu tenho... que eu corri muito atrás de trabalho que tinha pessoas disse assim... ah, ela não tem outra vida, é só correr serviço, só correr serviço... que se calhar é mau-olhado. Eu fui à casa de um senhor chamado Mamadu, que é um Guineense, em Oeiras, ele disse que foi uma pessoa, fazia-me mal... ponho dentro de porta que eu amaço porcaria. Eu não acredito porque não fiz ninguém mal por isso... Que uma pessoa fez uma maldade e pós dentro da porta da minha casa. Ele nunca disse nome... eles só arranja inimizade. Não, eu acho que... Porque muitas pessoas tinha me dito, para botar a sorte para ver que... como é que eu andava tão boa que de repente eu fiquei assim. Até um dos meus filhos gémeos disse para mim... ele foi lá, ele foi comigo e depois disse: Oh, Osvaldo isso não é verdade. Para botar só uma carta ou para trabalhar com um “rozade” ou que é aqui... ele cobrou em escudos, 5 contos. ... A cigana. Aquela a gente dava 1 kg de açúcar, 1 kg de arroz e toca andar... era tudo mentira! Ela andava de porta à porta das pessoas... morava nas barracas que tinha lá em baixo em Algés e ela andava porta à porta das pessoas, por isso a gente sabia que não era verdade. Eu nunca tinha nenhuma comadre morta.»

{Ent 29: M, MV, GP}

«Eu cheguei a ir, cheguei a fazer consultas aqui em Portugal, na altura. Eu não Sou muito crente neste tipo de tratamentos... Eu fui essencialmente influenciada, toda a gente dizia que valia pena e fui fazer algumas consultas... há 20 anos, foi antes de entrar no processo. Eu lembro-me de ter ido a um médico que me disse que podia fazer um tratamento, que o tratamento podia ajudar mas resolver o problema já não resolvia. Não cheguei a fazer, vi que ia complicar muito com a medicação da medicina convencional que eu estava a fazer e não levava muita fé na medicina tradicional... fazer chás próprios para isso, na altura fazia lá em Cabo Verde, chás da ervanária descritos para outras situações, tudo bem.»

{Ent 8: M, MV, GE}

Fica aqui uma outra opinião acerca da medicina tradicional «alternativa», por parte de um entrevistado:

«Eu acredito na medicina alternativa, aquela que é comprovada cientificamente. Nós passamos por um processo de educação e deixamos de acreditar cegamente na medicina alternativa. Só acreditamos na medicina alternativa cientificamente provada. Posso dar um exemplo... temos um herpes labial, não é, tem uma infecção viral auto-limitada que dentro de 3, 4, 5, 6 dias desaparece. Não há nenhum medicamento que cure o herpes labial. O que acontece geralmente é que em Cabo Verde, começou a ter um herpes labial, então recorre na medicina tradicional, sempre, “ah, agora bebes um chá de casca de cebola e isso cura no fim de 2, 3 dias.” O que acontece é que como aquilo é uma doença auto-limitada, que com casca de cebola, ou de limão, ou de pau d’arco, ou com argila, aquilo passa na mesma. Em São Nicolau havia um senhor que era o Sr. António Juli, deve ter ouvido falar dele, que era o endireita. Era o nosso ortopedista, lá em São Nicolau. Resolvia problemas ósseos, traumatismos, que não tinham feridas. Quando envolvia feridas, ele mandava o doente ao hospital e depois de estar curado é que ele endireitava. Isso é manobras que a gente chama em medicina manobras de endireita em que os ortopedistas são prós nisso. Reduzem a luxação e ele fazia isso. Eu acho que ele desempenhou um papel fundamental, em São Nicolau porque lá não havia ortopedista. Cabo Verde está muito atrasado de mentalidade, muito, muito atrasado. Porque recorre muito à medicina tradicional. Eu não sou contra à medicina tradicional, mas é assim eu quando falo com pessoas, com as minhas irmãs, a minha família é grande, ou com

os meus irmãos, explico-lhes porque é que não devemos acreditar nessas medicinas alternativas assim cegamente, claro que falei com eles umas vezes e como houve atrito nunca mais falei. Em Cabo Verde estão muito atrasados e então é argila. Basta meter argila que cura tudo. Basta ter uma dor de estômago para pôr argila, tem uma dor numa perna põe argila...»

{Ent 24: H, MJ, GE}⁴⁷³

Relativamente a casos relacionados com feiticeiros, maus-olhados ou bruxaria, a maior parte dos entrevistados diz que não acredita nestes fenómenos ou que não conhece pessoalmente nenhuma história relacionada, independentemente do grupo social a que pertence. As pessoas não negam que já ouviram falar nessas situações, mas afirmam que não acreditam. Associam estas práticas ao fazer mal aos outros e à inveja.

Algumas pessoas do grupo popular associam os curandeiros aos feiticeiros, ao mau-olhado ou à bruxaria, e são estas quem mais diz não acreditar e ter medo ou receio. Também no grupo popular, a maior parte dos indivíduos mais velhos nunca utilizou nem acredita neste tipo de terapeutas, e muitos utilizam a expressão «não ter fé nisso» que quer dizer não acreditar:

«Não... estas coisas aqui nunca fui.»

{Ent 26: M, MV, GP}

«Nunca fui a estas pessoas... Não tive aquela doença assim de procurar isso.»

{Ent 36: M, MV, GP}

«Isso não tenho, não tenho essa fé.»

{Ent 37: H, MV, GP}

«Há muita gente que ia mas eu nunca fui.»

{Ent 38: H, MV, GP}

«Não porque... eu para já não tenho fé nisso. Pois, mas isso é roubar dinheiro aos outros.»

{Ent 40: M, MV, GP}

473. Médico.

Algumas pessoas, maioritariamente do grupo popular, dizem que não acreditam nestas questões de doenças postas pelo «mal» e dizem que a sua fé é em Cristo, em Deus e na Nossa Senhora de Fátima, com a qual se identificam e que, se adoecerem, é a ela que recorrem, assim como ao médico e nunca a práticas ligadas a feiticeiros ou bruxas. Também consideram que as pessoas que acreditam nestes fenómenos não têm fé em Deus. Não foi possível identificar outras diferenças por grupos sociais. Podemos verificar que, embora a maioria das pessoas, em ambos os grupos, tenha, de facto, utilizado este tipo de terapia, manifesta-se um largo ceticismo em relação à autenticidade e honestidade dos terapeutas tradicionais.

Confirma-se, de facto, tal como na análise efectuada por Sundquist⁴⁷⁴ que até um certo nível social, os factores socioeconómicos são decisivos relativamente à saúde nas suas diversas dimensões, mas que, ultrapassando esse nível, ou seja, nas classes mais elevadas, continuam a persistir diferenças de práticas de saúde que dependem sobretudo de factores culturais. Exemplo disto é o recurso à homeopatia ou à acupunctura, tal como foi identificado nas entrevistas.

Pensávamos encontrar diferenças significativas entre as duas gerações em estudo, relativamente às experiências e práticas de tratamento caseiros. A única situação a destacar é o caso de três jovens que dizem que nunca tomaram remédios caseiros, acrescentando que não gostam, nem acreditam nisso. No entanto, verificámos que todos os inquiridos, de uma forma ou outra, independentemente da idade e sem grandes diferenças observadas entre as duas gerações, já tomaram ou tomam remédios e faziam tratamentos caseiros, à base de chás com ervas e «palha» que as pessoas apanham à volta das casas, nos quintais ou no «mato», em Cabo Verde. Esta situação aplica-se, porém, somente nas chamadas doenças ligeiras (febres, gripes, tensão arterial) que, regra geral, não requerem uma ida ao médico e são quase sempre tratadas em casa. Quando se pergunta às pessoas se continuam a utilizar as mesmas terapias aqui em Portugal, surgem alguns relatos que afirmam a permanência destes hábitos, como já tivemos oportunidade de expor acima, mas já é mais raro aparecerem referências a práticas deste tipo em Portugal, comparativamente com as práticas mais regulares e frequentes em Cabo Verde.

Algumas pessoas «mais velhas», todas do grupo de elite, dizem que não conhecem curiosos ou curandeiros nem nunca recorreram a estes, mas

474. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

que utilizavam os tratamentos com ervas e chás, remédios da terra, para tratarem em casa febres, constipações, e outras doenças ligeiras:

«Em Cabo Verde nós... as pessoas iam ao médico, não tinham assim esses curandeiros, havia poucos. De casa, sim em casa remédio de terra, mas não era assim esses curandeiros...»

{Ent 17: M, MV, GE}

No caso dos mais jovens, a maioria definitivamente não acredita nos curiosos e curandeiros:

«Mas para dizer, nos curandeiros eu não acredito.»

{Ent 5: H, MJ, GE}

«Nunca acreditei nestas pessoas, acredito na medicina... podem me dar chás mas acredito nos medicamentos que os médicos que receitam.»

{Ent 42: M, MJ, GP}

Alguns ainda acrescentam que não gostam disso e até sentem algum medo destas práticas, embora haja quem reconheça que essas crenças existem e que fazem parte de uma tradição:

«Em relação ao curandeiro, tenho uma certa reserva, tenho medo até.»

{Ent 31: M, MJ, GE}

«Não acredito mas reconheço que existem curandeiros e que fazem parte da tradição cabo-verdiana.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

Conforme já referido, outros acham que isso é uma invenção da parte de indivíduos pouco sérios para ganharem dinheiro à custa dos doentes:

«Isso agora, as pessoas podem ganhar dinheiro mas comigo não.»

{Ent 27: H, MJ, GP}

Três pessoas mais jovens dizem que não acreditam e nunca recorrem a estes terapeutas, mas já ouviram histórias sobre pessoas que o fazem:

«uma vez tive uma senhora que sofria de dores de estômago e o médico deu-lhe para "incapaz"... Deu-lhe para incapaz... Sim,

mandou a mulher para casa. Então levaram a mulher a casa de uma pessoa, foi lá e a mulher até ainda é viva. A mulher foi apresentar no médico x tempo depois e o médico ficou admirado, perguntou o que é que a senhor fez para estar viva? A senhora disse que encontrou uma porta aberta, foi lá e estava viva. Isso eu não sei. Há pessoas que trabalham nas coisas... curandeiros, que já é outras coisas.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

«Conheço. Nunca fui mas conheço. Não sei especificar, isto é tão vago é uma coisa que se faz com tanta naturalidade. Não pensava nisso mas conheci uma pessoa que sei que faz isso. Eles chamam curiosos, espíritas, acho que é. Acho que problemas de relacionamento nem é de saúde... tem a ver com outras questões.»

{Ent 44: M, MJ, GE}

«Nunca fui mas conheço pessoas que já foram. Porque acharam que no hospital não conseguiam e foram para lá. Nunca perguntei... Há uma pessoa que pensa que a doença é mau-olhado, foi lá por causa disso. Eu acho que não resolve.»

{Ent 46: M, MJ, GE}

Curiosamente, apesar de todos os entrevistados terem mostrado dificuldade em aceitar este tipo de práticas, há relatos de quatro pessoas, todas elas mais jovens, que comprovam a existência deste género de histórias sobre os mesmos fenómenos em Cabo Verde, os quais passamos a transcrever resumidamente pois são reveladores da ambiguidade dos sentimentos entre a crença e a dúvida:

«Já ouvi mas para dizer que acredito que existem estas coisas... há algumas de espiritismo que posso garantir que já vi. Não, pôr a doença não. Há pessoas que tratam estas coisas, estas curandeiras. Dizem... Eu vi a pessoa a fazer mal ao outro. Tu vais ficar assim... e ficou mesmo!!! Não morreu. Ficou paraplético»

{Ent 27: H, MJ, GP}

«... já ouvi uma história de um rapaz, como dizem que as pessoas fazem mal... Sim. Tipo bruxaria. Dizem que não era para ele, era para uma outra senhora, acho que aquilo foi uma água que jogaram e ele passou ali primeiro que a senhora e ficou paraplético.»

Foi para o médico... mas continuava tudo na mesma e ele regressou para o Sal e a família decidiu ir ver naquelas pessoas o que é que se passava e disseram esta história. E a partir daí ele fez um líquido todos os dias, davam-lhe banho e a partir daí ele começou a andar novamente... sei lá, acho que nunca tive um caso comigo e não acredito a 100%. Só oiço histórias. Acho que não. Acho que a inveja não pode provocar a doença.»

{Ent 45: M, MJ, GE}

«Já vi isto que é diferente, com outra pessoa... uma morte, uma colega minha, na 4.^a classe, eu foi aqui que eu vi que de facto, se calhar, há bruxaria... foi na festa, houve uma senhora que é vista como bruxa, deu-lhe comida. A pessoa deu-lhe comida, viu na festa, ela chegou a casa foi, bom aquilo foi uma confusão, os pais da criança foram falar com a própria bruxa, conversar, não sei quê, ela disse "Fui eu que matei" ela disse "fui eu que a matei, porquê?" porque é bruxa? Ela agora, não... A vingança... Essa senhora nunca, foram a tribunal, ela disse "fui eu que matei porque é assim" de raiva não sei quê, mas ela estava a ser muito falada na altura, na zona, inclusive as crianças "Olha, cuidados com a Júlia!", porque ela era vista como feiticeira mesmo. Portanto, morreu, ninguém prova que ela é que matou, pronto.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

«... uma amiga minha, ela sentia, eu não acredito nestas coisas mas, ela sentia muitas dores, eram dores que ela ficava muito aflita e não sabia o que havia de fazer. Então estavam a dizer que era mau olhado... Em Cabo Verde... então ela estava a sentir estas coisas todos e antes ela não sentia. Então uma pessoa disse que devia ser mau-olhado que ela estava sofrer. Acho que era pela mãe do marido dela, que não queria que ela casasse com o filho, achava que ela não era boa moça para o rapaz. Então ela estava sentir coisas diferentes, dores, dores de cabeça, ela desmaiava e então ela disse que uma outra amiga dela receitou para ela ir para estes curandeiros. Ela foi e era um homem, ele passou... Ela estava na ilha de Boavista mas esta pessoa era de Santo Antão. Ela foi para S. Vicente e depois de S. Vicente foi para Santo Antão. Só que este senhor morava numa zona de difícil acesso, ela fazia aquelas caminhadas para chegava, acho que o homem morava em cima de uma rocha... acho que ela passou 2 ou 3 dias para chegar naquele sítio só para fazer aquele medicamento. Era curioso. A rapariga conseguiu chegar no sítio onde

o homem morava, ele passou aqueles banhos de ervas para ela tomar quando ela regressar para ilha dela. Também havia um líquido, feito com ervas, grogue... e ela começou a tomar aqueles medicamentos. Eu não acredito nestas coisas mas ela disse que melhorou porque ela não sente mais nada. Não, só tomou aquilo. Ela começou a ser aquela pessoa que era antes. Casou-se na mesma e aquela mulher que implicava com ela por causa do filho, já não implica.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

Segundo Lima Rodrigues, considera-se que a gente nova já não quer saber destas coisas. O passado prende-se não só às práticas do quotidiano, mas também na memória dos mais velhos. Reconhecendo que as práticas só sobrevivem se a comunidade sobreviver, a própria comunidade está desenraizada e vai perdendo os hábitos e costumes da terra de origem. Mas, muitas destas crenças continuam vivas, misturando-se estranhamente o universo pagão com o cristão⁴⁷⁵.

Confirma-se, mais uma vez, que, ao nível do género e da geração, se observam mais diferenças quando analisamos comparativamente os dois grupos socioeconómicos, do que na sua comparação no seio do mesmo grupo socioeconómico. Por outras palavras, por exemplo, se compararmos homens mais jovens com homens mais velhos, no mesmo grupo, o grupo popular, sobressaem mais semelhanças, do que se fizermos uma comparação entre homens mais jovens do grupo popular e homens mais jovens do grupo de elite, onde as diferenças se tornam mais demarcadas.

A grande maioria dos indivíduos entrevistados diz não acreditar nos terapeutas não médicos, e muito menos ainda nos chamados bruxos ou feiticeiros, não se encontrando diferenças marcantes ao nível da análise por grupos sociais, género ou geração. Sempre que este assunto era abordado evidenciava-se, logo à partida, uma grande negação e rejeição por parte dos entrevistados. Começavam por dizer que não gostavam, que tinham receio, mas ao longo da conversa conseguia-se aos poucos retirar elementos das histórias contadas, a maior parte delas sobre casos que as pessoas conhecem e já ouviram falar. Raramente eram conseguidos testemunhos pessoais, muito difíceis de captar através dos dis-

475. Rodrigues, N. M. Lima, «Doença da terra» e «doença da farmácia». *Um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

cursos. Podemos dizer que a utilização de remédios caseiros, em Cabo Verde, é generalizada, sem distinções de sexo e de idade. Reconhece-se, no entanto, que existe uma particularidade no grupo das mulheres de elite, já que cinco entrevistadas dizem que nunca utilizaram tratamentos caseiros, à exceção de chás, mas que não consideram isso remédio da terra. Também, duas mulheres do grupo popular dizem preferir os médicos, os medicamentos receitados por estes e acreditar na medicina convencional. Podemos dizer que existe um certo cepticismo generalizado relativamente a estas práticas, por parte das mulheres. Mas os relatos de situações em que se conhece alguém ou em que os próprios foram tratados por curiosos ou curandeiros, são feitos sobretudo por homens, todos eles do grupo de elite, três dos quais são mais velhos.

Verificamos que todos, sem distinção de sexo e idade, têm dificuldade em aceitar a existência de bruxas ou feiticeiros, no sentido destes curarem doenças postas por mau-olhado ou invejas, apesar de alguns já terem ouvido contar episódios relacionados com pessoas conhecidas.

Todo e qualquer sistema de saúde possui dois aspectos interrelacionados, o aspecto cultural e o aspecto social. As sociedades modernas, complexas e industrializadas têm sistemas pluralistas de cuidados de saúde, contendo geralmente em simultâneo um subsistema popular (sistema não médico relacionado com opções dos próprios indivíduos, auto-medicação, conselhos e orientações da família), um subsistema tradicional (medicina popular, curandeiros, medicinas alternativas) e o subsistema profissional (sistema de saúde ocidental). Os indivíduos optam por uns ou/e por outros, consoante as situações.

Poderíamos acrescentar que relativamente aos discursos sobre práticas alternativas analisados até agora existem alguns paradoxos. Será que grupo popular frequenta mais os curandeiros do que aquilo que, de facto, é admitido nos seus discursos e tanto ou mais do que foi mencionado pelo grupo de elite? As pessoas talvez não admitam a frequência de curandeiros ou o uso da medicina tradicional por receio de não serem bem aceites pela sociedade de acolhimento, visto que esta prática não corresponde àquilo que eles pensam constituírem as expectativas sociais na sociedade portuguesa. Podemos também presumir que existe da parte dos membros desse grupo uma necessidade de integração, sentida por eles e não tanto pelos do grupo de elite, já mais integrados. Pode consistir também numa negação, por parte deles, de aspectos da cultura de origem, com o fim de ser melhor aceite pela sociedade de acolhimento. Quanto aos membros do grupo de elite, estes parecem estar mais à vontade para falar e reconhecer a pluralidade de práticas,

são mais abertos, ou seja, têm menos escrúpulos e preconceitos em relatar situações e experiências relacionadas com o curandeirismo ou medicina caseira e têm outra perspectiva «mais moderna» da medicina tradicional. Talvez, por isso, tenham mais condições de expor nos seus relatos uma maior frequência de utilização de recursos não-médicos e uma maior valorização do que é a cultura de origem, do que os membros do grupo popular. Por sua vez, estes últimos, parecem confundir os diferentes tipos de recursos e associam os curandeiros aos feiticeiros e ao mau-olhado, que podem ser considerados por eles fenómenos da ordem do misterioso e do enigmático *tabu*. O acto de imigrar pode ter desencadeado no grupo popular uma ruptura ao nível do discurso, mas não das práticas.

Sobre esta questão, podemos concluir que, provavelmente, existiram insuficiências na formulação das perguntas do guião no que respeita à forma mais adequada de obter discursos em que surgissem testemunhos de práticas alternativas e recurso aos curandeiros em Portugal.

Existem testemunhos de investigadores da Antropologia em Portugal⁴⁷⁶ que afirmam que muitos dos clientes dos curandeiros guineenses na região de Lisboa são cabo-verdianos. Os investigadores referidos optaram por metodologias de pesquisa em que observam intensivamente o trabalho desses curandeiros, bem como a clientela que os frequenta. Também surgiu na análise das entrevistas um relato em que se afirma a utilização destes terapeutas no seio da comunidade africana residente em Portugal:

«Curandeiros! A comunidade africana tem aqui muitas pessoas que acreditam nisso, mas isso é tipo para resolverem problemas a nível psicológico ou pessoais mesmo até a nível físico, vão ao curandeiro e pagam (não sei, ouvi dizer que vão a uma senhora ali na Damaia aonde eu costumava ir) é uma casa que está sempre com uma fila enorme de pessoas. Eu tive curiosidade e perguntei o que é que era isso? Porque aquilo é todos os dias, praticamente estão sempre pessoas à porta de casa, pessoas do bairro e explicaram que é uma curandeira, explicaram que cobra tipo 20 contos. Acho que tem de manhã à noite pessoas à porta.»

{Ent 5: H, MJ, GE}

476. Realizadas pelos investigadores Saraiva, C. (IICT), *Curas guineenses em Lisboa: interações e adaptações*, 2006, Carvalho, C. (ISCTE), *Exportando terapias. Práticas terapêuticas guineenses em contexto migratório*, 2006 e Sarró, R. (ICS), *Imigrantes africanos e medicina europeia: encontros e desencontros*, 2006.

Geralmente o tipo de doenças desencadeadas e que dizem estar associadas a estes fenómenos são doenças mentais, do foro psicológico, esquizofrenias, alucinações. As pessoas pensam que se trata de um espírito de um familiar já falecido que anda a provocar a doença. São chamadas de doença espiritual e não mental, associadas a bruxarias e feitiçarias. Considera-se que estas «doenças» só podem ser tratadas pelos (mestres) curandeiros:

«Os curandeiros servem, no entender da comunidade cabo-verdiana para resolver problemas mais de nível psicológico ou espiritual do que propriamente físicos.»

{Ent 5: H, MJ, GE}

Seria necessário efectuar uma investigação do lado dos prestadores de cuidados de saúde, e neste caso particular, dos curandeiros, com o objectivo de recolher mais informação sobre a utilização de curandeiros por parte dos cabo-verdianos em Portugal, assim como a realização de um estudo de carácter mais etnográfico ou antropológico com observação participante e um maior conhecimento dos contextos terapêuticos frequentados pela comunidade.

Para além disto pode-se dizer que as práticas religiosas e a fé fazem parte da educação cristã dos inquiridos e estão presentes em todos os discursos, já que quase todos eles afirmam ser católicos ou, no caso de algumas pessoas do grupo de elite, que professam a religião protestante. Apesar disso, a prática de pedir a intervenção divina em caso de doença não é muito frequente, talvez porque, conforme foi referido pelos entrevistados, ainda não sentiram essa necessidade:

«Não digo que não só que nunca pensei nisso porque não tinha problemas para isso, se tivesse problemas graves... pois é um conforto.»

{Ent 3: M, MJ, GP}

«Não, porque ainda não tive nenhuma situação muito...»

{Ent 31: M, MJ, GE}

«Eu pessoalmente não recorro, até hoje, mas não digo que não nem que sim. Fui a Fátima porque fiz uma promessa que se realizou.»

{Ent 42: M, MJ, GP}

«Por acaso nunca, mas se for o caso... se estivesse muito doente, porque eu sou crente também, não há nada como a fé... Tenho um promessa para ir pagar a Fátima.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

No caso das pessoas que afirmaram recorrer à Nossa Senhora de Fátima, estas fazem parte do grupo popular e algumas contam que visitaram o Santuário onde foram pagar promessas relacionadas com doenças ou operações:

«Tenho fé é em Nossa Senhora de Fátima, todos os anos vou lá, acendo umas velas.»

{Ent 40: M, MV, GP}

«Sim eu gosto. Em Cabo Verde marquei muito à Nossa senhora de Fátima, já dei missa para todos os Santos, já pedi muito.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«A minha fé é crer em Deus, fiz uma promessa a Nossa senhora de Fátima, mas não paguei, tive de pagar depois. A minha crença é creio em Deus.»

{Ent 37: H, MV, GP}

«Fui três vezes a Fátima antes de ser operado, depois do acidente, vou lá sempre, todos os anos, uma ou duas vezes, vou lá com a minha família. Acendemos velas, e voltamos de lá bem dispostos, com a cabeça fria. Vou lá porque sinto-me bem.»

{Ent 14: H, MV, GP}

«Raiz das minhas doenças acho que Deus me mereceu... Já fui a Fátima pagar promessa depois de uma operação.»

{Ent 19: M, MV, GP}

«Para o bem da minha saúde... eu tenho sempre presente a minha fé. Fiz uma promessa e fui a Fátima quando fui operado.»

{Ent 38: H, MV, GP}

Como se pode observar nos excertos de entrevista, acima reproduzidos, algumas pessoas são profundamente crentes, afirmando que a fé e

Deus os pode ajudar a combater a doença e que recorrem à intervenção divina:

«Tenho muita fé, peço a Deus que não deixe acontecer nenhuma doença. Eu acho que uma coisa mais importante é a fé. Para mim uma coisa sempre, ter fé. Para mim o que ajuda mais é a fé. Procuro a fé.»

{Ent 32: H, MJ, GP}

«Melhoro muito com a fé. Eu só confio em Deus. Acho que Deus me ajuda. Cura é só Deus. Eu pensou que o destino é Deus, que eu tinha de sofrer. Porque Deus deu-me esta missão eu tenho de cumprir também.»

{Ent 36: M, MV, GP}

«Eu sou crente, já fiz uma promessa. Acho que ajuda se a pessoa tem fé. Dá força!»

{Ent 35: M, MJ, GE}

«Eu tenho fé, sou protestante, tenho fé evangélica... a força das orações ajuda a melhorar.»

{Ent 9: M, MV, GE}

«Com certeza que recorri, tinha fé em Deus.»

{Ent 12: H, MV, GE}

Entre os entrevistados, existem pessoas cujos percursos pessoais, profissionais e familiares estão ligados à igreja, sendo a fé inerente às suas práticas quotidianas, incluindo, obviamente, a saúde e a doença:

«Se ficar doente, que é algo físico, vou ao hospital, mas também se for algo muito grave, mesmo que não for, se pedimos, eu sei tenho a minha fé, se fazemos uma oração ajuda a combater a doença. Mesmo que não for connosco, se for o nosso próximo, um familiar nosso. Se for uma doença grave, se estiver no hospital, podemos fazer um pedido para ele, para melhorar mais depressa. ... Se tivesse a doença aqui, acho que seria mais bem atendido à nível médico e tinhas mais condições mas mesmo assim a força espiritual pode ser bom em qualquer altura... Saúde não é só física mas algo mais importante que é a saúde espiritual, ligado a Deus. Vou à igreja, mas mais importante é na prática, no dia a dia, o nosso comportamento com o próximo...»

Posso dizer que combati a doença pela minha fé e, pela fé dos meus familiares, da minha mãe lá de longe e sobretudo Deus... porque se fosse só pela medicina não conseguia, hoje podia estar morto, não tinham condições... Eu tenho certeza que se fosse pela mão de Deus, eu não curava. Eu nesta altura não sabia o que era rezar... Eu tinha a minha fé, sempre acreditei que tinha uma força superior que nos iluminava ou que nos guiasse... A oração e a fé ajudam a combater a doença...»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«Recorro muito à fé, sou pastor evangélico. Oramos e pedimos, eu acredito que Deus faz milagres.»

{Ent 11: H, MV, GE}

Outro fenómeno específico que existe em Cabo Verde, sobretudo na ilha de São Vicente e que é predominante no seio da elite intelectual é o chamado espiritismo, como já tivemos ocasião de abordar na parte teórica deste estudo, relacionado com o racionalismo cristão⁴⁷⁷. Recolhemos alguns testemunhos sobre este fenómeno por parte dos entrevistados:

«Em saúde, há uma coisa muito curiosa em Cabo Verde. Praticam-se muito o espiritismo e nos meus tempos de criança eram os espíritos que aconselhavam determinadas práticas consideradas boas para a saúde. Por exemplo: sauna, banhos de sol, banhos de água fria. Pratiquei a sauna, o banho turco e os banhos de sol. ... Não acredito muito em bruxarias e feitiçarias, não acredito muito que isso geralmente aconteça como disse é que a prática do espiritismo é que é muito generalizada e fala-se de curas conseguidas na prática do espiritismo... aí já acredito mais e fala-se de curas graças a sessões espíritas, quando se trata de coisas do foro psicológico... Conheci um ou dois casos que conseguiram a sua saúde mental, na afinação dos próprios, graças a sessões espíritas. Só frequentei uma vez, depois de... estava aqui a ver... inclusive houve uma altura que fui a Cabo Verde e ia com o propósito de fazer um estudo sobre práticas espíritas com um espírito científico, ia determinado a fazer isso só que quando cheguei a Cabo Verde tive a informação de que a PIDE tinha proibido o espiritismo em Cabo Verde. Isso foi... nos princípios dos anos 70. Porque eles andavam muito desconfiados daquela multidão toda

477. Vasconcelos, J., *Espíritos lusófonos numa ilha crioula: Língua, poder e identidade em São Vicente de Cabo Verde*, ICS, Lisboa, 2001.

junta, não podia ser só por razões espirituais, tinha também a ver com a política.»

{Ent 6: H, MV, GE}

«Não é mau-olhado, é um espírito que... um espírito reencarnado, de alguém que já morreu está... um ou vários. Existe muita magia negra em Cabo Verde... Alguém que foi ao mágico... Por exemplo, pessoas que estão doentes, geralmente são doenças mentais, não é, do foro psiquiátrico, por exemplo uma pessoa esquizofrénica, está a ter alucinações e o que é que acham, é que por exemplo um tio ou um elemento da família que já faleceu é que anda... é o espírito dessa pessoa que anda a provocar a doença nesse... as pessoas que não são espíritas também acreditam nisso e acham que é um espírito ou é um mau-olhado e recorrem à magia negra. É muito comum quando uma pessoa quer vingar-se de outra ir a um feiticeiro, a um bruxo, para fazer magia negra à outra pessoa. Geralmente o tratamento de alguém que foi vítima de magia negra é nas sessões, vão para as sessões tirar o espírito. Eu acreditava muito no espiritismo, na encarnação, reencarnação... O meu pai é de uma religião que é o racionalismo cristão, trabalha nesta igreja e ele acredita que as doenças psiquiátricas, a epilepsia, as ilusões e as manias são tratados nas sessões espíritas. Eu fui educado no racionalismo cristão, no espiritismo, onde dá-se muito valor à moral, e eu até aos 18 anos, acreditava muito no racionalismo cristão. Ia sempre às sessões, 2.^a, 4.^a, e 6.^a, estudava os livros todos, se calhar foi por isso que interessei-me pelas neurociências e eu acreditava muito no espiritismo. Espíritos sim, acreditava, na encarnação e reencarnação... Até agora tem sido uma grande confusão na minha cabeça. Eu não consigo separar o que é sessão, o que é medicina. O exemplo que eu dou é uma pessoa esquizofrénica que no regime cristão está possuído por espíritos, que causam distúrbios no comportamento, no pensamento... e na medicina a esquizofrenia é uma doença muito... é caracterizável, tem o seus sinais, os seus sintomas tem o seu tratamento. Eu não consigo fazer minimamente o paralelismo entre as 2 coisas. Acho que não tem nada a ver uma coisa com a outra.»

{Ent 24: H, MJ, GE}

«Já fui assistir a sessões espíritas em Cabo Verde. É muito comum cada vez mais, mas é um tipo de sessões que cada vez mais se chamam sessões de limpeza psíquica.»

{Ent 28: M, MV, GE}

Duas destas pessoas referiram que as práticas de espiritismo estavam particularmente relacionadas com problemas do foro psíquico:

«... fala-se de curas graças a sessões espíritas, quando se trata de coisas do foro psicológico.»

{Ent 6: H, MV, GE}

«... é um tipo de sessões que cada vez mais se chamam sessões de limpeza psíquica.»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Existe dentro da religião, este movimento espírita, do racionalismo cristão, sobretudo na ilha de São Vicente. Têm centros espíritas onde se recorre para sessões públicas de limpeza psíquica. As sessões são proferidas em português»⁴⁷⁸. Aliás é em português que se celebram os cultos de 12 das 13 igrejas da ilha de São Vicente.

Podemos acrescentar que de acordo com Sousa Peixeira, para além da devoção a Deus, aos Santos, a Nossa Senhora de Fátima e das promessas, existem à mistura, outros objectos de crença e que representam parte da vida e da visão do mundo africano e rural, algures entre a fé e a razão. O Diabo, as bruxas, as feiticeiras, são algumas das personagens que povoam o imaginário e o quotidiano cabo-verdiano e que explicam alguns dos fenómenos que acontecem na vida das pessoas⁴⁷⁹.

Se o cabo-verdiano professa a religião católica, é na credence popular que se adivinha o seu parentesco com as gentes de África, já que admite a existência de feiticeiras, de práticas malignas que originam doenças, incidentes indesejáveis, morte precoce. Contudo, de acordo com Sousa Peixeira que estudou a cultura cabo-verdiana, grande parte das superstições ainda existentes têm origem europeia e não africana.

Acredita-se em «rogar pragas» para fazer mal a alguém. Ouvimos histórias de maus-olhados e bruxarias:

«... uma menina da quarta classe que morreu e uma senhora disse que foi ela que matou a menina, diziam que ela era bruxa.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

478. Vasconcelos, J., *Espíritos lusófonos numa ilha crioula: Língua, poder e identidade em São Vicente de Cabo Verde*, ICS, Lisboa, 2001.

479. Peixeira, L. M. Sousa, *Da mestiçagem à caboverdianidade – Registos de uma socio-cultura*. Edições Colibri, Lisboa, 2003.

«... a rapariga que foi a um curandeiro, que tomou banhos de ervas e um líquido feito com ervas, grogue para tomar e ela melhorou. Tinha um mau-olhado da mãe do marido dela.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

«O rapaz que ficou paraplégico e a quem lhe deram uns banhos e começou a andar.»

{Ent 45: M, MJ, GE}

Relativamente à questão da fé cristã, verificamos que muitos acreditam que a doença faz parte de uma ideologia do sofrimento que se aceita:

«Eu penso que o destino é Deus, que eu tinha de sofrer. Porque Deus deu-me esta missão eu tenho de cumprir também.»

{Ent 36: M, MV, GP}

Apesar da fé que têm nos Santos e em Deus, as pessoas sabem que a saúde e a riqueza são o resultado do próprio esforço mas que, mesmo assim, «Deus dá uma ajuda», «a fé é que nos salva» e «é preciso ter fé».

A igreja católica tem um peso enorme em Cabo Verde, do ponto de vista histórico, sócio-cultural e religioso⁴⁸⁰. A religiosidade popular sobrevive à margem da religião oficial e exprime-se através dos santos patronos da terra, do «destino», dos «finados» (espíritos mortos até à 3.^a geração), transe dos «encostados».

Podemos considerar também que, em termos de modelos de tratamento, encontramos a medicina oficial, o remédio da terra e o tratamento espiritual. Como exemplo de remédio da terra, é referido um curandeiro em Santo Antão que possui poderes de diagnóstico e cura e o facto deste apenas praticar o «bem» através de actos de cura e não de feitiçaria. Quanto ao modelo de tratamento espiritual, sabe-se que em Cabo Verde o espiritismo é fundamentalmente, representado pelo racionalismo cristão, sendo que a incorporação de espíritos, chamada de «manifestação», produz frequentemente diagnósticos espirituais, nos quais feitiços, maus-olhados ou a influência dos «espíritos inferiores», são revelados.

480. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

Para além do racionalismo cristão, as igrejas pentecostais, como é o caso da IURD, têm vindo a revelar a sua posição privilegiada, tal como é relatado por Lameirão Mateus. Em Cabo Verde, nas situações de diagnóstico e tratamento, recorre-se com muita frequência a tratamentos alternativos, como o remédio da terra, o racionalismo cristão, e as igrejas pentecostais⁴⁸¹.

Já vimos que Berta Nunes⁴⁸² distingue cinco tipos de recursos terapêuticos: os autocuidados (família, vizinhos), as terapias parciais (endireitadas), os sábios (tratam as doenças causadas por almas de defuntos e outras causas sociais da doenças: o mal de inveja, mau olhado), os santos particulares (protegem contra a doença e a má sorte, curam doenças e ajudam a resolver problemas), e, por fim, os centros de saúde e hospital. Este último recurso terapêutico faz parte do modelo biomédico da doença, onde não são tidos em conta os aspectos culturais e sociais da mesma. O modelo bio-psico-social, por outro lado, pressupõe a integração dos factores psicológicos e sociais na abordagem da pessoa doente e da sua doença. Vários autores têm ainda proposto a inclusão de factores culturais, como é o caso do modelo bio-psico-sociocultural de abordagem da doença e do doente. Como vimos, encontrámos também estes cinco tipos de recursos terapêuticos no decorrer das entrevistas. Para além destes, existe ainda um outro que tem a ver com os conhecimentos particulares e as «cunhas» de médicos familiares ou amigos que são «utilizados» por indivíduos do grupo de elite.

Podemos chegar à conclusão que os indivíduos que fazem parte do nosso estudo experimentaram, ao nível das suas práticas, os três sistemas de saúde que coexistiam em Cabo Verde, nomeadamente, o oficial, o popular e o tradicional (e ainda o recurso à religião). Já foi vista na abordagem teórica uma explicação detalhada acerca destes sistemas. As pessoas podem recorrer a estes três sistemas de formas diversas, quer usando um só ou mais do que um, de modo simultâneo ou sequencial, conforme as necessidades sentidas pelo indivíduo quando se encontra em situação de doença.

Kleinman defende que, após a análise de qualquer sociedade complexa, é possível identificar três sistemas básicos de assistência à saúde: o ofi-

481. Mateus, M. D. M. Lameirão, *Estudo etnográfico de pacientes com esquizofrenia e seus familiares em São Vicente, Cabo Verde*. Universidade de São Paulo, 1998.

482. Nunes, B., *O saber Médico do Povo*, Ed. Fim de Século, 1997, Lisboa.

cial ou profissional, o popular e o informal ou tradicional⁴⁸³. Para o nosso estudo, o importante é reconhecer a existência de uma pluralidade terapêutica na mesma unidade sócio-cultural. As pessoas usam os vários sectores em paralelo e simultaneamente, mas, muitas vezes, para propósitos diferentes. Sempre houve contacto entre as duas medicinas, entre a cultura erudita e «sábua» e uma cultura popular. É no espaço de impotência e incompetência da medicina «sábua» que se alastraram as medicinas paralelas⁴⁸⁴. Geralmente, em países predominantemente rurais, este sistema tradicional existe e é muito usado, providenciando um sistema de saúde complementar muitas vezes mais acessível do que o sistema biomédico, o sector profissional. O que caracteriza a medicina tradicional e popular, para além do contacto e da proximidade física daquele que trata num quadro familiar e o aspecto globalizante da percepção da doença e da terapia, é sobretudo a relação estreita da questão do «como» etiológico e terapêutico com uma «interrogação sobre o porquê» reportado à subjectividade do doente⁴⁸⁵.

É evidente que as características enunciadas, dificilmente serão encontradas na sua totalidade e na sua pureza, no seio das comunidades actuais em Cabo Verde e, mais dificilmente ainda, nas comunidades residentes em Portugal. Alguns dos elementos são ainda visíveis na comunidade que nos propusemos estudar, enquanto que outros se foram diluindo numa aproximação às características locais, de cariz urbano, da sociedade de acolhimento.

Podemos considerar que os sistemas de tratamento existentes em Cabo Verde não se distanciam muito dos sistemas de tratamento portugueses. Em termos culturais, também existem outros pontos em comum entre os dois países tais como alguns elementos linguísticos, o vestuário e a religião católica⁴⁸⁶. João Lopes Filho acrescenta ainda as técnicas de trabalho, a organização da família, a vida doméstica e alguma alimentação⁴⁸⁷.

483. Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkley: University of California Press, 1984.

484. Loux, F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*. InterEditions, Paris, 1983.

485. Laplantine, F., *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot, 1992.

486. Semedo, J. M. e Turano M. R., *Cabo Verde – o ciclo ritual das festividades da tabanca*. Ed. Spleen, Praia, Cabo Verde, 1997.

487. Filho, J. Lopes, *Cabo Verde: Subsídios para um levantamento cultural*. Plátano Editora, Lisboa, 1981.

Iremos agora analisar as práticas directamente ligadas à cultura cabo-verdiana, no âmbito de algumas crenças, incluindo os rituais do **guarda-cabeça** e da **esteira**. Passaremos, seguidamente, para um último item relacionado com as práticas, o qual tem a ver com a ligação ao país de origem, as saudades e a cultura.

3.4. Crenças, superstições e rituais ligados aos ciclos de vida

Como já tivemos ocasião de ver na parte teórica deste trabalho, são inúmeras as crenças que circulam entre os cabo-verdianos. A «crença» umas vezes é definida enquanto fé religiosa, outras vezes como uma convicção que se pode situar noutros domínios, que não o religioso, e outras vezes ainda como credice, superstição. Neste sentido, a crença tanto pode ter carácter religioso como profano. Em Cabo Verde, religiões e crenças não terão fronteiras bem definidas, ambas implicando, doses de fé⁴⁸⁸. Lopes Filho faz notar que, no entanto, é preciso distinguir as diferenças entre religião e superstições. Ligados à religião estão as orações fúnebres, ritos funerários, encomendação das almas, velórios, enterros⁴⁸⁹. Quanto à superstição, o povo cabo-verdiano é extremamente supersticioso. Esta superstição pertence tanto às camadas ditas eruditas, como às menos letradas, e traduz-se na crença em factos ou seres que podem dar sorte ou azar, fazer bem ou mal. Nos rituais da morte, funeral e enterro, existem cerimónias subsequentes, superstições e tabus relacionados com as mesmas.

Em Cabo Verde são também numerosos os tabus referentes ao período da menstruação, à gravidez, aleitamento, alimentação, morte e defuntos, e até mesmo ao uso de certas palavras. Os medos aparecem sob formas ligadas ao mundo fantástico que povoa a alma do cabo-verdiano, como os fantasmas, seres sobrenaturais e figuras míticas. As formas de superstição e crenças populares são conotadas com a tradição africana. No entanto, o feitiço e os bruxedos, tal como é referido por Lopes Filho, também se inserem perfeitamente na cultura popular portuguesa⁴⁹⁰.

No que diz respeito às práticas relacionadas com a menstruação, a gravidez e a amamentação, encontramos mulheres do grupo popular que

488. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

489. Filho, J. Lopes, *Cabo Verde: Subsídios para um levantamento cultural*. Plátano Editora, Lisboa, 1981.

490. *Idem, ibidem*.

acreditam que determinadas situações podem fazer mal, nesses períodos das suas vidas e que, por isso, ainda hoje evitam certas práticas com medo das consequências:

«Eu fui criada assim... assim como lavar a cabeça com a menstruação... não lavo porque senão fico doída, ou meter a cabeça no secador... não faço. Às vezes traz problemas a sério... a gente não liga mas depois... se eu fizer isso, no próximo mês já vou sentir problemas, já tive essa experiência... eu agora não faço porque faz-me mal. E também quando estive grávida evitava lavar roupa e comer um peixe que se chama "lobo", mas não ouvisse fazia. Durante a amamentação evitava que o bebé arrotasse no peito porque faz inchaço, chamamos de malita.»

{Ent 3: M, MJ, GP}

«Durante a menstruação, em Cabo Verde não fazia, a minha mãe zangava-se, para não lavar a cabeça. Eu também sinto medo quando lavo a cabeça. Fico com borbulhas, dor de garganta, dor de cabeça. Mas aqui não, aqui já lavo a cabeça, acho que é por causa da pílula, com a pílula já não há falha. Lá em Cabo Verde quando a gente faz isso, já não tem no outro mês, todo o mês, fica com dores de cabeça, avaria a cabeça, fica maluca. Acredito porque sentia muita dor de cabeça, dor na vista, ficava mal disposta.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Não lavava a cabeça, tomava banho da cintura para baixo, porque podia ficar doída, aquele sangue sobe para a cabeça.»

{Ent 40: M, MV, GP}

«Por exemplo, quando estou grávida não gosto de ir ao salão pôr a cabeça no aquecedor porque pode provocar problemas, tipo criar problemas mentais, isso aprendi na minha terra.»

{Ent 42: M, MJ, GP}

«Isso eu também não lavo a cabeça.»

{Ent 19: M, MV, GP}

«Quando tem o período, para o menino não mamar leite período, tira porque se a criança mamar aquele leite depois faz diarreia.»

{Ent 26: M, MV, GP}

Outras mulheres, mas agora do grupo de elite, dizem que também receberam estas informações por parte das mães mas acabaram, a certa altura da sua vida, por deixar de respeitar esses interditos:

«Eu faço tudo, vou à praia, lavo a roupa, mas se a minha mãe soubesse ralhava comigo.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

«Eu evitava muitas coisas. Eu não acho que sejam credices, a minha mãe dizia para não fazer isto, não lavar a cabeça, não passar a ferro, mas eu fiz! Evitei muitas vezes, mas cheguei à conclusão que não havia problemas e passei a fazer essas coisas todas.»

{Ent 28: M, MV, GE}

«Quando apareceu a menstruação, a minha mãe disse-me agora não deves lavar a cabeça, porque ela tinha aquela coisa mas eu fiz tudo: lavei a cabeça, tomei banho, fiz tudo. São credices. Ela dizia-me que podia dar hemorragia, mas eu tomei o meu banho, lavei a minha cabeça...»

{Ent 39: M, MV, GE}

Ainda, outras mulheres dos dois grupos, simplesmente, dizem que nunca tiveram esse género de preocupação e sempre procederam normalmente.

Não encontramos nenhuma diferença de opiniões em função das idades das mulheres entrevistadas. Pensamos que as especificidades se encontram principalmente ao nível do género e do grupo social em que se situam os elementos que compõem a amostra.

Como enunciado na análise das representações, os homens já ouviram falar em histórias relacionadas com estas proibições e em que a mulher deveria, em determinados períodos, evitar fazer certas coisas. Porém, os discursos das mulheres foram mais explícitos e concretos nesta matéria. Enquanto as mulheres relatam crenças e superstições associadas a fenómenos fisiológicos, como é o caso da menstruação, gravidez e aleitamento materno, os homens falam na sorte e no azar e superstições ligadas a este tipo de fenómenos (passar debaixo de escadas, encontrar um gato preto, espelhos partidos).

Estamos aqui perante discursos nitidamente masculinos e femininos, já que nesta temática se abordam certas crenças e respectivas práticas,

ligadas à cultura cabo-verdiana, durante o ciclo da vida feminina. Estas práticas estão impregnadas de representações sobre o mal e o corpo da mulher, por isso são extremamente simbólicas para as mulheres, considerando que estão ligadas ao ciclo da vida e momentos marcantes para o sexo feminino. Os homens sabem que estas práticas existem, mas não têm uma opinião formada, muito clara, sobre estes assuntos, falando alguns, sobretudo, em meras crendices e superstições. Outros dizem que esta questão tem a ver com a mentalidade, a formação e a informação de cada um, havendo que respeitar estas crenças. Mas, muitos inquiridos, do sexo masculino, também dizem que não acreditam nestes fenómenos.

Não encontramos, de um modo geral, nenhuma diferença de opinião em função da geração dos entrevistados.

Noutra parte da entrevista abordamos o nascimento e a morte e certos rituais a eles associados. Os mais conhecidos, através da literatura, são os rituais do «Guarda Cabeça» ou «Dia de Sete» ou ainda «Fazer Cristão», que normalmente se celebram sete dias depois do nascimento da criança, variando o nome que é dado, de ilha para ilha. Além disso, se o ritual estiver mais associado ao afastar o mal (mau olhado, bruxas) será chamado de «Guarda-Cabeça», ou, caso tenha como objectivo pedir a protecção de Deus, é chamado de «Dia de Sete» ou «Fazer Cristão». A grande maioria dos entrevistados não fez, nem pensa fazer, o «guarda-cabeça» aos filhos. Relativamente aos rituais associados com a morte o mais divulgado é o da «esteira».

Ainda é comum algumas pessoas festejarem o nascimento de uma criança com o ritual do «guarda-cabeça», ou noite de sete. A grande maioria dos indivíduos que o fez pertence ao grupo popular, referindo que esta cerimónia representa uma tradição que serve para celebrar o nascimento, mas que também tem a finalidade de proteger as crianças:

«Fiz, é a tradição de Cabo Verde... para guardar a criança, que é para os bruxos não levar... eu encontrei a ser feito aquilo, eu fui feito aquilo, fiz. ... As pessoas dizem que é para o mau-olhado, bruxas, mas eu não acredito. Nasce o meu filho e com aquela coisa da alegria é uma festa, para mim é tradição.»

{Ent 14: H, MV, GP}

«A mim fizeram-me, é para proteger os bebés. É para o bebé ter uma vida saudável, uma vida protegida. Vou fazer ao meu, fui criada com isto.»

{Ent 42: M, MJ, GP}

No entanto, neste grupo social, tanto há quem acredite que esta cerimónia está relacionada com as bruxas, como quem relacione esta cerimónia com a fé e com a protecção da criança pela força Divina:

«Nós fazemos cristão... eu tinha feito sim senhora. Para a palavra de Deus entrar no corpo da criança.»

{Ent 29: M, MV, GP}

«Fazer Cristão, de certa fora afasta certos males e mesmo porque o que fazem é pedir a uma força divina para proteger o teu filho.»

{Ent 33: MJ, GP}

«Eu fiz para a minha filha, isso é por causa da bruxaria. É tradição na nossa terra.»

{Ent 26: M, MV, GP}

No grupo de elite há quem diga que é uma grande festa, que faz parte da tradição cabo-verdiana, alguns comentando que tem «uma certa piada», até «tem graça», que é «uma festa gira». Pode-se dizer que algumas pessoas do grupo de elite associam essa prática a uma espécie de folclore local:

«São tradições com piada, não trazem nada de mais...»

{Ent 6: H, MV, GE}

«Até é gira, é uma festa engraçada, por acaso não fiz.»

{Ent 17: M, MV, GE}

Num outro extremo, ainda no mesmo grupo aparecem outras opiniões:

«A festa dos 7 dias, não é? Não. Não, não. Mas isto sou eu, porque o meu irmão, vive lá, fez... eu acho um disparate, ele tem esta opinião, mas tudo bem.»

{Ent 31: M, MJ, GE}

«Não gosto destes pormenores. Não gosto, acho que são carregados de significados com o qual convivo muito mal...»

{Ent 44: M, MJ, GE}

Em ambos os grupos surgiram afirmações de algumas pessoas a quem fizeram este ritual e que o vão fazer com os filhos. Outras dizem que

fariam se estivessem em Cabo Verde, mas aqui não, e ainda há quem diga que não acredita ou não gosta, não tencionando fazer nenhuma cerimónia deste tipo:

«No sétimo dia fazemos uma grande festa porque é a nossa tradição... Dizem que é o Guarda Cabeça mas é o sétimo dia. É porque é tradição mesmo, no sétimo dia fazer festa.»

{Ent 39: M, MV, GE}

«Guarda cabeça, fazem esta tradição, dizem que é para evitar a bruxaria ou fazer aos meus filhos porque é tradição.»

{Ent 35: M, MJ, GE}

«Aqui não fiz nada mas em Cabo Verde no dia sete, faz Cristão. Não fiz porque a gente já não liga a essas coisas, em Cabo Verde tem esse hábito.»

{Ent 4: M, MJ, GP}

«Eu ainda não fiz isto, aqui não não. Em Cabo Verde fazemos sempre mas aqui... Em Cabo Verde é tradição. É para guardar o bebé para evitar muitos problemas. Tem a ver com bruxas e mau-olhado.»

{Ent 43: H, MJ, GP}

«Não fiz nada porque achei desnecessário e acho que se o bebé nasce é porque já vem com sorte.»

{Ent 34: M, MJ, GP}

«Nunca passou pela minha cabeça, não faz parte da nossa..., não faz parte da cultura, nunca fiz...»

{Ent 13: H, MV, GE}

Foi-nos explicada, por algumas pessoas dos dois grupos, a verdadeira razão de fazer o «Guarda Cabeça», conforme já tínhamos encontrado na literatura. Este ritual é efectuado sete dias após o nascimento duma criança, terminado o que se considera o período mais crítico, tendo em conta que antigamente as pessoas faziam os partos em casa e frequentemente o bebé morria por causa de infecções ou tétano, quando o umbigo não era desinfectado convenientemente:

«Eu fiz porque é tradição mas sei que antigamente as pessoas acreditavam que eram as bruxas mas não era. Tem a ver com

desinfectarem antigamente com terra o cordão umbilical e os bebês morriam de tétano.»

{Ent 2: M, MJ, GP}

«Fizeram-me a mim e fizeram a todos os filhos. Era também tradição, para afastar as bruxas e para evitar que as crianças morram cedo, mas quando eu adquiri conhecimento, eu soube que morriam bebês por causa das infecções resultantes do umbigo.»

{Ent 28: M, MV, GE}

Chegámos também à conclusão que, curiosamente, são mais os indivíduos jovens do que os mais velhos a dizer que fizeram o «guarda cabeça» aos seus filhos, ou que o vão fazer quando tiverem filhos, porque esta é a tradição e serve também para proteger o bebé.

Entre os restantes indivíduos no grupo dos mais jovens, há os que dizem que não fizeram, nem irão nunca efectuar esta cerimónia com os seus filhos, ou que ainda não tiveram oportunidade de o fazer. No caso de quem ainda não tem filhos, alguns dizem que não pensam fazer. Um dos indivíduos disse que até era um ritual engraçado e que iria pensar nisso. Os que já têm filhos mas não fizeram o «guarda cabeça» justificam-no de duas formas: primeiramente, porque estão em Portugal e cá já não faz tanto sentido recorrer a este tipo de tradições (homens e mulheres do grupo popular); em segundo lugar, porque não acreditam e não são apreciadores deste tipo de práticas, considerando-as um disparate (mulheres jovens do grupo de elite).

No caso dos mais velhos, 16 indivíduos dizem que não fizeram o «guarda cabeça» aos seus filhos, uns porque acham que isso não traz nada de novo, nem serve para nada, outro porque acha que é uma «farsa», outro afirmando: *«Nunca passou pela minha cabeça, não faz parte da nossa..., não faz parte da cultura, nunca fiz...»*, alguns, ainda, admitem que não acreditam nisso. Relativamente a diferenças identificadas por género, vemos que entre os que dizem que fizeram ou pretendem fazer o guarda cabeça, sete são mulheres e quatro são homens. As sete mulheres respondem afirmativamente, dizendo que lhes fizeram o guarda cabeça, três entre elas já fizeram com os seus filhos e as outras, mais novas, dizem que irão fazer quando os filhos nascerem. As outras 13 mulheres dizem que não fizeram nenhuma destas cerimónias com os filhos, umas justificando que agora estão em Portugal e que aqui já não se praticam tanto estes rituais tradicionais, outras porque não acreditam ou porque acham desnecessário (ou mesmo um «disparate») e não gostam dessas

tradições. Dos 20 homens, dois mais velhos (do grupo popular), dizem que fizeram o guarda cabeça e dois mais jovens, sem filhos, dizem que lhes fizeram quando eram crianças e se calhar também o irão fazer quando tiverem filhos. Entre os restantes 16 homens, uns não acreditam, outros acham que não faz parte da sua «cultura», (opinião partilhada sobretudo pelos mais velhos) e alguns dizem que aqui em Portugal não fizeram nada disso, mas que, se fosse em Cabo Verde, nunca deixariam de o fazer.

Podemos verificar que, enquanto para uns esta é uma cerimónia carregada de significado simbólico, para outros, não passa, segundo eles, de uma espécie de «folclore» divertido, que faz parte da tradição, sem qualquer consequência benéfica (ou maléfica) para a saúde do bebé.

Para além disso, antigamente «as pessoas, acreditavam muito nas bruxarias e na existência de feiticeiros e passavam a atribuir a mortalidade aos seus efeitos perversos. Daí, a invenção popular do guarda cabeça, um acto protector que se pode chamar de sincrético-religioso»⁴⁹¹. O «guarda cabeça» é, hoje em dia, uma prática que muitos continuam a realizar puramente por tradição.

Relativamente aos rituais relacionados com a morte, podemos observar que este é um acontecimento particularmente importante no seio das famílias cabo-verdianas, que as mantém unidas e reforça o sentimento de pertença.

«Nós somos unidos na festa e na morte, na política não somos unidos... na festa e na morte. ... quando morre uma pessoa em Cabo Verde, as pessoas, digamos assim, mobilizam-se e essa mobilização levam, portanto, , levam a ter força... .. fazer uma festa... digamos assim, é um modo que eu considero feliz.»

{Ent 16: H, MJ, GE}

«Ir ao funeral é mesmo importante para a nossa vida tradicional.»

{Ent 32: H, MJ, GP}

Quando nos referimos à morte e ao funeral, o ritual mais comum é o da «esteira», que significa velar o morto em casa (antigamente em cima de uma esteira), ao mesmo tempo que se tem sempre comida e bebida preparada para receber as visitas que vêm cumprimentar os familiares

491. Arquivo Histórico Nacional, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

durante uma ou duas semanas. É uma tradição que os mais velhos recordam, que obrigava a família a praticar este ritual de convivência quando morria alguém, mas que hoje em dia já caiu em desuso⁴⁹².

«Há a chamada esteira. Esteira, quer dizer, durante determinados dias, (que eu não conheço profundamente a cultura Santiaguês), vão todos os familiares, há grogue, há comida, é quase uma festa.»

{Ent 11: H, MV, GE}

«Isso de morrer uma pessoa na família, sei que é uma desgraça aqui em Portugal. Tanto aqui como em lá. Porque isto é praticamente..., eu prefiro 10 000 vezes casar a minha filha 2 vezes que ter uma pessoa morta na família. Isto é complicado. Uma despesa enorme... Tem uma despesa enorme porque... é assim: temos uma tradição em Cabo-Verde durante 7 dias. Ter visita sempre em casa... Tem que ter comida, bebida, durante 7 dias. E depois, se veio o dia do enterro, aquela comida... Bem, tem que se fazer a comida para..., pronto! Se vierem 300-400 pessoas...»

{Ent 14: H, MV, GP}

«Lá na nossa terra é muito diferente de pessoas de Santiago... mas é assim, quando a pessoa vem do funeral, faço um café, tem bolo, tem bolacha, tem pão e depois uns toma chá e outros café. Passam 7 dias... esteira, lá chamam "rade", na minha terra. Rezamos, levantamos a esteira e depois temos um jantar no dia de 7 dia. Depois damos missa de 1 mês, missa de 1 ano...»

{Ent 26: M, MV, GP}

«... Sim, há uma cerimónia que a gente faz com um altar, com cruz, com velas...»

{Ent 38: H, MV, GP}

«Fazem o altar, onde as pessoas vão visitando... até ao sétimo dia aquela esteira fica lá vão recebendo as visitas a partir do sétimo dia que eles tiram a esteira.»

{Ent 39: M, MV, GE}

492. Esta tradição ainda é seguida em muitas sociedades que preservam os seus hábitos culturais, nomeadamente países outrora colonizados por Portugal, como é o caso de Angola e Moçambique, em que é dado o nome de **óbito** à mesma cerimónia. É muito frequente as famílias endividarem-se a fim de fazer face às elevadas despesas envolvidas.

As pessoas do grupo de elite descrevem os rituais da morte mais tradicionais, reconhecendo que hoje em dia esta cerimónia está mais ocidentalizada, mas que, contudo, tanto em Cabo Verde, como aqui em Portugal, nos bairros de comunidades imigrantes, as tradições ainda se mantêm.

Os indivíduos do grupo popular relatam o ritual da esteira como uma prática ainda corrente, sempre que o funeral se realiza no seio de familiares cabo-verdianos. Embora não tenhamos dados desagregados por ilha de origem, também percebemos que estes rituais diferem ligeiramente de ilha para ilha: em Santiago é diferente da Boavista e de São Vicente. Foi-nos referido frequentemente que esses rituais eram mais característicos da população da ilha de Santiago, aquela que mais se aproxima culturalmente de África. A prática de alguns ritos ligados ao nascimento e à morte é diferentemente apropriada pelas diversas ilhas. Como já referimos mais acima, Santiago é a ilha mais africana, mais rural e fechada em si mesma, em contraste com a ilha de São Vicente. Estas duas ilhas polarizam as diferenças entre os grupos do Barlavento e Sotavento, contendo, dentro de si, especificidades das ilhas que abarcam. O espaço socializador, o capital sociocultural e a educação religiosa das famílias são igualmente modeladores da relação estabelecida com estas práticas culturais⁴⁹³.

Muitos dizem que esta prática ainda se mantém em Cabo Verde, mas não aqui em Portugal. Para além deste ritual celebra-se também a missa do sétimo dia, a do primeiro mês e a do primeiro ano após a morte. Como a maior parte dos imigrantes não se pode deslocar aos funerais em Cabo Verde, por razões profissionais e financeiras, o luto é feito à distância, ou vai-se lá, passado um ano, para dar a missa do primeiro aniversário da morte. Caso contrário, manda-se rezar uma missa em Portugal, enviando dinheiro a fim de rezar lá uma missa pelo morto, um ano após a morte:

«Portanto, [tenho que mandar] sempre dinheiro para lá,... Se eu pudesse ir, vou. Porque normalmente, quando há possibilidade, a gente vai. Mas normalmente quando morre a pessoa em Cabo Verde, a gente vai já, já a pessoa está enterrada... aqueles 7 dias mas, portanto normalmente [o que viu] quando voltar a suceder, em 86 eu recebi telegrama e queria ir para lá. [...] estava no trabalho, pois pedia férias e não sei quê... porque aquele dinheiro

493. Saint-Maurice, A., *Identidades reconstruídas – Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

para ir para lá [sem par] aqueles setes dias, que é que eu fiz? Mandei dinheiro, fizeram toda a despesa, e depois ele morreu em Agosto e eu mandei dinheiro, fizeram tudo, e eu aguentei um ano a trabalhar para guardar qualquer coisa, fui dar a missa de um ano ao meu pai. Fui lá, dar a missa de um ano ao meu pai, e [...] os meus irmãos todos. Os que estavam na América também foram para lá, fomos dar a missa de um ano com a minha mãe, tudo a vive ali. E assim é que a gente não [enfaixo]. Só um ano depois é que eu fui. Porque na altura eu ia lá, tinha que ir à pressa, sem dar aqueles 7 dias. E então eu mandei dinheiro, eles fazem o funeral e aquelas coisas...»

{Ent 14: H, MV, GP}

«... a única pessoa próxima que morreu que tive que ir assistir a morte foi a minha mãe. Eu tinha uma passagem para os Estados Unidos, eu tomei a passagem, que a minha mãe estava boa... telefonaram a dizer olha que ela entrou para o hospital e depois voltaram a ligar a dizer, olha convêm vires... larguei tudo e fui. Cheguei às 4 da tarde e ela faleceu às 6 da manhã. ... Nós somos muito ligados à nossa família! Eu sou mais nova dos meus irmãos, os meu irmãos telefonam-me todos os dias, ou eu telefono para eles para saber se está bem.»

{Ent 39: M, MV, GE}

«Fui para lá porque era a minha avó, queria ir ao funeral mas não consegui e fui passar o 7.º dia.»

{Ent 46: M, MJ, GE}

«la lá se tivesse possibilidade. Se morrer uma pessoa da família, a gente fica com espírito destorcido...»

{Ent 38: H, MV, GP}

Encontramos alguns relatos por parte de pessoas que dizem não concordar plenamente com o ritual relacionado com a morte, dado que parece haver um hábito de fazer quase uma festa:

«Mas eu particularmente não... não acredito em tudo o que o povo faz. Morte tem que ser respeitado mas é enterrar o morto e depois tudo o que podemos fazer para eles é a nível espiritual. Isso de comer, beber, jogar cartas, não sei que mais...»

{Ent 33: H, MJ, GP}

«Ultimamente tem havido coisas que não concordo, parece festa, comida durante 7 dias.»

{Ent 44: M, MJ, GE}

Hoje em dia, aqui em Portugal, quando um membro da comunidade cabo-verdiana morre, a cerimónia do funeral é muito semelhante à dos portugueses, mas considera-se muito importante participar num funeral, e tal como já referimos, quando algum familiar ou conhecido morre em Cabo Verde, e não se pode lá ir, celebram-se cá as missas evocativas. Segundo nos foi revelado, por vezes, as pessoas passam um ano a poupar para ir à sua terra dar a missa do aniversário da morte. Existe pois, um envolvimento estreito e um espírito de auto-ajuda «obrigatória» de toda a comunidade por ocasião de uma morte, em especial da parte dos parentes e vizinhos. Há quem afirme que «no nascimento e na morte» estamos todos lá. São momentos que reforçam os laços de solidariedade e interdependência e evocam a ideia de «*morabeza*», ideia base do relacionamento entre cabo-verdianos.

Como já foi referido na revisão da literatura e viemos a confirmar no nosso estudo, os rituais da «esteira» e do «guarda-cabeça» são praticados por cerca de metade dos cabo-verdianos residindo em Portugal. Assim, tal como é referido por Gomes⁴⁹⁴, a prática e a adesão diminuem à medida que as habilitações dos indivíduos vão aumentando. «São práticas que decorrem de superstições, habitualmente mais rejeitadas por aqueles que têm níveis de educação superiores».

Quando da análise dos dois grupos geracionais separadamente, verificamos que também não se encontram particularidades nestas práticas. Quase todos os elementos que compõem a amostra afirmam que o hábito da «esteira» e do altar era mais frequente antigamente do que hoje em dia, sobretudo no interior das ilhas em Cabo Verde. Alguns dizem que ainda se realizam essas cerimónias em Cabo Verde mas, aqui em Portugal, torna-se mais difícil pois a comunidade está mais dispersa. O que quase todas as pessoas fazem quando alguém morre é celebrar a missa de sétimo dia, do primeiro mês e do primeiro ano após a morte. Alguns indivíduos relatam que ainda hoje se faz um ritual de pôr a esteira e o altar durante sete dias. Todos estão de acordo em que tanto o nascimento como a morte são momentos de grande solidariedade e de mobilização dos familiares e conhecidos para o acontecimento, onde pessoas chegam de todo o lado e onde se cozinha (muitos referem

494. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de caracterização da comunidade cabo-verdiana residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal. Lisboa, 1999.

a presença de comida neste acontecimento) para receber os familiares, vizinhos e amigos que vêm prestar as suas homenagens. Ainda há, entre os imigrantes, quem tente deslocar-se a Cabo Verde de propósito para o efeito, no caso de lá morrer algum familiar ou, se isso não é viável, envie dinheiro e procure lá ir dar a missa do primeiro ano. No entanto, é de salientar que há quem diga que estes rituais ainda se mantêm nalguns bairros na periferia de Lisboa onde se concentra a grande parte da comunidade cabo-verdiana que vive com menos recursos.

Na revisão da bibliografia vimos que a morte e o luto são sempre momentos importantes e uma ocasião de demonstração de solidariedade para qualquer cabo-verdiano, o que é reconhecido por todos os entrevistados. Sabemos, também, que existem distinções na forma de realizar estes rituais, entre o meio urbano e o meio rural, assim como entre as pessoas mais novas e as mais velhas. No entanto, no caso dos resultados obtidos no nosso estudo, não foram encontradas diferenças marcantes quando da análise feita por gerações.

Através da análise efectuada por género, foi possível chegar à conclusão que a morte e o luto são momentos vividos de igual forma pelos homens e pelas mulheres que fazem parte da nossa amostra.

3.5. Ligação com Cabo Verde, Cultura e Saudades

Seguidamente, iremos analisar o tipo de práticas que as pessoas usam para se manterem ligadas a Cabo Verde, de que forma matam as saudades da sua terra natal, e mantêm viva a sua cultura.

As pessoas do grupo popular dizem que se mantêm ligadas ao seu país sobretudo através do telefone, vendo a televisão (RTP África), comendo cachupa em casa, convivendo com familiares e amigos, ouvindo a música de Cabo Verde. Alguns dizem que, de vez em quando, lêem o jornal de Cabo-Verde. Outros dizem que vão às associações de cabo-verdianos e participam nas festas organizadas.

Os relatos expressos, pelas pessoas no grupo de elite, sobre a forma como é mantida a ligação com Cabo Verde, são muito semelhantes aos do grupo popular, embora com algumas nuances. Entre as diferenças detectadas podemos salientar actividades mantidas pelos membros do grupo de elite, tais como o acompanhamento de eventos (concertos, lançamentos de livros, de discos), viajar até Cabo Verde com alguma frequência, ser assinante de jornais, manter contactos por *mail* e acom-

panhar notícias pela internet, conviver com conterrâneos, ser membro de associações ou frequentá-las com alguma regularidade, ler livros de autores cabo-verdianos.

São raros os casos das pessoas que dizem que não se sentem cabo-verdianas mas sim portuguesas, sendo estas declarações provenientes de pessoas do grupo popular. A maior parte dos indivíduos que fazem parte do nosso estudo afirma que se sente cabo-verdiana, mas há também quem afirme ser o resultado de uma mistura das duas culturas. Estes últimos fazem parte do grupo de elite.

De um modo geral não se distinguem diferenças entre os grupos por nós definidos relativamente às saudades que todos sentem de Cabo Verde, em relação à família, aos amigos, ao convívio, à cultura, ao modo de vida na terra natal. Para matar as saudades, como já vimos anteriormente no que se refere às ligações mantidas com Cabo Verde, os inquiridos dizem que tentam ir a Cabo Verde sempre que possível, telefonam ou aliviam as saudades através dos contactos e redes existentes em Portugal.

Numa análise por gerações, constatamos que são as pessoas mais velhas que dizem estar ligadas a actividades das associações e ler os jornais cabo-verdianos. Todas elas falam do contacto estreito e permanente com Cabo Verde através do telefone, da televisão e da música cabo-verdiana, bem como comendo a cachupa uma vez por semana (ao fim de semana) e convivendo com pessoas de Cabo Verde. São sobretudo os mais jovens os que estão «ligados» também através da internet e dos *e-mails*.

O crioulo é a língua veicular, utilizada tanto em casa como entre os familiares e amigos cabo-verdianos, independentemente da idade e do género.

A quase totalidade dos entrevistados diz sentir-se totalmente cabo-verdiana senão uma mistura das duas culturas, a portuguesa e a cabo-verdiana, sem distinção de idades. Os três indivíduos que afirmam sentir-se mais portugueses do que cabo-verdianos são homens mais velhos, do grupo popular. Isto vem contradizer o que diz Sardinha quando afirma que, quanto menor é o grau de escolaridade, maior é a proximidade do indivíduo com o seu grupo étnico, e que, em oposição, uma maior escolaridade aumenta o grau de integração dos indivíduos na sociedade anfitriã⁴⁹⁵.

495. Sardinha, J. M. Silva, *Preservar a identidade. Integração da comunidade cabo-verdiana na Área Metropolitana de Lisboa: Associativismo e perspectivas das Associações*. Dissertação de Mestrado em geografia e Planeamento regional – gestão do território. Departamento de Geografia, FCSH/UNL, Lisboa, Setembro, 2001.

Em Gomes também é dito que, à medida que se vai subindo na pirâmide social, a identidade étnica vai enfraquecendo⁴⁹⁶. Concluímos que, no caso do nosso estudo, surgem ao nível dos discursos, mais referências a práticas culturais cabo-verdianas, podendo-se até afirmar que são efectuadas com um certo «orgulho», por parte dos indivíduos do grupo de elite. Vimos que são os indivíduos que fazem parte do grupo de elite que, quando se pergunta às pessoas se os hábitos tradicionais se mantêm ou se alteram com o processo de imigração, dizem que os cabo-verdianos nunca perdem a sua cultura. Segundo eles, os hábitos culturais ainda se mantêm e perduram sobretudo entre as pessoas mais velhas ou nas comunidades que habitam nos bairros de concentração cabo-verdiana. Curiosamente, as respostas recolhidas em sentido oposto, que contradizem esta afirmação, argumentando-se que estes hábitos eram de facto mantidos pelas pessoas mais velhas mas que foram abandonados quando se emigrou, são emitidas por pessoas do grupo popular, residentes nesses mesmos bairros.

De modo semelhante, todos dizem que sentem muitas saudades de Cabo Verde, sobretudo por causa da família que lá ficou, das festas populares locais, da sua cultura, do convívio que é próprio da terra natal. A fim de matar as saudades, tentam lá ir sempre que podem, telefonam, recriam o modo de vida, comendo e bebendo produtos de Cabo Verde e ouvindo a sua música, tal como já foi referido quando abordámos as ligações existentes entre os imigrantes e a sua terra natal.

3.6. Conclusões preliminares

Podemos retirar as mesmas conclusões a que chegaram os trabalhos científicos, que foram por nós revistos, quando afirmam que, realmente, são os factores socioeconómicos que determinam a relação com a saúde e não outra ordem de factores⁴⁹⁷. Segundo Sarah Nettleton, podem ser identificados tipos de explicações para padronizar o estado de saúde pela etnicidade, através de factores genéticos, culturais e socioestruturais. Sem excluir que os dois primeiros factores podem ter alguma influência, a evidência sugere que as circunstâncias sociais nas quais as pessoas vivem e a natureza das relações sociais que os indivíduos «experimentam» são as considerações mais importantes. As questões culturais,

496. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

497. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

pelo seu lado, explicam diferenças na saúde em termos de comportamentos e estilos de vida⁴⁹⁸.

O discurso analisado acerca das práticas de saúde e de doença demonstrou existirem diferenças, em alguns aspectos, entre os grupos sociais. Foram encontradas também ligeiras diferenças nas práticas entre os géneros e as gerações. Podemos concordar com Saint-Maurice⁴⁹⁹ quando diz que o grupo dominante, neste caso, o grupo de elite, ao nível simbólico e em determinadas circunstâncias salienta a sua identidade étnica, mas, em termos de modos de vida, em sentido estrito, evidencia a sua identidade socioeconómica (o que Saint-Maurice chama de identidade de classe). Salienta que, no caso dos dominantes cabo-verdianos (elite), ao nível simbólico, estes reforçam a sua etnicidade, valorizando-a como positiva e orgulhosamente, ao mesmo tempo que, ao nível comportamental, se aproximavam da classe dominante da sociedade receptora. Já no caso dos cabo-verdianos com condições socioeconómicas desfavorecidas, estamos perante um processo de diferenciação com a sociedade de acolhimento quer ao nível das representações como dos dos comportamentos, que os relega para uma situação de exclusão social, acrescenta a autora. Esta autora conclui que se trata de que estamos perante duas «ethclass» específicas em que existe uma contribuição tanto do grupo social como da identidade étnica. Estes dois factores funcionam simultaneamente e, se não são determinantes, pelo menos orientam as práticas, os comportamentos, as representações e as percepções.

CAPÍTULO X – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Tendo analisado os dados e determinado os principais resultados, importa agora realçar alguns pontos fundamentais.

A presente investigação constitui uma tentativa de examinar e compreender a forma como os indivíduos entendem e definem a saúde e a doença no âmbito das representações sociais de saúde, como se «comportam» em termos de saúde e de doença, ao nível das suas práticas, através dos relatos pessoais. Para além disso, pretende-se analisar comparativamente os dados de forma a fazer sobressair semelhanças

498. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

499. Saint-Maurice, A., *Identities reconstruídas – Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

e/ou diferenças em diferentes níveis de observação, nas dimensões de análise correspondentes aos grupos sociais, às gerações e aos géneros.

A nossa hipótese central parte do pressuposto que os imigrantes terão perfis distintos, entre eles, no que se refere às dimensões de análise «representações» e «práticas» de saúde e de doença. Segundo o que é apontado por Sundquist, as condições sociais e as atitudes e hábitos culturais de um determinado grupo podem estar estreitamente associados às suas representações e práticas de saúde⁵⁰⁰. Considera-se que a cultura é uma das mais importantes influências das crenças e comportamentos relacionados com a saúde e que as diferenças na percepção da saúde dependem dos factores culturais. Esta hipótese centra-se na ideia que a saúde dos imigrantes se inscreve num quadro particular onde interfere o carácter cultural da pertença étnica. No entanto, a saúde pode variar consoante os alvos e os contextos de comparação social e económica. Queremos dizer com isto que em grupos diversos vão surgir representações e práticas divergentes, sendo o nosso objectivo destacar essas diferenças ao nível das análises e comparações dos subgrupos: socioeconómico, geração e género.

Já sabemos que a comunidade em estudo não é homogénea e que existem distinções quanto às representações e práticas de saúde e de doença. As características da comunidade cabo-verdiana em Portugal apontam, por um lado, para uma realidade dominada por baixos níveis de instrução, emprego pouco qualificado, habitação em bairros degradados e, por outro lado, para uma comunidade com raízes antigas, relativamente bem integrada e próxima da sociedade portuguesa⁵⁰¹ e que esta situação provoca forçosamente uma heterogeneidade de representações e práticas de saúde. Confirma-se assim o que diz Peixeira, quando refere que na cultura cabo-verdiana, ou cultura crioula, as divergências encontradas são mais o resultado das diferenças socioeconómicas do que das diferenças étnicas, devendo-se salientar que no decorrer dos tempos nem sequer se desenrolaram conflitos que pudessem ameaçar esta cultura crioula⁵⁰².

500. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

501. Citado em Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

502. Peixeira, L. M. Sousa, *Da mestiçagem à caboverdianidade – Registos de uma socio-cultura*. Edições Colibri, Lisboa, 2003.

No decorrer da análise dos dados evidenciou-se que a variável mais determinante para a distinção entre as representações da saúde e da doença é o «grupo social» ao qual os indivíduos pertencem, mais do que a geração e o género ou ainda a cultura étnica, se bem que esta esteja sempre presente em todos os domínios. Verificou-se uma tendência de respostas semelhantes no seio do mesmo grupo social e, ao efectuarmos uma comparação geral entre os dois grupos sociais, podemos concluir que existem diferenças entre eles. Apesar de menos marcante, também se registaram momentos de convergência e divergência de resposta ao nível da análise por gerações. Já muito pouco significativas foram as diferenças encontradas na análise efectuada tendo por base o género. Apesar de afirmarmos que a variável que determina as maiores diferenças é o grupo social, descobrimos também semelhanças entre os grupos. Além disso, depois de analisadas as tendências principais de resposta entre os dois grupos sociais, podemos concluir que existem algumas divergências no interior de cada um deles quando foram feitas as leituras dos dados em termos de geração e género.

Como já referido, outro factor determinante que influencia as variações na saúde dos imigrantes para além da posição socioeconómica é a cultura⁵⁰³, onde estão inseridas a etnicidade e a origem étnica. Neste caso, a cultura é vista como um factor que se sobrepõe à posição socioeconómica nas diferenças de saúde e doença. No entanto, sabemos que a cultura não pode ser dissociada dos factores socioeconómicos. Os factores culturais e os factores socioeconómicos influenciam-se mutuamente e o contexto socioeconómico também é uma determinante cultural. Existem as chamadas culturas de classe e por vezes torna-se difícil separar o contexto socioeconómico do cultural. Confirma-se a hipótese de investigação que foi lançada. Existem dois processos culturais que determinam a relação com a saúde e a doença, um processo de cultura «terapêutica», ou seja, um conjunto de aprendizagens e experiências de saúde e de doença provenientes da cultura de origem, e um de cultura de «grupo» ou de «classe». Os indivíduos ao imigrarem transportam estes dois processos na sua «bagagem». Quisemos compreender se a relação que mantinham com a saúde e a doença dependia da sua cultura de origem, a cabo-verdiana, e/ou da sua cultura de grupo de pertença socioeconómica. Verificámos que as representações e as práticas de saúde e doença assentam numa base cultural de origem, mas que a cultura «terapêutica», ao ser transportada pelos indivíduos com o seu

503. Smaje, Chris, Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence. London: Kings Fund Institute, 1995.

processo de imigração, apesar de manter alguns dos seus aspectos, não é suficientemente autónoma das questões que estão inerentes aos factores socioeconómicos que os identificam e distinguem. Neste caso, a cultura não se sobrepõe totalmente à posição socioeconómica, nas diferenças de saúde e doença. Ela não se torna a determinante principal na relação com a saúde e a doença, analisada sob o ponto de vista das dimensões de representações e das práticas, quando comparada com a pertença social. Nesse sentido, a pertença social sobrepõe-se à pertença cultural de base, comum à totalidade dos indivíduos do grupo estudado. No entanto, sabemos que essa cultura comum se molda aos contextos sociais dos indivíduos e que a pertença social também inclui aspectos culturais. Partindo da hipótese de que o que determina as representações e práticas da saúde e da doença é a condição socioeconómica e a cultura, podemos concluir que foi, no decorrer deste trabalho, a condição socioeconómica a revelar as maiores diferenças e a marcar a sua condição de variável independente que interfere nas representações e nas práticas de um grupo com uma cultura de base comum. As condições sociais também determinam uma grande parte da nossa cultura, que não é estática, mas sim flexível e que evolui consoante o contexto socioeconómico em que o indivíduo progride. Podemos também acrescentar que os hábitos culturais vão sendo condicionados com o tempo, com o espaço e com as condições socioeconómicas. A diferença revela-se entre os dois grupos sociais nas opiniões encontradas ao longo do discurso.

Estamos perante duas formas de falar sobre a vida que integram as questões de saúde: uma forma em que se afirma que se está bem na vida, onde se inclui a saúde como algo de valioso e de positivo e que determina esse bem-estar; outra em que os relatos sobre a vida são menos positivos, onde surgem queixas de saúde, no sentido negativo associado à presença de doenças. Nesta perspectiva, Claudine Herzlich combina a percepção pessoal que os indivíduos fazem da qualidade de vida e de bem-estar com a saúde e a doença.⁵⁰⁴ Estas diferenças de resposta também são um bom reflexo daquilo que já foi referido na literatura revista sobre a relação entre a saúde e as condições socioeconómicas⁵⁰⁵.

504. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

505. Venema, H. P. Uniken; Garretsen, H. F. L.; Van Der Maas, P. J., Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Social Science and Medicine*, 1995.

Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

Deparamo-nos com um auto-posicionamento dos indivíduos face à vida e ao bem-estar directamente relacionado com suas características socioeconómicas, incluindo a educação, a profissão, a habitação e os rendimentos. Os diferentes discursos revistos neste grupo de respostas estão estreitamente relacionados com a posição dos indivíduos na sociedade e com as suas condições materiais de existência.

Surgiram diferenças nos discursos, mas não sabemos até que ponto estas correspondem às diferenças reais. As distintas inserções na realidade material poderão contribuir para moldar a cultura e a visão que as pessoas têm de saúde e doença, condicionada pela posição social. Calnan e Williams⁵⁰⁶, num estudo sobre os comportamentos de saúde que as pessoas adoptam no dia-a-dia, encontraram uma discrepância entre o discurso «público» que se tem sobre determinados comportamentos de saúde e as concepções «privadas» que orientam as acções individuais. No presente estudo esta situação também transparece. Os indivíduos apontam para a existência de uma relação entre a estrutura social e a noção de saúde, a alimentação e, com menor evidência, o exercício físico. Esta diferença parece ser explicada pelos constrangimentos das condições materiais de existência, mais do que pelas questões de acessibilidade.

No sentido de sabermos como os indivíduos consideram a sua saúde, em termos de avaliação subjectiva da saúde, ou ainda de auto-avaliação da saúde, obtivemos relatos de algumas pessoas do grupo de elite que dizem que a sua saúde é «mais ou menos» ou «não é tão boa como desejariam» e revelam ter consciência que os seus estilos de vida não são os mais adequados para uma saúde «óptima», sabendo que deveriam mudar certos comportamentos para melhorá-la. Têm como referência o modelo «exterior» dominante da sociedade de acolhimento.

Esta ideia opõe-se à de Mildred e Blaxter, em que a definição de saúde de uma forma positiva é considerada mais característica daqueles com um nível mais elevado de educação ou em circunstâncias mais afortunadas. Ainda segundo Mildred e Blaxter, para a classe alta a saúde é um conceito positivo e expressivo, e para a classe baixa, é um conceito negativo e instrumental⁵⁰⁷.

506. Calnan, M.; Williams, S. (1991) in Silva, L. Ferreira, *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

507. Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

No exemplo de Radley⁵⁰⁸, as pessoas da classe média vêem a doença mais em termos mentais e as pessoas das classes trabalhadoras vêem-na mais em termos físicos.

De acordo com as formas de definir saúde apresentadas por Augé e Herzlich⁵⁰⁹, para o grupo de elite a saúde do próprio é percebida sob a forma «saúde-produto» e/ou «saúde-instrumento» e ainda a forma «doença-resultado». Para o grupo popular a saúde do próprio é representada mais sob a forma de «saúde-doença» significando que a saúde é não estar doente.

Quando as pessoas ouvem falar ou pensam em «saúde» o que é que isso evoca nelas? Essa representação não é apenas individual, mas sim construída em grande parte por «imagens» da cultura dominante na sociedade, que são as representações sociais, segundo alguns autores⁵¹⁰.

Também nas definições sobre o significado de saúde foram encontradas as formas «saúde-instrumento» e «saúde-produto»⁵¹¹. A saúde sob a forma «saúde-produto» aparece nos resultados quando se pede para falar de doença, sobretudo no grupo de elite. No grupo de elite define-se doença como uma consequência de comportamentos menos saudáveis e que podem levar à doença, relacionados com estilos de vida. A saúde é o produto e a doença é o resultado de comportamentos individuais. Verifica-se, assim, que este grupo, tanto no que se refere à saúde, como à doença, possui uma perspectiva mais abrangente (*holística*), que engloba o bem-estar físico e mental, assim como a ideia de prevenção e de qualidade de vida. Poder-se-ia acrescentar que as pessoas do grupo popular são mais fatalistas e pessimistas do que as do grupo de elite, pelo menos no que é revelado ao nível dos discursos acerca da noção

508. Radley, A., *Words of illness: biographical and cultural perspectives on health and disease*. Routledge. London, 1993.

509. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

510. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

Sontag, S., *A doença como metáfora e a SIDA e as suas metáforas*. Quetzal Editores. Lisboa, 1998.

Flick, U., *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. L'Harmattan, Santé, société et cultures, Paris, 1992.

511. Augé, M.; Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

de doença. Esta afirmação vem ao encontro da opinião de D’Houtard⁵¹² quando salienta que, para os trabalhadores manuais pertencentes às camadas populares e para as pessoas mais velhas, a saúde é mais fatalista do que para os trabalhadores dos quadros (de grupos de elite) e pessoas mais novas⁵¹³. Segundo alguns autores como Blaxter⁵¹⁴ e D’Houtard⁵¹⁵ a visão da saúde, aferida pela forma como as pessoas a definem, é diferente consoante o grupo social. As classes trabalhadoras transmitem uma visão mais negativa (ausência de doença), e funcional (ligada à aptidão para trabalhar), do que as pessoas das classes superiores em que a definição é mais positiva (bem-estar) e emocional (satisfação, felicidade), o que está bem patente nos resultados por nós obtidos. Encontrámos indivíduos que apesar de descreverem alguns sintomas, dizem não se sentirem doentes. Nestes casos, os seus comportamentos continuarão a ser como os de pessoas com saúde como também afirmam Reijneveld e Gunning-Scheppers⁵¹⁶.

Se tivermos em conta o que diz Williams quando afirma que «quanto maior é a «integração», maiores são as necessidades e mais os valores se assemelham aos padrões dominantes da sociedade de acolhimento e maior a sensação de exclusão»⁵¹⁷, podemos ver que isto acontece, em parte, nos casos por nós estudados. No entanto, não se aplica às «queixas de saúde», na análise por grupo social. A maior parte das queixas mencionadas em que se afirma que a saúde é neste momento má ou que é «mais ou menos» são provenientes de pessoas do grupo popular. Pensamos que neste grupo, a saúde dos indivíduos é percebida mais em termos «internos», está mais relacionada com o corpo dos próprios e é vista enquanto instrumento, em termos de funcionalidade e capacidades para se estar apto para trabalhar e ser activo.

512. D’Houtard, A.; Field, M., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Coll. Espace social, Presses universitaires, Nancy, 1989.

513. *Idem, ibidem*.

514. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

515. D’Houtard, A.; Field, M., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Coll. Espace social, Presses universitaires, Nancy, 1989.

516. Reijneveld, S. A.; Gunning-Scheppers, J., 1995, Reijneveld, S. A.; Gunning-Scheppers, L. J., Age, health and the measurement of the socioeconomic status of individuals. *European Journal of Public Health*, 1995; 5: pp. 187-192.

517. Williams, R., Health and length of residence among south asians in Glasgow: a study controlling for age. *Journal of Public Health Medicine*, 1993; 15: pp. 52-60.

Tal como nos estudos revistos⁵¹⁸, os entrevistados distinguiram a doença – o conceito negativo – como algo de mau, e a saúde – o conceito positivo – associado a estilos de vida saudáveis e a práticas de saúde preventivas. Ao nível da grande dicotomia negativo/positivo ou ausência/presença de saúde, aparecem respostas negativas, tais como «saúde» enquanto não estar doente, «saúde» como ausência de doença, «saúde» apesar de doença, assim como respostas de sentido mais positivo, descrevendo a «saúde» como reserva, como comportamento, como uma vida saudável, boa forma física, energia, vitalidade, «saúde» enquanto relações sociais, como condição de funcionalidade física.

No entanto, ao nível da análise comparativa entre os grupos sociais, encontrámos respostas negativas e positivas em ambos os grupos sociais, e aí parece não existir uma diferenciação muito clara.

A conceptualização popular da saúde e da doença é normalmente coincidente com as representações sociais da cultura dominante. A percepção popular sobre o que é a saúde coincide também, regra geral, com a definição oficial, tanto a negativa como a positiva. A definição oficial de saúde pela negativa, passa por não estar doente ou não se sentir doente. A definição positiva passa por um estado ideal, o bem-estar, o ajuste físico e mental, o ter força ou capacidade, aspectos que estão relacionados com a grande questão da qualidade de vida. Sentir-se saudável ou doente são formas de percepção popular da saúde e da doença⁵¹⁹.

Se na percepção de saúde não encontrámos uma nítida distinção negativo/positivo entre os dois grupos sociais, já no que diz respeito à definição subjectiva da doença e à importância de se ter saúde, podemos dizer que a descrição da saúde como boa forma e um instrumento positivo foi mais característica daqueles que possuem um nível mais elevado de educação ou circunstâncias mais afortunadas, aproximando-nos, assim, da mesma conclusão que Blaxter⁵²⁰.

518. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

Blaxter, M.; Paterson, E., *Mothers and daughters: A three-generational study of health attitudes and behaviour*. London, Heinemann, 1982.

Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

519. Braga, C., *A saúde e a doença na Peneda – Comportamentos e práticas*. Tese de mestrado em Relações Interculturais, Lisboa: Universidade Aberta, 2001.

520. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

Para o grupo de elite, a saúde tem uma função mais positiva e expressiva, com um valor social, enquanto para o grupo popular é mais negativa ou fatalista (quando se define doença) e tem uma função mais instrumental (poder trabalhar)⁵²¹.

Podemos complementar a ideia que as pessoas têm da saúde, que tanto pode ser a ausência de doença, ou um bem-estar físico e mental feito de equilíbrio, de prazer de viver, com a visão do seu papel funcional enquanto capacidade para trabalhar, para viver e conviver com qualidade. Conforme já referido e de acordo com Mildred e Blaxter, a saúde pode ser definida negativamente (ausência de doença) ou positivamente (bem-estar, boa forma) e funcionalmente como a habilidade para lidar com as actividades diárias⁵²². A pergunta sobre qual a importância da saúde na sua vida permitiu aos indivíduos fazer a ponte entre o estado pessoal e o estado social da saúde e da doença, atribuindo, tal como foi concluído noutros trabalhos já referidos,⁵²³ um papel à saúde que lhes confere ou lhes retira as capacidades para trabalhar e para viver.

As respostas recolhidas também confirmam a ideia exposta por Krause⁵²⁴, quando diz que as diferenças culturais na percepção da saúde podem explicar alguns resultados. O mesmo quadro de referências não é utilizado por todos os indivíduos. Uns pensam em termos de problemas específicos de saúde, outros pensam em termos de funcionalidade física ou comportamentos de saúde. Os dados mostram que as referências variam com a educação e a pertença a um grupo. No entanto, as consequências funcionais da saúde nas relações sociais são obviamente uma parte importante da definição de saúde dos leigos, independentemente do grupo social⁵²⁵.

Podemos afirmar que estamos perante dois tipos de visão. Uma visão cosmopolita, que corresponde a uma visão mais articulada e alargada ao mundo, versus uma visão existencial, mais ligada e condicionada às condições materiais e culturais de existência. A primeira está relacionada com as ideias expressas pelo grupo de elite enquanto a segunda corresponde mais às representações feitas pelo grupo popular.

521. *Idem, ibidem*.

522. Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

523. Blaxter, M.; Paterson, E., *Mothers and daughters: A three-generational study of health attitudes and behaviour*. London, Heinemann, 1982.

524. Krause, N. M.; Jay, G. M., What do global self-rated health item measure? *Medical Care*, 1994; 32: pp. 930-942.

525. Mildred e Blaxter, *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.

Podemos constatar que os grupos com condições socioeconómicas mais baixas, representados no nosso estudo pelo «grupo popular» e dentro desse, particularmente os «mais velhos», encaram a saúde e a doença de forma muito semelhante ao «modelo biomédico», enquanto que os discursos do «grupo de elite» vão mais ao encontro do «modelo bio-psico-social».

A representação de saúde é traduzida através de um registo que vai do orgânico (ausência de doença) ao social (estar bem com os outros, ser eficiente no trabalho)⁵²⁶, à semelhança da pirâmide da escala de necessidades de Maslow, correspondendo, respectivamente, o primeiro ao discurso do grupo popular e o segundo ao do grupo de elite. Este último encara a saúde e a doença enquanto fenómenos mais globais e exteriores aos indivíduos e o popular vê a saúde e a doença mais restringidas ao corpo, sintomas e aspectos fisiológicos, dando-lhes um significado mais particular e interior. Estas interpretações vão ao encontro das visões cosmopolita e existencial. A representação que os indivíduos têm da sua saúde está claramente mais associada ao nível de educação dos mesmos⁵²⁷, ao capital cultural e menos à geração ou ao género.

Os saberes «leigos» ligados à saúde diferem menos de um grupo étnico para outro, pertencentes à mesma classe social, do que de uma classe social para outra dentro do mesmo grupo étnico, o que pode significar que, no seio da mesma comunidade étnica de origem, podemos encontrar saberes populares e práticas que variam muito do grupo popular para o grupo de elite. O mesmo podemos dizer para a geração e o género. Notam-se maiores discrepâncias entre, por exemplo, jovens do grupo popular e jovens do grupo de elite do que entre homens jovens do grupo popular e homens mais velhos do mesmo grupo. Também se assemelham mais as mulheres e os homens vindos de um mesmo grupo social do que as mulheres dos dois grupos, (ou homens dos dois grupos). As distâncias observadas com base nos grupos étnico-culturais, religiosos e ainda geracionais e de género podem ser atribuídas a distâncias importantes a nível socioeconómico⁵²⁸. Mais do que a cultura, é o nível

526. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

527. Herzlich, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996

Reijneveld, S. A.; Gunning-Schepers, J., 1995, Reijneveld, S. A.; Gunning-Schepers, L. J., Age, health and the measurement of the socioeconomic status of individuals. *European Journal of Public Health*, 1995; 5: pp. 187-192.

528. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

socioeconómico a determinar as diferenças. Massé acrescenta que o próximo desafio é de ordem sociocultural e que, dentro das culturas, existem também subculturas, por exemplo, as subculturas étnicas. Vários grupos portadores de subculturas originais estão inseridos numa matriz global na qual se exprimem e envolvem as culturas veiculadas pelas comunidades que vivem no mesmo território nacional. Distinguem-se também as subculturas, aquelas que estão ligadas, aos grupos sociais, em que cada subcultura étnica se apresenta sob tantas variantes quanto os grupos sociais que lhes dão origem. Estes comentários remetem-nos igualmente para Blaxter⁵²⁹ quando, acerca das noções de saúde e de doença, refere: «Trata-se das atitudes das pessoas para com a saúde, as suas ideias sobre as causas das doenças e a relação entre atitudes e comportamento». Como diz Germov «para além das diferenças culturais entre diferentes sociedades existe também diversidade cultural no seio da mesma sociedade, nas classes sociais, no género e na etnicidade»⁵³⁰.

A saúde está intimamente associada e é consequência dos factores sociais, económicos, culturais e políticos deste mesmo contexto. Como afirma Sundquist «cada vez se dá mais relevo à dimensão cultural e de identidade dos grupos de indivíduos, sendo este um factor tão ou mais importante do que a dimensão socioeconómica, tantas vezes traduzida ou associada às classes sociais»⁵³¹. A etnicidade/cultura revela ser uma dimensão social poderosa quando comparada com a classe social, relativamente à noção que os indivíduos possuem sobre a sua própria saúde.

A cultura «étnica» tem sido evocada como sendo o factor mais importante para determinar as diferenças de saúde e de doença, assumindo-se que ela tem um impacto na saúde dos imigrantes e minorias étnicas. Esta equação tem centralizado as explicações sobre a saúde dos imigrantes. É preciso salientar que/é preciso ter em conta que uma explicação puramente «culturalista» pode omitir e negligenciar o significado de factores alternativos, tais como a classe, o género e a geração, que podem ser variáveis tão importantes como a cultura e a etnicidade na incidência, diagnóstico e tratamento de algumas doenças. A fim de superar estes problemas, a análise cultural da saúde e da doença tem e deve

529. Blaxter, M., The causes of disease: women talking. *Social Science and Medicine*, 17, pp. 59-69, 1983.

530. Germov, J. (editor), *Second opinion: an introduction to health sociology*, Oxford University Press, Melbourne, 1998.

531. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

ser equilibrada com análises estruturais⁵³². Como já tivemos possibilidade de ver, para explicar as diversidades em saúde e em doença em geral, e dos imigrantes em particular, Smaje distingue duas vertentes, a culturalista e a estruturalista ou materialista. A primeira baseia-se na diferenciação cultural e na importância das distinções culturais no significado de saúde e de doença entre as pessoas de diferentes origens étnicas. A segunda foca predominantemente a *localização social* (por exemplo, a classe social, a idade e o «status imigrante»), enquanto um factor causal primordial para os resultados em saúde. Smaje refere ainda que existem na vertente estruturalista ou materialista dois tipos de explicações. A que tende a diminuir a importância do papel da etnicidade, e a que resulta da intersecção de uma série de factores como a classe, etnicidade, género, idade e «status de imigrante». Esta segunda explicação dá a mesma importância à influência da classe que à influência da etnicidade e incorpora o papel da cultura. Uma explicação completa deveria examinar cada factor como um fenómeno cultural e estrutural, como afirma Smaje.

Ao nível das práticas de saúde e de doença, em termos de cuidados com a saúde e práticas de prevenção, encontramos diferenças entre os dois grupos sociais, sendo o hábito de fazer análises e *check-ups* de rotina como forma de prevenção, particular ao grupo de elite.

A predominância de hábitos considerados perigosos para a saúde entre os elementos do grupo popular, permite-nos ir ao encontro da afirmação de Nettleton quando diz que «Ao nível da saúde, os comportamentos mais arriscados como fumar, consumo de álcool, dietas desadequadas, estão associados a menos educação e circunstâncias de vida mais pobres»⁵³³. Como vimos na obra de Nettleton, os estilos de vida tornaram-se importantes determinantes da saúde a um nível individual e as condições de habitação, rendimento, desemprego e pobreza, a um nível estrutural. Quanto às questões socioestruturais, estas estão altamente correlacionadas com privações materiais. O *status* socioeconómico delimita a distribuição dos factores de risco e recursos que afectam a saúde, incluindo as atitudes e comportamentos face à mesma. Nettleton refere que inúmeros autores demonstraram uma associação tão evidente entre a situação socioeconómica e a saúde que os levou a considerar a situação socioeconómica como uma causa fundamental. A situação socioeconómica está também relacionada com a incidência dos comportamentos

532. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

533. Nettleton, S., *The sociology of health and illness*. Polity Press, USA, 1995.

de risco para a saúde que estão dependentes das condições sociais e da exposição a circunstâncias do contexto envolvente.

Pensávamos encontrar distinções marcantes na análise ao nível de género. Chegámos à conclusão que as maiores diferenças entre homens e mulheres são encontradas na análise dos estilos de vida e nas formas de superstição e crenças populares. Porém, a maior diferença revelou-se em termos de grupos sociais. Uma das variáveis dos estilos de vida, a ocupação dos tempos livres, também mostrou ser uma actividade que está muito ligada ao estatuto social. As actividades de leitura, cinema, ouvir música, conviver com os amigos, conversar, passear, são evocadas principalmente por pessoas do grupo de elite.

Nas respostas dadas por mulheres do grupo popular, algumas dizem não ter tempos livres, já que esse tempo é utilizado para tratar da casa ou porque simplesmente não têm actividades fora de casa. Encontramos maiores diferenças dentro do mesmo género, na análise dos dois grupos sociais (mulheres do grupo popular *versus* mulheres do grupo de elite), do que propriamente entre os géneros no seio do mesmo grupo (homens/mulheres de cada um dos dois grupos socioeconómicos).

Em termos das práticas relacionadas com os estilos de vida, existem dois aspectos que dependem mais da posição socioeconómica, do que de factores culturais, sendo elas o maior consumo de álcool em Portugal, predominante nos homens do grupo popular e a forma de ocupação dos tempos livres. O consumo de álcool, considerado como sendo uma prática que aumentou com a vinda para Portugal, foi referida exclusivamente pelos homens do grupo popular, de ambas as gerações. Não encontramos nas entrevistas referências relativamente ao alcoolismo, talvez por receio, ou talvez porque os entrevistados «escondiam» esse comportamento, ou ainda porque provavelmente não têm a percepção que têm comportamentos alcoólicos, visto que a bebida é uma questão que faz parte da cultura cabo-verdiana⁵³⁴. Uma prática comum a todos em Cabo Verde, e que é uma das práticas culturais de origem generalizada, mas que com a vinda para Portugal se modificou, mantendo-se sobretudo no grupo dos homens de elite, é a prática de exercício físico. Podemos, neste caso, afirmar que a prática de exercício físico tem como base a cultura partilhada, mas que, com a vinda para Portugal, se tornou acessível apenas a pessoas mais diferenciadas, provavelmente por

534. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de caracterização da comunidade cabo-verdiana residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal. Lisboa, 1999.

questões económicas, mas sobretudo pelos condicionalismos impostos pelo tipo de profissão e disponibilidade temporal, que são também variáveis dos estilos de vida.

Na obra sobre a comunidade cabo-verdiana em Portugal coordenada por Luís de França as doenças mais comuns encontradas no estudo de França são as doenças infecciosas da pele, as doenças bronco-pulmonares, a subnutrição e desequilíbrio alimentar e as diarreias e infecções intestinais⁵³⁵. Podemos concluir, no entanto, que as patologias referidas pelos entrevistados no nosso estudo não vão ao encontro das mencionadas no estudo supracitado. Igualmente, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, tomando como base as nossas observações, não podemos aceitar a conclusão retirada por Luís de França. Nas entrevistas efectuadas por nós, verificámos que a população estudada recorre preferencialmente aos Centros de Saúde e que têm médico de família. Chegamos à conclusão que a tendência verificada é para uma utilização dos cuidados médicos de forma regular e com propósitos preventivos. Comprova-se, no entanto, que «existe uma alteração de comportamentos após o processo emigratório».

Podemos concluir, por um lado, que os resultados encontrados por L. França⁵³⁶ não correspondem à generalidade dos resultados por nós encontrados, nem que é possível tirar as mesmas conclusões. Não podemos, porém, extrapolar os resultados, devendo-se considerar que ambos os estudos são válidos no que diz respeito aos resultados encontrados no terreno.

Podemos ainda afirmar que, a nível de obstáculos ou impedimentos de ordem diversa, que se possam fazer sentir, estes sobressaem, quando da análise efectuada por grupo, como resultado, nomeadamente, de diferenças culturais, alterações significativas entre as práticas de saúde do país de origem e as do país de acolhimento ou, ainda, do nível de educação.

Surgiram alguns relatos sobre limitações e dificuldades sentidas ao nível do acesso aos serviços de saúde. Permitimo-nos, no entanto, concluir que, neste caso, não existe uma grande distância cultural, nem barreiras muito acentuadas entre esta comunidade e a do país de acolhimento.

535. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

536. *Idem, ibidem*.

No nosso estudo também verificámos a mesma situação que é descrita por Smaje⁵³⁷ sobre a utilização dos serviços de saúde, principalmente quando se trata do grupo popular. Observa-se que o grupo popular utiliza em excesso os serviços de medicina geral, mas muito pouco os serviços externos de especialidade.

Pensamos que no caso do nosso estudo, as principais determinantes da procura são as necessidades sentidas, a percepção da doença, a localização geográfica e respectiva deslocação, mas, sobretudo, os custos envolvidos. Podemos concluir que há um número elevado de pessoas entrevistadas que estão inscritas em médicos de família nos Centros de Saúde, mas que existem também muitos casos de indivíduos que recorrem simultaneamente aos serviços públicos e aos privados de saúde.

As escolhas terapêuticas descrevem itinerários entre os vários recursos disponíveis na comunidade. Enquanto que, em Cabo Verde, se utilizava com maior frequência os vários recursos terapêuticos, em Portugal, predomina o recurso ao Serviço Nacional de Saúde. As pessoas usam este sistema de forma convencional e recorrem geralmente em primeiro lugar ao Centro de Saúde e só em situações de extrema urgência, de horário nocturno ou fins-de-semana é que recorrem às urgências hospitalares. Muitas vezes, a primeira escolha é o Centro de Saúde, outras vezes, são os auto-cuidados ao domicílio. E ainda, por vezes, o médico especialista ou o sistema privado em geral.

A utilização de remédios caseiros como forma de prevenção para certas doenças (os chamados purgantes), foi essencialmente referida por indivíduos do grupo de elite. Na sua generalidade, porém, todos os indivíduos foram tratados, numa ou outra situação, com remédios caseiros para curar doenças da infância e quase todos são de opinião que estes tratamentos são eficazes. No entanto, todos eles afirmam que isso não representava uma forma de substituição das consultas no posto de saúde ou no hospital, já que esta situação se aplicava somente a um determinado tipo de doenças próprias das crianças, ou doenças ligeiras como dores de estômago, problemas digestivos, febre, gripes, tosses ou mesmo a bronquite asmática, que se prestavam a ser tratadas em casa com base nesses produtos. Recorria-se de imediato à medicina convencional quando as situações se complicavam. Quase ninguém, hoje em dia, continua a tratar-se desta mesma forma dado que, segundo

537. Smaje, Chris, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

dizem, não encontram cá os produtos requeridos, as chamadas ervas ou palhas usadas para fazer os chás, xaropes, óleos ou banhos, apesar de se manter o hábito de utilização de infusões, embora o uso de produtos de ervanária seja ainda bastante frequente.

Pensávamos encontrar diferenças significativas entre as duas gerações em estudo, relativamente às experiências e práticas de tratamento caseiros. São descritos os mesmos tratamentos nas duas gerações e as opiniões emitidas são as mesmas. No entanto, pensamos que a geração mais velha recorreu mais a este tipo de tratamentos e detém um «capital cultural» de conhecimentos que os faz ainda utilizar de vez em quando remédios semelhantes, cá em Portugal, mandando vir os produtos de Cabo Verde, ou procurando nas ervanárias determinados chás e plantas idênticos aos que eram lá usados.

Enquanto a maioria dos entrevistados já utilizou e tem uma opinião positiva acerca dos remédios usados em casa, os chamados remédios de terra, já são poucos os que dizem acreditar nos tratamentos feitos por curandeiros, ou ainda pelos chamados curiosos, em Cabo Verde. Dizem que não acreditam na eficácia das terapias efectuadas por estas pessoas, em quem não confiam pois, segundo eles, tentam desta forma roubar o dinheiro dos doentes; alguns também se queixam de que até sentem receio e uma certa apreensão em relação a estes indivíduos. No entanto, não deixam de admitir a existência desta prática, embora já não se encontre com tanta frequência como antigamente. Aqueles que reconhecem já ter usado essas terapias pertencem maioritariamente ao grupo de elite. A procura destes terapeutas não médicos é, muitas vezes, justificada pela ausência de médicos perto das áreas onde as pessoas se encontravam. Há ainda quem fale acerca de parteiras, endireitas e pessoas espertas quando se referem a casos relacionados com terapeutas não médicos. De um modo geral, quem acredita nestes terapeutas são aquelas pessoas que já recorreram pessoalmente também a estas terapias ou conhecem alguém que o fez. Fundamentalmente, recorre-se a pessoas com conhecimentos sobre tratamentos alternativos, semelhantes aos tratamentos caseiros, só depois de se ter tentado a medicina convencional. Encontramos alguns indivíduos mais velhos, todos do grupo de elite, que relatam histórias em que eles próprios recorreram a indivíduos da terra que faziam tratamentos alternativos. Também fazem parte do grupo de elite as pessoas que admitem ter alguma curiosidade ou já terem experimentado medicinas alternativas ao nível da homeopatia ou da acupunctura e defendem as suas qualidades, descreditando, no entanto, as outras medicinas paralelas. Confirma-se, de facto, a hipótese tal como é apresentada na análise efectuada por

Sundquist⁵³⁸, que a posição social determina diferenças de saúde até um certo nível da escala social. A partir da posição mais elevada são as diferenças étnicas e culturais que influenciam as diferenças de saúde. Isto significa que até um certo nível social, os factores socioeconómicos vão ser decisivos relativamente à saúde nas suas diversas dimensões, nomeadamente na utilização dos serviços de saúde, mas que ultrapassando esse nível, ou seja, nas classes mais elevadas, persistem diferenças de saúde que dependem sobretudo de factores culturais, que influenciam escolhas individuais. Exemplo disto é o recurso à homeopatia ou a acupunctura, tal como foi observado na análise das entrevistas.

Um dos indicadores de integração cultural das minorias, no campo da saúde, bem como do grau de medicalização, é o uso de remédios tradicionais, ervas e a utilização de tratamentos ocidentais⁵³⁹. Verifica-se, na prática, a participação num sistema dual de cuidados de saúde, em que são utilizadas as duas formas de tratamento.

Apesar de predominar no conjunto dos indivíduos, uma concepção e práticas «modernas» de saúde, mantém-se uma coexistência/simultaneidade ou complementaridade entre representações e práticas biomédicas e tradicionais. Importa analisar como estas práticas se relacionam entre si e dependem dos factores de ordem cultural e/ou socioeconómicos.

Pensamos que, mais do que distinguirem as terapias médicas das não médicas, as pessoas distinguem os tipos de doenças tratadas no médico das outras doenças tratadas pela medicina tradicional. Os indivíduos separam as patologias em dois tipos, em certos casos recorrendo aos médicos, e nos outros casos de doenças que não são de médico, procurando o tratamento através de outros terapeutas. Segundo Lameirão Mateus⁵⁴⁰, existe entre os cabo-verdianos uma diferenciação entre os problemas que pertencem à esfera da competência da medicina e os problemas que pertencem à esfera dos conhecimentos locais, observada tanto na explicação da origem do problema de saúde como nas medidas gerais ou específicas para a sua prevenção e tratamento. Muitas vezes denominam «doença-da-terra» e «remédio-da-terra» as perturbações e os tratamentos pertencentes ao universo da medicina popular e a concepções do mundo que podem incluir o sobrenatural.

538. Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

539. Williams, S. J.; Calnan, M., *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. London, UCL Press, 1996.

540. Mateus, M. D. M. Lameirão, *Estudo etnográfico de pacientes com esquizofrenia e seus familiares em São Vicente, Cabo Verde*. Universidade de São Paulo, 1998.

Relativamente à análise dos discursos sobre práticas alternativas, conforme já referido, encontramos alguns paradoxos, que já foram amplamente discutidos. O acto de imigrar pode ter desencadeado no grupo popular uma ruptura ao nível do discurso e não das práticas e existe uma contradição entre o discurso oficial e as práticas sociais. Duas dimensões balizam, de um certo modo, a identidade sociocultural desta população: a pertença a um determinado grupo étnico e a pertença a um determinado grupo/classe social⁵⁴¹. Sardinha afirma que, quanto menor é o grau de escolaridade, maior é a proximidade do indivíduo com o seu grupo étnico e cultura de origem, e que, em oposição, uma maior escolaridade aumenta o grau de integração dos indivíduos na sociedade anfitriã⁵⁴². Gomes reforça esta ideia dizendo que «à medida que se vai subindo na pirâmide social, a identidade étnica vai enfraquecendo»⁵⁴³. Temos de discordar também com a afirmação de que «a identidade étnica é tanto mais forte quanto mais baixa for a posição social que o grupo ocupar na sociedade»⁵⁴⁴. Concluimos que, no caso do nosso estudo, a situação inverte-se, dado que surgem, ao nível dos discursos, mais referências a práticas culturais cabo-verdianas, (podendo-se até afirmar que feitas com um certo «orgulho»), por parte dos indivíduos do grupo de elite. Podemos fazer nossas as afirmações de Saint-Maurice quando diz que «aqueles que pertencem a classes mais altas salientam a sua etnicidade e cultura de origem com orgulho, ao passo que ao nível comportamental salientam a semelhança com o grupo dominante da sociedade receptora. Já no caso dos cabo-verdianos de classes mais baixas estamos perante um processo de diferenciação, quer ao nível das representações e dos comportamentos, relegando-os para uma situação de exclusão social»⁵⁴⁵.

Relativamente a alguns rituais, ainda presentes na cultura cabo-verdiana, podemos verificar que o «guarda-cabeça» é, para uns, uma cerimónia carregada de significado simbólico, para outros, não passa,

541. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

542. Sardinha, J. M. Silva, *Preservar a identidade. Integração da comunidade cabo-verdiana na Área Metropolitana de Lisboa: Associativismo e perspectivas das Associações*. Dissertação de Mestrado em Geografia e Planeamento Regional – gestão do território. Departamento de geografia, FCSH/UNL, Lisboa, Setembro, 2001.

543. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

544. Hechter in Sundquist, J., Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

545. Saint-Maurice, A., *Identidades reconstruídas – Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

segundo eles, de uma espécie de «folclore» divertido que faz parte da tradição, sem qualquer consequência benéfica (ou maléfica) para a saúde do bebé. O «guarda-cabeça» é hoje em dia uma prática que muitos continuam a realizar puramente por tradição. Relativamente aos rituais relacionados com a morte, nota-se que esta é um acontecimento particularmente importante no seio das famílias cabo-verdianas, que as mantém unidas e reforça o sentimento de pertença. A «esteira» é uma tradição que os mais velhos recordam, a qual obrigava a família a praticar este ritual de convivência quando morria alguém, mas que hoje em dia já caiu em desuso. As pessoas do grupo de elite descrevem os rituais da morte mais tradicionais, reconhecendo que, hoje em dia, esta cerimónia está mais ocidentalizada, mas que, contudo, tanto em Cabo Verde, como em Portugal nos bairros de comunidades imigrantes, as tradições ainda se mantêm. Os indivíduos do grupo popular relatam o ritual da «esteira» como uma prática ainda corrente, sempre que o funeral se realiza no seio de familiares cabo-verdianos. São práticas que decorrem de superstições, habitualmente mais rejeitadas por aqueles que têm níveis de educação superiores⁵⁴⁶.

Tendo em conta todos os factores anteriormente apontados, a definição de uma única cultura para todos os indivíduos que partilham uma mesma origem (ancestral ou não) e um conjunto de elementos de uma mesma cultura específica, parece ser uma generalização abusiva. Deve-se pensar a cultura como transversal às condições socioeconómicas e considerar que os membros desta comunidade partilham e integram elementos identitários com origem em Cabo Verde, mas que, no entanto, as culturas não são estáticas e são moldadas pela envolvimento social, pelos processos de formação e pelo acesso à informação.

Pessoas do mesmo grupo étnico, embora de classes sociais diferentes, partilham do sentimento de «nós»⁵⁴⁷, ou seja, de pertença a uma comunidade de referências culturais específicas, mas não dos mesmos comportamentos, das mesmas práticas. O contrário também é verdade, ou seja, pessoas da mesma classe social, mas de grupos étnicos diferentes, partilham de semelhanças de comportamento, mas não do sentido de «nós»⁵⁴⁸. A pertença a grupos sociais diferentes, embora fazendo parte do mesmo grupo étnico, dá origem a uma comunhão do sentimento de

546. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de caracterização da comunidade cabo-verdiana residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal. Lisboa, 1999.

547. Tradução daquilo a que Gordon chama «peoplehood».

548. In Saint-Maurice, A., *Identidades reconstruídas Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

pertença cultural, mas não aos mesmos comportamentos e às mesmas práticas. É precisamente esta questão que dota os cabo-verdianos em Portugal de alguma especificidade, face aos outros grupos étnicos. Esta população encontra-se polarizada em grupos sociais distintos, o que se manifesta em modos diferentes de tradução da identidade cabo-verdiana, ou melhor, da pertença a um grupo étnico específico. A identidade étnica tem subjacente uma herança cultural. É necessário observar a conjugação dessa identidade étnica, orientada pelo passado, com a pertença presente a diferentes grupos profissionais ou sociais⁵⁴⁹. Vimos que a etnicidade pode existir a vários níveis. No caso do grupo analisado neste estudo são visíveis os três níveis de etnicidade de que fala Machado⁵⁵⁰: individual, grupal e macrossocial, na sociedade de acolhimento. O sentimento de pertença cultural a um determinado grupo e a acção colectiva étnica fazem-se sentir no seio da comunidade cabo-verdiana em Portugal, independentemente das diferentes camadas sociais existentes no interior dessa comunidade. No entanto, consideramos que são as camadas mais baixas, em termos sociais, que são o alvo da divisão social do trabalho e de divisões étnicas objectivas no mercado de trabalho. Podemos afirmar que, apesar de encontrarmos estas afirmações da etnicidade por parte da comunidade que analisámos, existem diferenças nas formas de se manifestarem esses níveis de identidade cultural consoante o grupo social. Apesar destas manifestações estarem presentes, não estamos em condições de afirmar que estamos perante um grupo étnico, e muito menos de uma minoria étnica, sobretudo quando olhamos para a elite desta comunidade, perfeitamente integrada. Estamos perante uma comunidade, ou um grupo etnicamente diferenciado, com características culturais específicas, que funciona em relativa harmonia no seio de uma comunidade de acolhimento, e na qual existem tantas diferenças na sua estratificação social quantas as que existem na sociedade de acolhimento. Para a classe social média dos cabo-verdianos, a identidade de classe tem a mesma preponderância que a identidade étnica e cultural⁵⁵¹. Os indivíduos da classe social mais baixa afirmam-se como membros de um grupo étnico ou como imigrantes, sendo um grupo dominado étnica e/ou socialmente.

No entanto, segundo Saint-Maurice, os cabo-verdianos em geral sobrealizam a sua identidade étnica e a sua cultura de origem. Mesmo os

549. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo-verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

550. Machado, F. L., *Contrastes e continuidades – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2002.

551. Matos, Ana Maria de Saint-Maurice Correia de, *Reconstrução das identidades no processo de emigração. A população cabo-verdiana residente em Portugal*. Lisboa, 1994.

indivíduos pertencentes aos grupos mais favorecidos persistem em manter a sua identificação étnica e valorizam os aspectos culturais da terra natal. Exercem profissões socialmente valorizadas. Moram em bairros no centro ou na periferia da cidade, como o resto das classes médias e superiores portuguesas, e partilham com estes grupos sociais o mesmo estilo de vida e os mesmos valores. A sua identificação étnica consiste numa identificação simbólica com uma ascendência escolhida e que se manifesta principalmente durante as actividades culturais ocasionais de lazer. Esta etnicidade simbólica que caracteriza os membros das classes médias e superiores de origem cabo-verdiana não exerce nenhuma influência sobre a sua vida social, a menos que decidam tê-la em conta. O fenómeno da identificação étnica foca-se na identidade étnica individual e não sobre o grupo étnico enquanto realidade colectiva. Esta «nova» etnicidade resulta de uma dupla escolha individual: o indivíduo escolhe, se deseja, uma identificação étnica ou não⁵⁵². A etnicidade é dinâmica. Podemos também acrescentar que os cabo-verdianos possuem uma cultura de origem muito forte e muito enraizada. Quanto mais elevado for o grupo social ao qual o indivíduo pertence, mais o seu enraizamento é aprofundado]. Os indivíduos cabo-verdianos analisados nesta pesquisa são heterogéneos em termos de características socioeconómicas, com diferentes estilos de vida associados ao grupo social, geracional e de género a que pertencem, e etnicamente diferenciados, mas todos fazem questão de mencionar a sua pertença cultural cabo-verdiana.

Apoiando-nos em Machado⁵⁵³, podemos concluir que a comunidade de imigrantes estudada tem uma identidade cultural e uma composição social determinada e heterogénea. Se retivermos o eixo social e o eixo cultural do conceito de etnicidade, o cruzamento destes dois eixos estabelece um sistema de coordenadas, a partir do qual se pode localizar cada minoria, no espaço da etnicidade, num determinado momento. Sabemos que os extremos podem levar a um contraste com a população maioritária ou a uma continuidade através da convergência em todas as dimensões. Pensamos que não foram encontrados grandes contrastes sociais e culturais com a sociedade envolvente, apesar de sabermos que na comunidade analisada, os maiores contrastes existem no grupo que tem uma condição socioeconómica relativamente mais desfavorecida.

552. Martinello, M., *L'ethnicité dans les sciences sociales contemporaines*. Que sais – je? PUF, Paris, 1995.

553. Machado, F. L., *Contrastes e continuidades – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2002.

As diferenças são explicadas pela posição socioeconómica e, desde o início, a atenção deve ser dada à relação entre a posição socioeconómica e a saúde e não à pertença a um grupo étnico minoritário.

Como já dissemos em diferentes momentos, voltamos a considerar que, mais do que a cultura que se vai moldando aos contextos e às condições materiais de existência, e sem esquecer a sua extrema importância, sabendo que esta atravessa todos os domínios da vida dos indivíduos, dos grupos e das sociedades, no nosso caso, foi o nível socioeconómico a determinar as diferenças⁵⁵⁴.

No entanto, para Gomes⁵⁵⁵, torna-se problemático considerar o conjunto da população cabo-verdiana residente em Portugal como uma comunidade, já que esta pressupõe a existência de um relacionamento social e comunal fechado. No caso concreto dos cabo-verdianos em Portugal, esta população pode constituir-se em comunidades distintas, nem sempre organizadas segundo uma dimensão étnica, como, por exemplo, a comunidade de um determinado bairro, mas torna-se mais difícil a constituição de uma comunidade étnica unificada, porque os diferentes posicionamentos sociais e a interacção com outros grupos não permitem esta união. Através da análise documental, verificámos a existência de diversos grupos sociais cujas clivagens coincidem com períodos históricos e com posicionamentos economicamente bem determinados. A diferenciação social e económica parece estar na explicação de uma integração social na sociedade de acolhimento, apesar de existirem traços etnoculturais específicos, herdados de uma história e origem comuns, que marcam este conjunto da população, e que, quando interiorizadas, se traduzem na consciencialização de um grupo étnico. Deve-se desmontar a imagem de uma comunidade cabo-verdiana toda ela uniforme em termos dos seus contornos sociais e, conseqüentemente, na sua integração na sociedade portuguesa. Esta «comunidade» encontra-se recortada pela estratificação social. Pensamos que algo se mantém em comum entre os seus membros, não obstante as diferenças existentes entre os grupos sociais. A cultura partilhada e as heranças etnoculturais podem criar em todos os membros o sentimento de uma história e destino comuns, uma identidade nacional de tipo étnico, susceptível de prevalecer sobre as identidades étnicas grupais. Apesar da heterogeneidade dos seus membros, em particular no que se refere a lugares

554. Massé, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

555. Gomes, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

de classe, existe efectivamente algo de comum entre estes, algo que decorre das suas heranças etnoculturais⁵⁵⁶.

Como vimos, a maioria dos estudos sobre os imigrantes, em geral, e sobre a saúde dos imigrantes, em particular, ignora as diferenças socioeconómicas, realçando quase sempre as diferenças de tipo étnico-racial. No entanto, alguns investigadores já concluíram que as disparidades étnicas no estado de saúde são por vezes eliminadas e sempre substancialmente reduzidas quando ajustadas para o *status* socioeconómico⁵⁵⁷.

Aconselha-se, que daqui para a frente, os estudos sobre a saúde dos imigrantes repensem os conceitos de etnicidade e cultura. Quando se fazem comparações, o impacto de factores como a classe e riqueza são muitas vezes ignorados. Os estudos que identificam a posição social e material das minorias étnicas são fundamentais porque explicam as desigualdades «étnicas» na saúde e na doença.

Estamos em consonância com Leandro *et al.*⁵⁵⁸ quando apontam que nenhuma explicação de carácter naturalista, como o fazem vários estudos anglo-saxónicos, ou culturalista, em que a diferenciação cultural determina as diferentes patologias, pode pretender legitimar ou dar uma explicação para a saúde e a doença dos imigrantes. Os autores pensam que o estudo dos mecanismos sociais, tendo em conta as origens nacionais e as culturas que lhes são correlacionadas, a profissão, as condições sociais de existência e os modos de vida, se revela indispensável para conhecer a origem e o desenvolvimento dos factores que dão origem às desigualdades perante a saúde e a doença, com particular incidência para a população imigrante.

Uma vez afirmadas as conclusões mais importantes que decorreram desta pesquisa, importa fazer um apontamento relativamente a determinados aspectos metodológicos, que parecem lançar algumas pistas para futuras investigações, até porque este trabalho constitui uma primeira abordagem sociológica à saúde/doença dos imigrantes.

556. França, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

557. Sheldon, T. A.; Parker, H., Race and ethnicity in health research. *Journal of Public Health Medicine*, vol. 14, n.º 2: pp. 104-110, 1992.

558. Brunner, Marmot in Leandro, M. E. *et al.*, Os males do corpo em terra estrangeira, in Leandro, M. E. (organ.), *Saúde. As teias da discriminação social*. Actas do colóquio internacional Saúde e discriminação social, ICS, Universidade do Minho, Braga, 2002, pp. 181-210.

Vimos no capítulo anterior que, por um lado, alguns entrevistados não compreenderam «bem», ou melhor, não interpretaram as perguntas como nós as colocámos, no sentido de responderem àquilo que era por nós pretendido. Exemplo disso são as abordagens que foram feitas sobre a saúde e a doença mental e sobre o que os indivíduos poderiam considerar um perigo ou uma ameaça para a saúde. Surgiram respostas que demonstravam nitidamente a falta de compreensão destas questões. Houve, conseqüentemente, necessidade de reformular e adaptar as perguntas, de forma a torná-las mais familiares, de acordo com os sujeitos entrevistados. A experiência ao longo do trabalho de realização das entrevistas foi-nos ensinando a adoptar linguagens moldadas aos diferentes tipos de informantes.

Outra dificuldade encontrada durante o trabalho empírico deveu-se ao sentimento de não «conseguirmos» fazer surgir espontaneamente no desenrolar das «conversas», e questão após questão, alguns dos temas que esperávamos abordar de forma mais activa e participativa, ao nível de relatos sobre práticas não médicas, nomeadamente a procura e utilização de outros terapeutas por parte dos entrevistados, fossem eles curandeiros, feiticeiros (bruxos), ou outros que viessem a ser descritos pelos indivíduos.

Desta forma surgiu uma sensação de insatisfação e de trabalho inacabado, a qual, porém, despoletou a necessidade de, num futuro próximo, prosseguir a pesquisa destas dimensões através de metodologias de terreno com observação participante, adoptando um método de cariz mais etnográfico, com observação e acompanhamento das práticas efectivas e das acções concretas e reais dos indivíduos seleccionados, e não unicamente da análise do discurso proferido sobre as mesmas. Também seria necessário um aprofundamento destas temáticas e das restantes abordadas ao longo da pesquisa, junto dos profissionais e das instituições, por outras palavras, do lado da «oferta», já que no que diz respeito à «procura», a recolha da respectiva informação é muito limitada.

Durante diversas fases do trabalho, também questionámos várias vezes, o que aconteceria, se todo o trabalho também incluísse uma componente «do lado de» ou «em» Cabo Verde. Seria muito útil termos a possibilidade de comparar os resultados de uma amostra de cabo-verdianos residentes em Portugal com uma amostra da população cabo-verdiana residente em Cabo Verde. Por vezes, tivemos necessidade de estabelecer essas comparações, a fim de poder identificar diferenças e/ou semelhanças.

Ainda a este nível, não querendo correr o risco de, por vezes, tirar conclusões precipitadas e sem fundamentação empírica, deixámos de parte, muitas vezes, as comparações entre o grupo escolhido e os portugueses (ou uma amostra de portugueses comparável à amostra existente no estudo). Surgem, no entanto, enormes desafios no sentido de se efectuarem investigações posteriores em que seja possível estabelecer análises comparativas a este nível.

Para se obterem resultados objectivos, não basta recolher depoimentos, é preciso observar «in loco» as acções, o que só seria possível, conforme já fizemos notar, através de uma metodologia alternativa, recorrendo à observação participante das práticas quotidianas dos indivíduos, mais precisamente, no que respeita aos comportamentos relacionados com a saúde e a doença. Consideramos porém, que o discurso já é, só por si, suficiente para se compreender a forma como os indivíduos pensam, encaram e opinam sobre os assuntos. Sabemos, no entanto, que muitas vezes, tal como aconteceu ao nível da procura de outro terapeutas, as pessoas não dizem toda a verdade. Por se tratar de um assunto incómodo, omitem ou dizem aquilo que acham que o «outro» espera ouvir, ou ainda aquilo que, segundo eles, «é o mais correcto», que está mais de acordo com as normas e os padrões da sociedade dominante. Outros exemplos destes comportamentos, encontrados na análise realizada, estão relacionados com a questão do consumo de bebidas alcoólicas.

Apesar de ter sido propositada a não criação de outros subgrupos de análise, para além dos grupos socioeconómico, de geração e de género, também veio a ser sentida a necessidade de incluir outras subcategorias de análise que permitissem a comparação entre as ilhas de origem, o tempo de residência em Portugal (ou os diferentes tempos da imigração em que cada um dos imigrantes se encontra) e o tipo de imigração (laboral ou política/de guerra, académica, etc.). No entanto, estas categorias não foram utilizadas como requisito para preenchimento das quotas da amostra⁵⁵⁹, o que significou que o número de indivíduos em cada um dos itens destas subcategorias era insuficiente para se poder estabelecer comparações, razão pela qual não o termos efectuado⁵⁶⁰. Seria

559. As quotas foram preenchidas com base no grupo social (20 grupo «Popular»/20 grupo de «Elite»), no género e na geração (5 homens mais jovens/5 mais velhos/5 mulheres mais jovens/5 mais velhas em cada um dos grupos: «Popular» e «Elite»).

560. De início estabelecemos a diferenciação por ilhas como um dos critérios para a análise dos dados. À medida que fomos encontrando os indivíduos para entrevistar, e sempre observando a variedade de ilhas de origem, concluímos que seria difícil considerar este critério. Temos 12 indivíduos de Santiago, 8 de São Vicente, 6 da Boavista, 5 de Santo Antão, 3 de São Nicolau, 3 do Fogo, 1 de Maio, 1 da Brava e 1 do Sal.

pertinente pesquisar a relação que existe entre os diferentes tempos e tipos de migração, a cultura e saúde/doença. Também, tal como sugere Furtado de Sousa⁵⁶¹, seria importante aplicar uma escala de necessidades (como a de Maslow) dos imigrantes, a qual poderia fornecer informações sobre as diferenças individuais ou situacionais entre imigrantes. Reforçamos por isso a mesma ideia deste autor, que consiste em adaptar a escala de necessidades às populações imigrantes em Portugal, numa pesquisa futura.

Em Portugal, existem poucos projectos de investigação que tratam o impacto da imigração sobre o sistema de saúde e são também raros os estudos encontrados que abordam a análise das diversas determinantes e os seus efeitos sobre a saúde dos imigrantes, sendo estes estudos uma contribuição importante para a melhoria dos conhecimentos e para a elaboração de políticas relativas aos serviços de saúde que reflectam as necessidades de grupos particulares de imigrantes.

Aproveitando as sugestões propostas no estudo *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada*⁵⁶², sobre a saúde dos imigrantes, acrescentamos que seria útil uma pesquisa sobre a experiência da imigração por ser esta uma determinante importante da saúde, sendo recomendada igualmente uma análise mais aprofundada por género. Os investigadores do estudo referido aconselham a que se tenha em conta uma gama mais alargada de serviços de saúde, avaliando o interesse pelas medicinas naturais e a sua utilização. Também constataam que existe uma pesquisa insuficiente sobre os pontos fortes dos imigrantes e o lado positivo da imigração na saúde e o seu contributo no sistema de saúde. A experiência da imigração poderá ter inúmeros efeitos positivos, pois os recém-chegados, de culturas diferentes, possuem muitas vezes mecanismos eficazes de adaptação às perturbações e ao *stress*. Os autores consideram que os sólidos valores familiares e comunitários que a população imigrante transporta consigo poderão também contribuir para que o país de acolhimento seja um lugar mais saudável para se viver. Aconselham também revisões exaustivas da literatura e encorajam novas pesquisas ao nível da amplitude e natureza da discriminação exercida sobre os imigrantes e o seu impacto na saúde mental e física. Também sugerem o estudo dos efeitos da imigração sobre a saúde da comuni-

561. Sousa, J. E. Furtado de, *A Oeste do Paraíso. Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de Saúde*. Dissertação de mestrado em relações interculturais. Universidade Aberta, Lisboa, 2003.

562. Kinnon, D. (coordenadora), *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada*. Santé Canadá, Canadá, 1999.

dade e da sociedade de acolhimento, e a comparação da relação que o imigrante mantém com a saúde e a medicina, tanto no país de origem, como no país de acolhimento.

Ficam a partir daqui, em aberto, pistas para futuras pesquisas e propostas de análise para um vasto leque de investigações relativas a dimensões essenciais para a contextualização da saúde e imigração/etnicidade em Portugal e para desenvolver estudos da sociologia da saúde relacionados com a imigração e a etnicidade. É urgente conhecer melhor os processos que regem as dinâmicas das representações e das práticas de saúde e de doença dos imigrantes.

Para finalizar esperamos que este estudo venha a contribuir para um melhor conhecimento dos imigrantes enquanto cidadãos. É urgente reajustar a saúde, do ponto de vista do sistema, estruturas e organizações de saúde com o objectivo de incluir as populações que integram a sociedade portuguesa e que estão em permanente transformação e mutação ao nível da sua constituição sociodemográfica. Estas estruturas organizacionais necessitam de ser flexíveis, passando a dotar-se de recursos humanos e materiais capazes de trabalhar eficazmente com populações diversas, num universo multicultural e real que constitui o grupo de utentes que têm de acolher. A sociedade é o produto destas transformações multiculturais e as estruturas que nela existem, nomeadamente as estruturas de saúde, deveriam adaptar-se a essas mesmas transformações, que neste momento são vividas a ritmos rápidos de mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBOTT, P.; PAYNE, Geoff, *New directions in the sociology of health*. Falmer Press, London, 1990.
- ABERCROMBIE, N.; HILL, S.; TURNER, B. S., *Dictionary of sociology*, The Penguin, London, 1984.
- ABREU, W. CORREIA DE, *Saúde, doença e diversidade cultural*. Instituto Piaget, Lisboa, 2003.
- ADAM, P.; HERZLICH, C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 2003.
- AHMAD, W. I. V.; KERNOHAN, E. E. M.; BAKER, M. R., «Influence of ethnicity and unemployment on the perceived health of a sample of general practice attenders». *Community medicine*, vol. 11, 2: pp. 148-156.
- AHMAD, «Ethnic factor in health and disease» in *Health Matters*, Petersen, A. e Waddell, C. (editors), ed. Wright, Londres, 1998.
- AIRHIHENUWA, COLLINS, O., *Health and culture: beyond the Western paradigm* Thousand Oaks, Calif: Sage, c1995.
- ALBARELLO, L. *et al.*, *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 1997.
- ALBUQUERQUE, ROSANA *et al.*, *O fenómeno associativo em contexto migratório: duas décadas de associativismo de imigrantes em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2000.
- ALMEIDA, J. FERREIRA DE; MADUREIRA PINTO, J., *A investigação em Ciências Sociais*, Ed. Presença, 5.^a edição, Lisboa, 1995.
- ALMEIDA, M. VALE DE, *Senhores de si. Uma interpretação antropológica da masculinidade*. Ed. Fim de Século, Antropológica 2. Lisboa, 2000.
- ALTO-COMISSÁRIO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS, *Imigração – Mitos e factos – ACIME*, Lisboa, 2005
- ALTO-COMISSÁRIO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS, *Associações e grupos de imigrantes e minorias étnicas*. Março de 1995; Lisboa.

ALTO-COMISSÁRIO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS, *Associações, instituições, projectos e grupos que trabalham com imigrantes e minorias étnicas*. Março de 1995; Lisboa.

ALTO-COMISSÁRIO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS, *A Política de saúde para os imigrantes e as minorias étnicas*; Lisboa, 1996.

ALTO-COMISSÁRIO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS, *Informação n.º 1*. Setembro de 1996; *Informação n.º 2*. Outubro de 1996; *Informação n.º 3*. Novembro de 1996; *Informação n.º 4*. Dezembro de 1996; *Informação n.º 5*. Janeiro de 1997; *Informação n.º 6*. Fevereiro de 1997; *Informação n.º 7*. Março de 1997; *Informação n.º 8*. Abril de 1997; *Informação n.º 9*. Maio de 1997; *Informação n.º 10*. Junho de 1997; *Informação n.º 11*. Julho de 1997; *Informação n.º 12*. Agosto de 1997; *Informação n.º 13*. Setembro de 1997; *Informação n.º 14*. Outubro de 1997; *Informação n.º 15*. Novembro de 1997; *Informação n.º 16*. Dezembro de 1997; *Informação n.º 17*. Janeiro de 1998; *Informação n.º 18*. Fevereiro de 1998; *Informação n.º 19*. Março de 1998; *Informação n.º 20*. Abril de 1998; *Informação n.º 21*. Maio de 1998; *Informação n.º 22*. Junho de 1998; *Informação n.º 23*. Julho de 1998; *Informação n.º 24*. Agosto de 1998; *Informação n.º 25*. Setembro de 1998; *Informação n.º 26*. Outubro de 1998; *Informação n.º 27*. Novembro de 1998; *Informação n.º 28*. Dezembro de 1998; *Informação n.º 29*. Janeiro de 1999; *Informação n.º 30*. Fevereiro de 1999; *Informação n.º 31*. Março de 1999; *Informação n.º 32*. Abril de 1999; *Informação n.º 33*. Maio de 1999; *Informação n.º 34*. Junho de 1999; *Informação n.º 35*. Julho de 1999 e *Informação n.º 36*. Agosto de 1999; Lisboa.

ANDERSON, N. B. (Guest editor), «Behavioral and sociocultural perspectives on ethnicity and health: special issues». *Health psychology*, 1995; vol. 14, p. 7.

ANDRADE, E., *Cabo Verde: do seu achamento a independência nacional. Breve resenha histórica*, Cabo Verde, publicado no site «Ciberkiosk», Web Site da Universidade de Coimbra, 1998.

ANGLIN, M. K., «Policy, praxis, and medical anthropology». *Social science and medicine*, vol. 44, n.º 9, 1997, pp. 1367-1369.

ANNANDALE, ELLEN, *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. Cambridge, Polity Press, 1998.

ANONYMOUS, «Ethnicity, race, and culture: guidelines for research, audit, and publication». *British Medical Journal*, 1996; 312: p. 1094.

ARQUIVO HISTÓRICO NACIONAL, *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*, Ahn Praia-Sépie Paris, Cabo Verde, 1998.

ASPINALL, P. J., Department of Health's requirement for mandatory collection of data on ethnic group of inpatients. *British Medical Journal* 1995; 311: pp. 1006-1009.

ASSOCIAÇÃO CULTURAL MOINHO DA JUVENTUDE, *Uma cornucópia de interculturalidade no bairro do Alto da Cova da Moura: testemunho das experiências*. Amadora: ACMJ, 1996.

ASSOCIAÇÃO DE JOVENS PROMOTORES DA AMADORA SAUDÁVEL (AJPAS), *Crenças, tabus e mitos na prevenção do VIH/Sida nas comunidades africanas*, Lisboa, 2003.

ATM, «Seminário sobre imigração». Conclusões sugerem Secretaria de Estado in *Jornal O Público*, 6 Dezembro, 1998.

AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (dir.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

BAGANHA, M. I. et al. (org.), *Os movimentos migratórios externos e a sua incidência no mercado de trabalho em Portugal*. Observatório do Emprego e Formação Profissional, Lisboa, 2002.

BAGANHA, M. I. (editor), *Immigration in Southern Europe*. Celta Editora, Oeiras, 1997.

BALARAJAN, R.; YUEN, P.; SONI, RALEIGH, V; «Ethnic differences in general practitioner consultations». *British Medical Journal*, 1989; 299: pp. 958-960.

BANK, B. J.; CARLTON, C. O.; FAVAZZA, A., eds. *Readings in health care: patient and physician*. Volume 1, Part 1. University of Missouri-Columbia, 4th edition, 1973.

BARBOSA, A., «A sensibilidade cultural do profissional de saúde. Antropologia da saúde», *Revista portuguesa de saúde pública*. vol. 2, n.º 4, 1984, pp. 5-12.

BARDIN, L., *Análise de conteúdo*, Edições 70, Lisboa, 1977.

BARROS, SIMÃO DE, «Origem das Colónias de Cabo Verde», in *Cadernos Coloniais*, n.º 56. Ed. Cosmos, Lisboa, s/d (1933-1939), p. 40.

BARTLEY, M.; BLANE, D.; SMITH, G. D. (ed.), *The sociology of health inequalities*. Oxford: Blackwell Publishers: Editorial Board, 1998.

BASTOS, C.; LEVY, T., «Aspirinas, palavras e Cruzes: Práticas médicas vistas pela antropologia». *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, Setembro, 1987.

BASTOS, J. e BASTOS, S., *Portugal Multicultural*. Edições Antropológica, Fim de Século, Lisboa, 1999.

BASZANGER, I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris: Seuil, 1995.

BAXTER, CAROL. *Race equality in health care and education*. London: Bailliere Tindall, 1997.

BECKER, H. S., *Writing for social scientists. How to start and finish your thesis, book, or article*. The University of Chicago Press, Chicago, 1986.

BEIJERS, H., *People with a Mission. «Meanings of psychosocial distress of Capeverdean migrants in the Netherlands»*. University of Amsterdam. Medical Anthropology Unit, Amsterdam, 2004.

BEJA-HORTA, A. P., *Constructing otherness: Nationhood and immigration politics in portuguese post-colonial society*. Dissertation for the degree of Doctor in philosophy, Department of sociology and anthropology, Simon Fraser University, 2000.

BENNEGADI, R.; BOURDILLON, F., «La santé des travailleurs migrants en France: aspects médico-sociaux et anthropologiques». *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 6, n.º 3, 1990, pp. 129-143.

BENZEVAL, M.; JUDGE, K.; SMAJE, C., «Beyond class, race and ethnicity: deprivation and health in Britain». *Health Services Research* 1995; 30: 1: pp. 163-177.

BERGNER, L., «Editorial: Race, health, and health services». *American Journal of public health*, 1993, vol. 83, n.º 7, pp. 939-941.

BERGNER, M., «Measurement of health status». *Medical care*, 1985, vol. 23, n.º 5, pp. 696-704.

BLAKEMORE, K.; BONEHAM, M., *Age, race and ethnicity – A comparative approach*, Open University Press, Buckingham, s/d.

BLAXTER, M., *Health. Key Concepts*. Polity Press, Cambridge, 2004.

BLAXTER, M., *Health and lifestyles*. London: Routledge, 1990.

BLAXTER, M., «The causes of disease: women talking». *Social Science and Medicine*, 17, n.º 8, pp. 59-69, 1983.

BLAXTER, M.; PATERSON, E., *Mothers and daughters: A three-generational study of health attitudes and behaviour*. London, Heinemann, 1982.

BLISKO, S., «La santé des migrants d'origine sub-saharienne». *Migrations Etudes*, n.º 49, Juin 1994, pp. 1-8.

BOBAK, M. *et al.*, «Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries». *Social science and medicine*, vol. 51, 2000, pp. 1343-1350.

BOLLINI, P., *Health Policies for immigrant populations in the 1990's. A comparative study in seven receiving countries*. pp. 103-119 [sem referência].

BOUDON, R. *et al.* (direcção), *Dicionário de sociologia*, Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1990.

BOURDIEU, P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Ed. Minit, Paris, 1979.

BOURDILLON, F.; BENNEGADI, R., *Migration and health – what does the future hold?* pp. 199-205 [sem referência].

BOURDILLON, F. *et al.*, «La santé des populations d'origine étrangère en France». *Social Science and Medicine*, vol. 32, n.º 11, pp. 1219-1227, 1991.

BRAGA, C., *A saúde e a doença na Peneda – Comportamentos e práticas*. Tese de mestrado em Relações interculturais, Porto, Universidade Aberta, 2000.

BURY, M., *Health and illness in a changing society*. London, Routledge, 2000.

BURGUESS, G. (editor), *Key variables in social investigation*. London, Routledge, 1986.

BURGUESS, R. G., *In the field. An introduction to field research*. London, George Allen and Unwin, 1984.

CABRAL, M. VILLAVERDE (coordenador), *Saúde e Doença em Portugal*, ICS, Lisboa, 2002.

CACHADA, F. (organização), *Imigração e associação, associações africanas, outras associações e instituições ligadas à imigração na Área Metropolitana de Lisboa*, CEPAC, cadernos CEPAC 1. Lisboa, 1995.

CACHADA, F. (organização), *Os números da imigração africana, os imigrantes africanos nos bairros degradados e núcleos de habitação social nos distritos de Lisboa e Setúbal*, CEPAC, cadernos CEPAC 2. Lisboa, 1995.

CALDEIRA, I., *O afro-americano e o cabo-verdiano: identidade étnica e identidade nacional*. In: *Portugal: um retrato singular*. Porto, Afrontamento, Centro de Estudos Sociais, 1993.

CALNAN, M., *Modern medicine: Lay perspectives and experiences*. Colóquios. Uma tensão entre o global e o local, Fevereiro 2001, Lisboa, pp. 179-185.

CÂMARA MUNICIPAL DE LOURES, *Listagem de contactos de associações com origem no fenómeno da imigração no concelho de Loures*. Loures, 1998.

CAMILLERI, C.; COHEN-EMERIQUE, M., *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. L'Harmattan, Paris.

CAMPOS, A. CORREIA DE, «O Estado-providência e a saúde». *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 9, 1991.

CANOTILHO, J. (coordenador), *Direitos humanos, estrangeiros, comunidades migrantes e minorias*, Edições Celta, Oeiras, 2000.

CARAPINHEIRO, G., «Sociologia da saúde e da medicina: um corpo em construção». *Contextos de sociologia – Noites de sociologia (2002)*. Associação Portuguesa de Sociologia, Lisboa, 2004, n.º 3: pp. 46-54.

CARAPINHEIRO, G., *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Afrontamento, 1998.

CARAPINHEIRO, G.; PINTO, M. G., «Políticas de saúde num país em mudança». *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1987, n.º 3: pp. 73-109.

CARAPINHEIRO, G., «A saúde no contexto da sociologia». *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1986, n.º 1: pp. 9-22.

CARBALLO, M. *et al.*, «Migration and Health in European Union». *Tropical Medicine and International health* 1998, vol. 3, n.º 12: pp. 936-944.

CARBALLO, M.; GROAUTT, M.; HADZIHASROVIC, A., «Women and migration: a public health issue». *Rapport trimestrel de statistiques sanitaires mondiales*, 1996, 49, pp. 158-164.

CARDOSO, G., «A segunda Geração de imigrantes cabo-verdianos em Portugal: mudanças e interpenetração cultural», *Emigrason*, n.º 34, I Série, Novembro/94, Cabo Verde.

CARLING, J., «Migration in the age of involuntary immobility: Theoretical reflections and Cape Verdean experiences», *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28(1): pp. 5-42, 2002.

CARLOS, L. PALMA, «Imigração e integração», in SILVA, M. B. *et al.* (comissão organizadora), *Emigração/Imigração em Portugal – actas do «Colóquio internacional sobre emigração e imigração em Portugal (séc. XIX-XX)»*. Fragmentos, Lisboa, 1993, pp. 415-421.

CARMO, H.; FERREIRA, M. M., *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa, 1998.

CARREIRA, A., *Migrações nas Ilhas de Cabo Verde*, Ed. Área das Ciências Humanas e Sociais – Universidade Nova de Lisboa, 1.ª edição, 1977, pp. 96-105.

CARVALHEIRO, J. R., «Processo migratório e disseminação de doenças». *Working group on geography of health*, Brasília, 1982.

CARVALHO, B. F., «Gente sem nome», *Revista Sábado*, Outubro, 1992.

CHANEY, D., *Life styles*. London, Routledge, 1996.

CHARBIT, Y., «La santé des migrants». *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 6, n.º 3, 1990, pp. 161-174.

CHATUVERDI, N.; MCKEIGUE, P. M., «Methods for epidemiological surveys of ethnic minority groups». *Journal of Epidemiology and Community Health* 1994; 48: pp. 107-111.

CIDAC, Listagem Nacional dos concelhos, freguesias e bairros onde residem minorias étnicas. Lisboa, 1992.

Circular informativa da Direcção Geral da Saúde – assunto: *Cuidados aos estrangeiros residentes em Portugal*, DGS, 2 de Abril de 2002.

COCKERHAM, W. C., *Medical sociology*. Prentice Hall, New Jersey, 1995.

COE, R. M., *Sociology of medicine*. McGraw-Hill Book Company, New York, 1978.

COLLEDGE, M.; VAN GEUNS, H. A.; SVENSSON, P. G., eds. *Migration and health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*. Copenhagen: WHO, 1986.

Consulta do Migrante ajuda vítimas do choque de culturas, Publicado pela agência *Lusa* em 24-09-2004.

CORDEIRO, A. P., *Imigrantes, Minorias étnicas e autarquias. Intervenções e Omissões – Práticas políticas no município da Amadora*. Tese de doutoramento em sociologia. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

CORTESÃO, L. (coordenadora) et al., *Nos bastidores da formação: contributo para o conhecimento da situação actual da formação de adultos para a diversidade em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2000.

COSTA, A. BRUTO DA; PIMENTA, M. (coordenadores), *Minorias étnicas pobres em Lisboa*, Departamento de Pesquisa Social, Centro de Reflexão Cristã, Lisboa, Maio 1991.

COSTA, P. M., *Políticas de Imigração e as novas dinâmicas da cidadania em Portugal*, Instituto Piaget, Lisboa, 2004.

CROS, M. (comp. de), *Les maux de l'autre: la maladie comme objet anthropologique*. Paris: L'Harmattan, 1996.

CRVICKSHANK, J. K.; BEEVERS, D. G., *Ethnic factors in health and disease*. Wright, London, 1989.

DERECK, G.; TWADDLE, A., «La sociologie médicale: Que recouvre ce terme?» *Revue Internationale de Sciences Sociales*, Unesco, Paris, 3, 1977.

D'HOUTARD, A.; FIELD, M., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Coll. Espace social, Presse universitaire, Nancy, 1989.

D'HOUTARD, A., *La santé à travers les sciences humaines et sociales: approche linguistique et sociologique*. Paris, Masson, 1999.

DE BRUIN, A.; PICAUVET, H. S. J.; NOSSIKOV, A., eds. *Health interview surveys; towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: WHO, 1996 (WHO regional publications; European series, n.º 58).

Decreto n.º 32/2003: Aprova o Acordo sobre Concessão de Visto Temporário para Tratamento Médico a Cidadãos da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa entre os Estados membros dos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, assinado em Brasília em 30 de Julho de 2002.

Decreto n.º 36/2003: Aprova o Acordo de Cooperação entre os Estados Membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa sobre o Combate ao VIH/SIDA, assinado em Brasília em 30 de Julho de 2002.

Decreto do Governo n.º 45/85 de 6 de Novembro: Aprova para ratificação a convenção sobre Segurança Social entre a República Portuguesa e a República de Cabo Verde.

Decreto n.º 2/2005, de 4 de Fevereiro: Aprova a Convenção sobre a Segurança Social entre a República Portuguesa e a República de Cabo Verde, de 10 de Abril de 2001.

Decreto-Lei n.º 60/93: Regula as condições especiais de entrada e permanência em território português de nacionais de Estado membros da Comunidade Europeia e seus familiares.

Decreto-Lei n.º 244/98: Regula as condições de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território português.

Decreto-Lei n.º 250/98: O presente diploma altera o Decreto-Lei n.º 60/93 e regula as condições especiais de entrada e permanência em território português de cidadãos estrangeiros nacionais de Estados membros da União Europeia, incluindo familiares destes e de cidadãos portugueses.

Decreto-Lei n.º 34/2003: O Decreto-Lei n.º 34/2003 constitui a lei de imigração em Portugal. Trata-se de uma alteração do regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

Decreto-Lei n.º 4/2001, de 10 de Janeiro: Altera o Decreto-Lei n.º 244/98, de 8 de Agosto, que regula as condições de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

Decreto Regulamentar n.º 6/2004: Regulamenta o Decreto-Lei n.º 244/98, de 8 de Agosto, que regula a entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

Decreto Regulamentar n.º 5-A/2000, de 26 de Abril: Regulamenta o Decreto-Lei n.º 244/98, de 8 de Agosto, que regula a entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

Decreto Regulamentar n.º 9/2001: Altera e republica o Decreto Regulamentar n.º 5-A/2000, de 26 de Abril, que regulamenta o Decreto-Lei n.º 244/98, de 8 de Agosto, com as alterações decorrentes do Decreto-Lei n.º 4/2001, de 10 de Janeiro, que regula a entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

Despacho n.º 25 360/2001, Publicado no DR, n.º 286, II Série, de 12 de Dezembro.

Despacho Conjunto n.º 283/2005: No âmbito do processo de regularização que corre, ao abrigo do art. 71.º do Decreto Regulamentar n.º 6/2004, de 26 de Abril, foi publicado o Despacho Conjunto n.º 283/2005, de 1 de Abril.

DIAS, M. F. BARATA, *Saúde, doença e cuidados numa aldeia da Beira Interior*. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa, 2005.

DIAS, S. *et al.*, «Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção». *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2002, 3(1), pp. 89-102.

DIAS S, *et al.* «Comportamento sexual, auto-relatos numa comunidade migrante». *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano 35, n.º 2, 2001, pp. 137-153.

Direcção Geral de Acção Social. Comissão Interdepartamental para a integração dos imigrantes e minorias étnicas. Relatório. Abril de 1994, Lisboa.

DJIBILA, M. A. FERNANDES, *Retalhos de uma cultura*. CMO, Santiago, Cabo Verde, 2002.

DONOVAN, J. L., «Ethnicity and health: a research review». *Social science and medicine*, 1984, vol. 19, 7, pp. 663-670.

DRULHE, M., *Santé et société – Le façonnement societal de la santé*. PUF, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1996.

DUARTE, S., *Saberes de saúde e de doença: Porque vão as pessoas ao médico?* Quarteto, Colecção Educação e Saúde, Coimbra, 2002.

DUFF, R. S.; HOLLINGSHEAD, A. B., *Sickness and society*. Harper and Row publishers, New York, 1968.

DUNCAN, C.; JONES, K.; MOON, G., Health-related behaviour in context: a multilevel modelling approach. *Social science and medicine*, 1996, vol. 42, 6, pp. 817-830.

DUNN, J. R.; DYCK, I., «Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the national population health survey». *Social science and medicine*, vol. 51, 2000, pp. 1573-1593.

DURÁ, E., *Campañas de educacion para la salud*. Universidad de Valencia, s.d.

EATON, M., «Residents étrangers et immigrés en situation irrégulière au Portugal». *Revue Européenne des migrations internationales*, 1996; vol. 12, 1: pp. 203-212.

ECOB, R.; WILLIAMS, R., Sampling Asian minorities to assess health and welfare. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1991; 45: pp. 93-101.

ECOB, R., «A multilevel modelling approach to examining the effects of area of residence on health and functioning». *Journal of R Statistics Society A*(1996); 15a, part 1: pp. 61-75.

ESPINOSA, L. *et al.*, «A saúde da criança migrante. Estudo multicêntrico de crianças ciganas e africana». *Revista Portuguesa de Pediatria*, 1989; vol. 20, n.º 1: pp. 17-21.

ESTEVIÃO, J., *Peuplement et phénomènes d'urbanisation au Cap-Vert pendant la période coloniale, 1462-1940*, in «Bourgs et villes en Afrique lusophone» (sob a direcção de Michel Cahen), Laboratoire «Tiers-Monde/ Afrique», Université Paris 7, ed. L'Harmattan, Paris 1989, p. 46.

ESTEVEZ, M. L., *A Questão do Casamansa e a Delimitação das Fronteiras da Guiné*, Ed. Instituto de Investigação Científica e Tropical/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa, Lisboa, 1988.

ESTEVEZ, M. C. (organizadora), *Portugal, País de Imigração*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 22, Lisboa, 1991.

ESTEVEZ, A.; CALDEIRA, M. J., *Reinventando Culturas: contribuições da comunidade cabo-verdiana para a dinâmica cultural de Lisboa*, CEG, U. Lisboa, 2000.

EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (dir. de), *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris, Les Presses de l'Université de Montréal, 1996.

FAINZANG, S., *Pour une anthropologie de la maladie en France: un regard africaniste*. Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1989.

FAIZANG, S., *L'intérieur de choses. Maladie, divination et reproduction social chez les Bisa du Burkina*. Connaissance des hommes. L'Harmattan, Paris, 1986.

FASSIN, D., *Pouvoir et maladie en Afrique: anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris: PUF, 1992.

FEINSTEIN, J. S., «The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature». *The Milbank Quartely*, 1993; vol. 71, 2: pp. 279-322.

FELNER, R. D., «Perto de mil africanos assistidos por ano em Portugal», *jornal Público*, 30 de Novembro de 2005.

FENTON, S.; CHARLESLEY, K., «Epidemiology and sociology as incommensurate games: accounts from the study of health and ethnicity». *Health*, 2000, vol. 4(4): pp. 403-425.

FERNANDES, C., «Centro de Saúde de Sacavém atende 10 mil imigrantes», Publicado no *Jornal de Notícias* em 21-11-2005.

FERREIRA, E. (coord.) *et al.*, *Economia e migrantes: Contribuição dos Imigrantes para a economia portuguesa*, Edições Celta, Oeiras, 2000.

FERREIRA, LÍGIA ÉVORA, *Cabo Verde. Cape Verde. Le Cap-Vert*, Brochura integrada em Bloco Multimédia, Universidade Aberta, Lisboa, 1997.

FERREIRA, M. L. RIBEIRO (org.), *Pensar no Feminino*. Ed. Colibri, Lisboa 2001.

FIELD, D.; TAYLOR S., *Sociological perspectives on health, illness and health care*, Blackwell Science, Oxford.

FIGLIO, K., *The lost subject of medical sociology*, in SCAMBLER, G. (ed.), *Sociological theory and medical sociology*. Tavistock Publications, London, 1987.

FIGUEIREDO L, «Prevenir a SIDA entre imigrantes» in *Diário de Notícias* 11/10/2001.

FILHO, J. LOPES, *Cabo Verde: Retalhos de um quotidiano*. Ed. Caminho, colecção universitária, Lisboa, 1995.

FILHO, J. LOPES, *Cabo Verde: Subsídios para um levantamento cultural*. Plátano Editora, Lisboa, 1981.

FILHO, J. LOPES, *Introdução à cultura cabo-verdiana*, Praia, 2003.

FILHO, J. LOPES, *Contribuição para o Estudo da Cultura cabo-verdiana*, Ed. Ulmeiro 2, Lisboa, 1983.

FLICK, U., *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. L'Harmattan, Santé, société et cultures, L'Harmattan, Paris, 1992.

FODDY, W., *Como perguntar. Teoria e Prática da Construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Celta, Oeiras, 2002.

FONSECA, M. L. et al., *Reunificação familiar e imigração em Portugal* (Observatório da Imigração;15), Acime, Lisboa, 2005.

FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique*. 5 ed., Paris, Quadrige: PUF, 1997. XV, 214 p. (Quadrige).

FOX, N. J., *Postmodernism, sociology and health*. Buckingham, Open University Press, 1993.

FOX, N. J., *Beyond health: postmodernism and embodiment*, London: Free Association Books, 1999.

FRANÇA, L. (coordenador), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, caderno 23. Lisboa, 1992.

FRANKENBERG, R., «“Your time or mine”: temporal contradictions of biomedical practice». In FRANKENBERG, R., *Time, health and medicine*, London, Sage, 1992.

FRASQUILHO, M. A., «Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes». Educação para a saúde, *Revista portuguesa de saúde pública*. vol. 16, n.º 1, 1998, pp. 13-20.

FREEMAN, H. E.; LEVINE, S.; REEDER, L. G., *Handbook of medical sociology*, Prentice Hall, New Jersey, 1975.

FREITAS, C., *Health has no borders. Cape Verdean immigrants in the Netherlands and the transnational quest for healthcare across Europe*, Comunicação para a Conferência Internacional sobre a Migração cabo-verdiana e a diáspora, Lisboa, ISCTE, 6-8 Abril de 2005.

GARCIA, J. L. (organizador) e NUNES, D. B., *Migrações e Relações Multiculturais: uma bibliografia*, Edições Celta, Oeiras, 2000.

GARCIA, J. L. (organizador), *Portugal migrante: emigrantes e imigrados, dois estudos introdutórios*, Edições Celta, Oeiras, 2000.

GEPKENS, A., *Socially deprived groups and migrants*, Landelijk Centrum GVO, Utrecht, 1994.

GERHARDT, UTA, *Ideas about illness, An intellectual and political history of medical sociology*, New Studies in sociology, Macmillan, London, 1989.

GERMOV, J., *Second opinion: an introduction to health sociology*. Oxford University Press. Melbourne, New York, 1998.

GILG SOIT ILG, A., *Données Médicales et socio-demographiques: Les populations Roms/Tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe. Espagne, France, Grece*. Projet Romeurope, Médecins du Monde, Paris, 1999.

GILL, D. G.; TWADDLE, A. C., «La sociologie médicale: que recouvre ce terme?», *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 1977; 3: pp. 397-427.

GILLAM, S. J.; JARMAN, B.; WHITE, P.; LAW, R., «Ethnic differences in consultation rates in urban general practice», *British Medical Journal* 1989; 299: pp. 953-57.

GIRALDES, M. R., *Desigualdades socioeconómicas e seu impacte na saúde*. Lisboa: Estampa, 1996.

GÓIS, P., *A Construção secular de uma identidade transnacional: a cabo-verdianidade do (ou no) mundo cabo-verdiano*, Projecto de doutoramento, FEUC, Coimbra, 2004.

GOLDBERG, D., *The general health questionnaire*, WHO, 1972.

GOMES, I. B. (coordenação), *Estudo de Caracterização da comunidade cabo-verdiana Residente em Portugal*, Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999.

GRASSI, M., *Rabidantes. Comércio espontâneo transnacional em Cabo Verde*, ICS, Lisboa, 2003.

GRBICH, C., *Qualitative research in health, An introduction*, Sage publications, London, 1999.

GRAVEL, S.; LEGAULT, G., «Adéquation des services de santé aux jeunes familles immigrantes», *Revue Canadienne de Santé Publique* 1996, vol. 87, n.º 3: pp. 152-157.

GUEDES, A.; MARQUES *et al.*, «Litígios e pluralismo em Cabo Verde, A organização judiciária e os meios alternativos», *Separata, Themis*, Revista da Faculdade de Direito da UNL, ano II, n.º 3-2001, Lisboa.

GUIBENTIF, P., «Le Portugal face à l'immigration», *Revue Européenne des migrations internationales* 1996; vol. 12, 1: pp. 121-139.

GUSMÃO, N. M., *Os filhos da África em Portugal*, ICS, Lisboa, 2004

HALPERN, D., «Minorities and mental health», *Social science and medicine*, 1993, vol. 36, 5, pp. 597-607.

HART, N., *The sociology of health and medicine*. Causeway, Ormskirk, 1985.

HASTRUP, K., *A passage to anthropology. Between experience and theory*, Routledge, London.

HÉCTOR *et al.* [ed.], *Migration, transnationalization & Race in a changing New York*, Temple University Press, Philadelphia: pp. 35-57, 2001.

HELMAN, C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. 2nd edition. Wright, London, 1990.

HERKOVITS, M. Y., *Les bases de l'anthropologie culturelle*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1967, p. 5.

HERZLICH, C., *Médecine, maladie et société: recueil de textes présentés et commentés*. Paris: École Pratique des Hautes Études: Mouton, 1970.

HERZLICH, C.; PIERRET, J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1991.

HERZLICH, C., *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

HERZLICH, C., *La diversité dans les significations de la santé et de la maladie. Les significations sociales de la santé et la santé en mutation: un regard rétrospectif*. Colóquios. Uma tensão entre o global e o local, Fevereiro 2001, Lisboa, pp. 135-146.

HESPANHA, M. J., «O Corpo, a Doença e o Médico. Representações e práticas sociais numa aldeia». *Revista Crítica de Ciências Sociais* n.º 23, – Sociedade, medicina e saúde – Setembro de 1987.

HONORE, B., *Être et santé: approche ontologique du soin*, Paris, L'Harmattan, 1999.

HONORÉ, B., *La santé en project*, Paris: Intereditions, 1997

IBÁÑEZ, E., *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia, Promolibro, 1991.

IBÁÑEZ, T., *Representations sociales, Teoria Y método*, in Ibáñez, T., (coord), *Ideologias de la vida cotidiana*, Barcelona: Sendai, 1988.

ILO (International Labour Organization) and ALERT (The all Africa Leprosy, Tuberculosis and Rehabilitation Training Center) Publication, *The end of Isolation*, 1999.

«Imigrantes são grupo de risco na saúde», publicado no *Diário Notícias* em 03-12-2003.

«Império Ultramarino Português», (Monografia do Império), 4 vol., Introdução, Cabo Verde-Guiné, vol. I, Empresa Nacional de Publicidade, Lisboa, 1950, pp. 207-209.

INE, *Inquérito Nacional de Saúde*. Lisboa, 1997

INE. *Censos 91, População residente, segundo o grupo etário, por nacionalidade e sexo*. 1997; Lisboa, pp. 113-118.

INE. *Censos 01, População residente, segundo o grupo etário, por nacionalidade e sexo*. Portugal e Continente. 2004; site da internet www.ine.pt.

INE. *Censos 01, População residente, segundo o grupo etário, por nacionalidade e sexo*. Grande Lisboa. 2004; site da internet www.ine.pt.

INE. *Censos 01, População residente, nascida no estrangeiro por grupos etários, por países de naturalidade e sexo*. Portugal e Continente. 2004; site da internet www.ine.pt.

INE. *Censos 01, População residente, nascida no estrangeiro por grupos etários, por países de naturalidade e sexo*. Grande Lisboa. 2004; site da internet www.ine.pt.

INE. *Censos 01, População residente, segundo o grupo etário, por nacionalidade e sexo*. 2004; site da internet www.ine.pt.

INE. *Estatísticas demográficas 1991, 6.1 Estrangeiros com residência legalizada*. 1995; Lisboa, pp. 155-159 e pp. 182-183.

INE. *Estatísticas demográficas 2001, Estrangeiros com residência legalizada*. Lisboa, 2002. site da internet www.ine.pt.

INE. *Estatísticas demográficas 2004, 6.1 Estrangeiros com residência legalizada*. Lisboa, 2005. site da internet www.ine.pt.

JACQUARD, A., *Elogio da diferença: A genética e os homens*, Mem Martins, Publicações Europa-America, 1978.

JESSOP, E. G., «Individual morbidity and neighbourhood deprivation in a non-metropolitan area». *Journal of epidemiology and community health* 1992, 46: pp. 543-546.

JODELET, D., *La representation sociale du corps*. Paris: Cordes, 1976.

JODELET, D., Représentation sociale: Phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale* (pp. 357-378). Paris: PUF, 1984.

JODELET, D., *Folies et représentations sociales*. PUF, Paris, 1989.

JONES LINDA, J., *The social context of health and health work*. Macmillan Press, London, 1994.

JONES, R. K.; JONES, P. A., *Sociology in medicine*. John Wiley and Sons, New York, 1975.

JUNGHANSS, T., How unhealthy is migrating? *Tropical Medicine and International health* 1998, vol. 3, n.º 12: pp. 933-934.

«Justiça: Provedor quer assistência a imigrantes», *Jornal Diário de Notícias*, 1/10/2001.

KARLSEN, S. *et al.*, «Ethnicity, environment and health: putting ethnic inequalities in health in their place». *Social Science and medicine*, 55, 2002, pp. 1647-1661.

KARS-MARSHALL, C.; SPRONK-BOON, Y. W.; POLLEMANS, M. C., «National health interview surveys for health care policy». *Social science and medicine*, 1988, vol. 26, 2, pp. 223-233.

KAUFMANN, J. C., *L'entretien compréhensif*. Natan Université, Paris, 1986.

KINNON, D. (coordenadora), *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada*. Santé Canadá, Canadá, 1999.

KLEINMAN, A., *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California, 1984 [Comparative studies of health systems and medical care; 3].

KRAUSE, N. M.; JAY, G. M., «What do global self-rated health item measure?» *Medical Care* 1994; 32: pp. 930-942.

KUNST, A. E.; GEURTS, J. J. M.; VAN DEN BERG, J., «International variation in socioeconomic inequalities in self reported health». *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995; 49: pp. 117-123.

LA ROSA, E., *Santé, precarit  et exclusion*. Le sociologue, PUF, Paris, 1998.

LAPLANTINE, F., *Anthropologie de la maladie:  tude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot, 1992.

LARAMA, F., *L'accès au soins et la santé de populations Roms/Tsiganes migrantes en situation de grande exclusion dans trois pays d'Europe. Espagne, France, Grece*. Projet Romeurope, Médecins du Monde, Paris, 1999.

LEANDRO, M. E. et al., *Os males do corpo em terra estrangeira*, in LEANDRO, M. E. (organ.), Saúde. As teias da discrimina o social. Actas do colóquio internacional Saúde e discrimina o social, ICS, Universidade do Minho, Braga, 2002, pp. 181-210.

LEBAS, J.; CHAUVIN, P., *Pr carit  et santé*. Paris, Flammarion, 1998.

Lei n.  97/99, de 26 de Julho: Primeira altera o, por aprecia o parlamentar, do Decreto-Lei n.  244/98, de 8 de Agosto, que regulamenta a entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

Lei n.  27/2000: Autoriza o Governo a alterar o regime jurídico que regula a entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

LEIDERFARB, L., «Começar de novo». publicado no *Jornal Expresso* em 10-12-2005.

LEITÃO, J., «Direitos dos imigrantes em Portugal», *Janus* 2001, pp. 176-177.

LIBERATOS, P.; LINK, B. G.; KELSEY, J. L., «The measurement of social class in epidemiology». *Epidemiologic Reviews* 1988; 10: pp. 87-121.

LILLIE-BLANTON, M.; LAVEIST, T., «Race/Ethnicity, the social environment, and health». *Social Science and Medicine* 1996; 43: pp. 83-91.

LIMA, F. C. P. (dir. de), *A arte popular em Portugal: ilhas adjacentes e Ultramar*, Lisboa: Verbo, 1968, v. 1.

LINDENBAUM, S.; LOCK, M. (ed.), *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. Berkley: University of California, 1993.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C., «Social conditions as fundamental causes of disease». *Journal of health and social behaviour*, 1995, extra issue: pp. 80-94.

LOBO, E., *A doença e a cura. Recorrência à bruxaria na procura de saúde*. Ed. Estratégias criativas, Vila Nova de Gaia, 1995.

LOPES, P., *Holograma da Mobilidade Humana*. Edição Reis dos Livros, Lisboa, 1999.

LOPES, S., «Le Portugal et ses immigrés», *Migrations, Société*, 4 (19), 1992.

LOUX, F., *Traditions et soins d'aujourd'hui*. InterEditions, Paris, 1983.

LOUE, S. (editor), *Handbook of immigrant health*. Plenum Press, New York, 1998.

LUCAS, J. SANTOS, «Pobre ambiente urbano, pobre saúde mental». *Revista Portuguesa de saúde pública* 1991; vol. 9, 3: pp. 27-37.

LUMEY, L. H.; REIJNEVELD, S. A., «Perinatal mortality in a first generation immigrant population and its relation to unemployment in the Netherlands». *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995; 49: pp. 454-459.

LUPTON, D., *The Imperative of health – Public Health and the Regulated Body*. Sage Publications. Londres, 1995.

LUPTON, D., *Medicine as Culture – Illness, disease and the body in western societies*. Sage Publications. Londres, 1994.

MACHADO, F. L., «Etnicidade em Portugal: contrastes e politização», *Sociologia, Problemas e Práticas*, 12, 1992.

MACHADO, F. L., «Contornos e especificidades da imigração em Portugal». *Sociologia – Problemas e Práticas* 1997; 24: pp. 9-44.

MACHADO, F. L., *Contrastes e continuidades – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*, Edições Celta, Oeiras, 2002.

MACHADO, F. L., «Etnicidade em Portugal: o grau zero da politização», in SILVA, M. B. *et al.* (comissão organizadora), *Emigração/Imigração em Portugal – actas do «Colóquio internacional sobre emigração e imigração em Portugal (sécs. XIX-XX)»*. Fragmentos, Lisboa, 1993, pp. 407-414.

MACHADO, F. L., *Identidades nacionais em debate*. Colóquio, Universidade Aberta e CEMRI, Outubro de 2005.

MACHADO, F. L., «Imigração, etnicidade e minorias étnicas em Portugal». *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1994; 16: pp. 187-192.

MACHADO, F. L., «Imigrantes e estrutura social». *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1999; 29: pp. 51-76.

MACINTYRE, S.; MACIVER, S.; SOOMAN, «Area, class and health: should we be focusing on places or people?», *Journal of Social Policy*, 1993; 22, 2: pp. 213-234.

MACIONIS, J. J., *Society – the basics*, Kenyon college, 2nd edition, Prentice Hall, New Jersey.

MALHEIROS, J. M., «Communautés indiennes à Lisbonne». *Revue Européenne des migrations internationales*, 1996; vol. 12, 1: pp. 141-158.

MALHEIROS, J. M., *Imigrantes na região de Lisboa: os anos da mudança*. Edições Colibri, Lisboa, 1996.

MALHEIROS, J. M., *Arquipélagos migratórios: transnacionalismo e inovação*, Dissertação de Doutoramento em Geografia Humana, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2001.

MARÇAL, A. F., *Identidade e alteridade em sistemas de saúde. Um estudo sobre profissionais em serviços de urgência geral*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa, 1998.

MARKOVÁ, I.; FARR, R. M., *Representations of health, illness and handicap*. Harwood academic press publishers, London, 1995.

MARKS, L.; WORKBOYS, M., *Migrants, minorities and health – historical and contemporary studies*. Routledge, London, 1997.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (editors), *Social determinants of health. research*. Oxford; New York: Oxford University Press, 1999.

MARQUES, M. M.; VALENTE ROSA, M. J., «L'intégration des immigrés au Portugal. Singularité ou retard?», *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 41, 2003, pp. 9-36.

MARQUES, R., *Uma mesa com lugar para todos*. Instituto Pe. António Vieira, cadernos Ipav-1, Lisboa, 2005.

MARTINELLO, M., *L'ethnicité dans les sciences sociales contemporaines*. Que sais-je? PUF, Paris, 1995.

MASSE, R., *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1995.

MATEUS, M. D. M. LAMEIRÃO, *Estudo etnográfico de pacientes com esquizofrenia e seus familiares em São Vicente, Cabo Verde*. Universidade de São Paulo, 1998.

MATOS, ANA MARIA DE SAINT-MAURICE CORREIA DE, *Reconstrução das identidades no processo de emigração. A população cabo-verdiana residente em Portugal*. Dissertação de doutoramento em Sociologia, ISCTE, Lisboa, 1994.

MCINTYRE, T. M. (ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*, Braga, APPORT, 1994.

MCKENZIE, K.; «Describing race, ethnicity, and culture in medical research». *British Medical Journal*, 1996; 312: p. 1054.

MCWHINNIE, J. R., «Disability assessment in population surveys: results of the OECD common development effort». *Revue Epidemiologie et Santé Publique*, 1981; 29: pp. 413-419.

MECHALI, D., «Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique». *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 6, n.º 3, 1990, pp. 99-125.

MECHANIC, D., *Readings in medical sociology*. The free press, New York, 1980.

MIGUEL, J. D., «Saúde para Clandestinos». *Jornal Público*, 7 Setembro 1998.

MILLER, W. L., *Modelos de salud, enfermedad y atención sanitaria*, s.d.

MINCES, J., *Les travailleurs étrangers en France*, Éditions du seuil, Paris, 1987.

Ministério da Administração Interna. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Divisão de Planeamento, *Relatório Estatístico de 1997*. Lisboa, 1997.

Ministério da Administração Interna. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Divisão de Planeamento, *Relatório Estatístico de 2003*. Lisboa, 2004.

Ministério da Administração Interna. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Divisão de Planeamento, *Relatório Estatístico de 2004. Dados Provisórios*, Lisboa, 2005. http://www.sef.pt/data/relatorios/2004/relatorio_estatistico_2004.pdf

Ministério da Administração Interna. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Divisão de Planeamento, *Estatística do Primeiro Quadrimestre de 1998*. Lisboa, 1998.

Ministério da Saúde. DEPS, *Inquérito Nacional de saúde 1995/1996*. RLVT: Dados Gerais. Lisboa, 1997.

Ministério da Saúde. DGS, *Elementos Estatísticos Saúde 1996*. Lisboa, Novembro 1998.

Ministério da Saúde. DGS, *Estabelecimentos Públicos de saúde por concelho 1996*. Lisboa, Maio 1998.

MIRANDA, J., *A identidade Nacional: Do mito ao sentido estratégico – Uma análise Psicossociológica das comparações entre os Portugueses e os Outros*, Celta, Oeiras, 2002.

MIRANDA, N., «A propósito da situação socio-cultural de Cabo Verde», *Garcia de Orta, Revista da Junta de Investigação do Ultramar*, Lisboa, 1961.

MONTEIRO, C., «Sociedade cabo-verdiana: aculturação ou transculturação musical?», *Voz di povo*, Cabo Verde, 1988.

MONTEIRO, C. A., *Comunidade Imigrada Visão Sociológica: O caso da Itália*, Mindelo, 1997.

MONTEIRO VLADIMIR NOBRE, «*Portugal/crioulo*». Instituto cabo-verdiano do livro e do disco, Praia, 1995.

MOORE, L. G.; VAN ARSDALE, P. W.; GLITTENBERG, J. E., *The biocultural basis of health*. The C.V. Mosby Company, London, 1980.

MORGAN, M.; CALNAN, M.; MANNING, N., *Sociological approaches to health and medicine*. Croom Helm, London, 1985.

MOZZICAFREDDO, J., «Pós-modernismo e Estado – Providência». *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1987, n.º 3: pp. 11-19.

MOZZICAFREDDO, J., «O Estado – Providência em Transição». *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1994, n.º 16.

MOZZICAFREDDO, J., *Estado – Providência e Cidadania em Portugal*. Celta Editora, Oeiras, 1997.

MUNTANER, C.; JAVIER NIETO, F.; O'CAMPO, P., «The Bell curve: on race, social class, and epidemiologic research», *American Journal of Epidemiology*, 1996; 144: pp. 531-536.

NAZROO, J. Y., «Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health». *Sociology of Health and Illness*, 1998; 20: pp. 710-730.

NETTLETON, S., *The sociology of health and illness*. Oxford, Cambridge, Polity Press, 1995.

NOSSA, P. N., *Geografia da saúde. O caso da Sida*. Celta Editora, Oeiras 2001.

NOSSA, P. N., *Recomendação de boas práticas na acessibilidade aos cuidados de saúde para minorias e populações migrantes*, in LEANDRO, M. E. (organ.), *Saúde. As teias da discriminação social*. Actas do colóquio internacional Saúde e discriminação social, ICS, Universidade do Minho, Braga, 2002, pp. 213-219.

Nota de Serviço n.º 39/94 e Nota de Serviço n.º 9/95 do Director de Serviços de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-região de Lisboa.

NOVAK, J. D.; GOWIN, D. B., *Aprender a aprender*. Plátano Editora, Lisboa, 1996.

NUNES, B., *O Corpo em contexto*. Colóquios. Uma tensão entre o global e o local, Fevereiro 2001, Lisboa, pp. 187-191.

NUNES, B., «Sobre as medicinas e as artes de curar». *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, Setembro, 1987.

NUNES, B., *O saber Médico do Povo*, Ed. Fim de Século, 1997, Lisboa.

NUNES, R., «Aceitar o outro ou estiolar». *Revista Economia Pura*, Setembro 2000.

«OIM: Respostas e medidas no âmbito da saúde. Vários os esforços para conjugar a prevenção e a terapia», *Revista África Hoje*, data.

OLIVEIRA, J. F. REIS DE, *A instituição psiquiátrica em contexto multicultural. O caso do hospital Miguel Bombarda*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa, 1996.

OMS, *Perfis de Saúde das cidades: como conhecer e avaliar a saúde da sua cidade*. OMS, Gabinete Regional para a Europa, 1995.

PAIS, J. MACHADO (coordenação), *Gerações e valores na Sociedade portuguesa*. ICS, Lisboa, 1988.

PAZ, R. M., *Artes de curar chinesas. Representações sociais entre os Portugueses em Macau*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta Internacional da Ásia, Macau, 1999.

PANDA, M. C. SILVA, *Percursos migratórios de cabo-verdianos em Portugal, encantos e desencantos*, Dissertação de Mestrado em relações interculturais, Universidade Aberta, Lisboa, 1997.

PEIXEIRA, L. M. SOUSA, *Da mestiçagem à caboverdianidade – Registos de uma sociocultura*. Edições Colibri, Lisboa, 2003.

PENNINX, R., «Participation of immigrants through their organizations: political visions on multiculturalisms and their implications». *Working papers 14*. SOCINOVA, UNL; 2000.

PEREIRA, L. SILVA, *Médico, Xamã ou Ervanária?* ISPA, Coleção Teses/6, Lisboa, 2000.

PEREIRA, L. SILVA, «Medicinas paralelas e prática social». *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 14, 1993, pp. 159-175.

PERISTA, H.; PIMENTA, M., *Trajectórias profissionais e inserção laboral dos imigrantes residentes em bairros degradados de Lisboa*, in SILVA, M. B. et al. (comissão organizadora), *Emigração/Imigração em Portugal – actas do «Colóquio internacional sobre emigração e imigração em Portugal (sécs. XIX-XX)»*. Fragmentos, Lisboa, 1993, pp. 434-445.

PESTANA, M. T. ALBUQUERQUE TEIXEIRA, *A formação dos enfermeiros e a Educação para a saúde num contexto multicultural*. Dissertação de mestrado em relações interculturais, Universidade Aberta, Lisboa, 1995.

PETERSEN, A.; WADDELL, C., *Health matters: a sociology of illness, prevention and care*. Allen and Unwin, St Leonards, N.S.W, 1998.

PETERSEN, A.; LUPTON, D., *The new public health: health and self in the age of risk*. Sage publications, 1996.

PIRES, R. PENA, *Migrações e Integração. Teoria e aplicações à sociedade portuguesa*, Celta Editora, Oeiras, 2003.

Plataforma Portuguesa das ONGD, *Guia das ONGD*. 1997; Lisboa.

POLEDNAK, ANTHONY P., *Racial and ethnic differences in disease*. New York, Oxford, Oxford University Press, 1989.

PORTES, A., *Migrações Internacionais: Origens, tipos e modos de incorporação*. Celta Editora, Oeiras, 1999.

PORTES, A., «Divergent destinies: immigration, the second generation, and the rise of transnational communities», *Working papers 1*. SOCINOVA, UNL; Lisboa, 1997.

PORTES, A.; HIRSCHMAN, C. (editors), «Theory and methods in migration and ethnic research». Special Issue. *International Migration Review*, vol. 16, n.º 2, 1982.

POUTIGNAT, P.; STREIFF-FENART, J., *Teorias da etnicidade*, Editora Unesp, São Paulo, 1998.

PRINGLE, M.; ROTHERA, I., «Practicality of recording patient ethnicity in general practice: descriptive intervention study and attitude survey». *British Medical Journal*, 1996; 312: pp. 1080-1082.

QUIVY, R. *et al.*, *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva, 1992.

RADLEY, A., *Words of illness: biographical and cultural perspectives on health and disease*. Routledge. London, 1993.

RAMOS, N. *et al.*, *Cabo Verde. Cape Verde. Le Cap-Vert*, Vídeo integrado em Bloco Multimédia, Universidade Aberta, Lisboa, 1997.

RATHWELL, T.; PHILLIPS, D., *Health, Race & Ethnicity*. London: Croom Helm, 1986.

RAWAF, S.; BAHAL, V., *Assessing health needs of people from minority groups*. RCP/FPH, 1998.

REIJNEVELD, S. A.; GUNNING-SCHEPERS, L. J., «Age, health and the measurement of the socioeconomic status of individuals». *European Journal of Public health*, 1995; 5: pp. 187-192.

REIJNEVELD, S. A.; GUNNING-SCHEPERS, L. J., «Age, socioeconomic status, and mortality at the aggregate level». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994; 48: pp. 146-150.

REIJNEVELD, S. A., «Predicting the workload in urban general practice in the Netherlands from Jarman's indicators of deprivation at patient level». *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996; 50: pp. 541-544.

REIJNEVELD, S. A., «Reported Health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998a; 52: pp. 298-304.

REIJNEVELD, S. A., «The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking». *International Journal of Epidemiology*. 1998b; 27: pp. 33-40.

REN, S. R.; AMICK III, B. C., «Race and self assessed health status: the role of socioeconomic factors in the USA». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996; 50: pp. 269-273.

REX, J., *Raça e etnia*. Editorial Estampa, Ciências sociais, Lisboa, 1987.

RIBEIRO, J. M., *Cola S. Jon, Oh que Sabe!, As imagens As palavras ditas e A escrita de uma experiência Ritual e Social*. Dissertação de Doutoramento em Antropologia Visual, Universidade Aberta, Lisboa, 1997.

RIBEIRO, J. P., *Psicologia e Saúde*, ISPA, Lisboa, 1998.

RIBEIRO, J. L., *Psicologia da saúde, saúde e doença*. In McIntyre TM (ed.). *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*, Braga, APPORT, 1994.

ROCHA-TRINDADE, M. B., *A realidade da imigração em Portugal*, I Congresso Imigração em Portugal. Diversidade, Cidadania, Integração, Lisboa, 2004.

ROCHA-TRINDADE, M. B., *Perspectivas actuais das migrações em Portugal*, I Colóquio Europeu Mobilidade Interna e migrações intraeuropeias na Península Ibérica. Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 2002.

ROCHA-TRINDADE, M. B., «Portugal: Ongoing changes in immigration and governmental policies». *Migration Studies*. Vol. 39, n.º 148, 2002.

ROCHA-TRINDADE, M. B., «A imigração em Portugal, Imigração e mercado de trabalho», *Cadernos sociedade e trabalho*, n.º 2, 2002, pp. 145-160.

ROCHA-TRINDADE, M. B., «História da imigração em Portugal», *Janus* 2001, pp. 170-173.

ROCHA-TRINDADE, M. B.; ARMANDO OLIVEIRA, M., *Portugal*, in ANGENENDT, S. (editor), *Asylum and migration policies in the European Union*, Europa Union Verlag, Bonn, 1999.

ROCHA-TRINDADE, M. B., «Viver com a diversidade cultural», *Enfermagem*, n.º 9 [2.ª série], 1997, pp. 42-47.

ROCHA-TRINDADE, M. B., *Sociologia das Migrações*. Universidade Aberta, Lisboa, 1995.

ROCHA-TRINDADE, M. B., *Minorias. Polissemia do conceito e diversidade de manifestações*, in SILVA, M. B. et al. (comissão organizadora), *Emigração/Imigração em Portugal – actas do «Colóquio internacional sobre emigração e imigração em Portugal (sécs. XIX-XX)»*. Fragmentos, Lisboa, 1993, pp. 422-433.

RODRIGUES, N. M. LIMA, «Doença da terra» e «doença da farmácia». *Um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

RODRIGUES, W., «Comunidade cabo-verdiana: marginalização e identidade», *Sociedade e Território: Revista de estudos urbanos e regionais*. – Ano 3, N.º 8, Fev. 1989.

ROGERS, W. STANTON, *Explaining health and illness – an exploration in diversity*. Harvester Wheatsheaf, Londres, 1991.

ROLIM, M. L., Carrossel de migrações. *Jornal Expresso*, 2 de Abril de 1999.

ROBERS, R. H.; BOYER, R., «Perceived health status among the new urban homeless». *Social Science and Medicine*, 1987; vol. 24, 8: pp. 669-678.

ROSA, M. J. VALENTE; SEABRA, H.; SANTOS, T., *Contributos dos «imigrantes» na demografia portuguesa. O papel das populações de nacionalidade estrangeira*, Edição Acime, Lisboa, 2003.

ROTHMAN, M. C.; HEDRICK, S. C. et al., «The validity of proxy-generated scores as measures of patient health status». *Medical care*, 1991; 29, 2: pp. 115-124.

RUGY, A., *Dimensão econômica e demográfica das migrações na Europa Multicultural*, Edições Celta, Oeiras, 2000.

SAINT-MAURICE, A., «Cabo-verdianos residentes em Portugal – imagens a preto e branco», in SILVA, M. B. *et al.* (comissão organizadora), *Emigração/Imigração em Portugal – actas do «Colóquio internacional sobre emigração e imigração em Portugal (sécs. XIX-XX)»*. Fragmentos, Lisboa, 1993, pp. 392-406.

SAINT-MAURICE, A., *Identidades reconstruídas – Cabo-verdianos em Portugal*. Celta. Lisboa, 1997.

SANTANA, P., *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ensaio metodológico em geografia da saúde*. Coimbra, 1997.

SANTOS, V., *O discurso oficial do Estado sobre a emigração dos anos 60 a 80 e emigração dos anos 90 à actualidade*. (Observatório da imigração; 8), Edição Acime, Lisboa, 2004.

SARDINHA, J. M. SILVA, *Preservar a identidade. Integração da comunidade cabo-verdiana na Área Metropolitana de Lisboa: Associativismo e perspectivas das Associações*. Dissertação de Mestrado em Geografia e Planeamento Regional – gestão do território. Departamento de Geografia, FCSH/UNL, Lisboa, Setembro 2001.

SCAMBLER, G. (editor), *Sociological theory and medical sociology*, Tavistock Publications, Londres, 1987.

SCAMBLER, G. and HIGGS, P., *Modernity, medicine, and health: medical sociology towards 2000*, London; New York: Routledge, 1998.

SCAMBLER, G. (editor), *Sociology as applied to medicine*, 4th edition, W.B. Saunders, London, 1999.

SCAMBLER, G., *Health and social change: a critical theory*. Buckingham: Open university Press, 2002. – 188 p. – (Issues in Society).

SCHULMAN, K. A.; RUBENSTEIN, L. E.; CHESLEY, F. D.; EISENBERG, J. M., «The roles of race and socioeconomic factors in health services research». *Health Services Research*, 1995; 30:1: pp. 179-195.

SECUNDY, M. G. (ed.), *Trials, tribulations, and celebrations: african-american perspectives on health, illness, aging, and loss*. Yarmouth: Intercultural Press, 1992. XXXII, p. 308.

SEDES, *Rapport provisoire de la mission SEDES – Problème de Planification*, Paris, Setembro de 1977.

SEIES (Organização), *Associações de Imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa*, Entrelaços, SEIES, Lisboa, 1995.

SEMEDO, J. M. e TURANO, M. R., *Cabo Verde – o ciclo ritual das festividades da tabanca*. Ed. Spleen, Praia, Cabo Verde, 1997.

SENIOR, P. A.; BOPHAL, R., «Ethnicity as a variable in epidemiological research». *British Medical Journal* 1994; 309: pp. 327-330.

SHELDON, T. A.; PARKER, H., «Race and ethnicity in health research». *Journal of Public health medicine*, vol. 14, n.º 2: pp. 104-110, 1992.

SILVA, L. FERREIRA, *Saúde/Doença é questão de cultura. Atitudes e comportamentos de saúde materna nas mulheres ciganas em Portugal*. Acime, colecção Olhares: 2, Lisboa, 2005.

SILVA, L. FERREIRA, *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde-Doença*, Universidade Aberta, Lisboa, 2004.

SILVA, L. FERREIRA, *Vivências de saúde e bem-estar*, Projecto FCT/Feder e Cemri/UA, 2004 (FCT-POCTISOC-2002-2004).

SILVA, L. FERREIRA, *Promoção da saúde*, Universidade Aberta, Lisboa, 2002.

SILVA, L. FERREIRA *et al.*, *A saúde dos ciganos portugueses*. Relatório final, Centro de Estudos das Migrações e Relações interculturais, Universidade Aberta, Porto, 2001.

SILVA, L. FERREIRA; MAGANO, O. e SOUSA, F., *A comunidade cigana e o etnocentrismo da instituição médica de saúde comunitária*, Universidade Aberta, Porto, 2000.

SILVA, P. DUARTE, *A Protecção social da população imigrante*. Observatório da imigração, 11, ACIME, Lisboa, 2005.

SILVA, A. SANTOS; MADUREIRA, PINTO J., *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento, 1986. – (Biblioteca das ciências do homem).

SMAJE, CHRIS, *Health «Race» and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.

SMAJE, C.; LE GRAND, J., «Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS». *Social science and medicine*, vol. 45, n.º 3, 1997, pp. 485-496.

SOKOLOWSKA, M.; HOLÒWKA, J.; OSTROWSKA, A. (ed.), *Health, medicine, society*. Boston: D. Reidel, 1973.

SOLIS, J. M. *et al.*, «Acculturation, access to care, and use of preventive services by hispanics: findings from HHANES 1982-84». *American Journal of Public Health*, 1990, vol. 80: pp. 11-19.

SONTAG, S., *A doença como metáfora e a SIDA e as suas metáforas*. Quetzal Editores. Lisboa, 1998.

SONTAG, S., *Olhando o sofrimento dos outros*. 2.ª edição, Gótica, Lisboa, 2003.

SOUSA, J. E. FURTADO, *A Oeste do Paraíso. Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de Saúde*. Dissertação de mestrado em relações interculturais. Universidade Aberta, Lisboa, 2003.

SANTOS, BOAVENTURA DE SOUSA, *O Estado e a sociedade em Portugal: 1974-1988*. – 2 ed. – Porto: Afrontamento, 1992.

SANTOS, BOAVENTURA DE SOUSA (org.), *Portugal: um retrato singular*. – Porto: Afrontamento: Centro de Estudos Sociais, 1993.

SOUSA, N., «Participação política dos imigrantes cabo-verdianos nas últimas eleições autárquicas em Portugal», *Direito e Cidadania*, 12/13, Março-Dezembro 2001, Praia.

SOS RACISMO (editor), *A imigração em Portugal, os movimentos humanos e culturais em Portugal*, SOS Racismo, Lisboa, 2002

SPATZ, J., «A medicina Popular em Cabo Verde». *Voz di Povo*, 4 de Julho de 1981, Cabo Verde.

SPECTOR, R. E., *Cultural diversity in health and illness*. Appleton-Century-Crofts, New York, 1985.

SPLATZ, J.; LIMA, J., «La médecine populaire aux îles du Cap Vert», *Environnement Africain*, n.º 13, Enda, Dakar, 1990.

STACEY, M., HOMANS, H., «The sociology of health and illness: its present state, future prospects and potential for health research». *Sociology*, 1978; 12, pp. 281-307.

STRAUSS, H., *Humanizing Health care*. John Wiley and Sons, New York, 1975.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S., *Psicologia social e saúde*. Instituto Piaget, Medicina e Saúde, Lisboa, 1995.

SUNDQUIST, J.; JOHANSSON, S. E., «The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study». *International Journal of Epidemiology*, 1998; 27: pp. 57-63.

SUNDQUIST, J., «Ethnicity, social class and health». *Social Science and Medicine*, 1995; 40: pp. 777-787.

SUSSER, M. W.; WATSON, W., *Sociology in medicine*. Oxford medical Publications, London, 1971.

TAYLOR, S.; FIELD, D., *Sociology of health and health care*. 2nd edition, Blackwell Science, Oxford, 1997.

TEIXEIRA, A., «Estado recusa saúde gratuita a imigrantes» in DN 8/11/2001 «Imigrantes obrigados a pagar despesas de saúde» in *Revista Africa Hoje*, 8/11/2001.

TSEY, K., Traditional medicine in contemporary Ghana. A public policy analysis *Social science and medicine*, vol. 45, n.º 7, 1997, pp. 1065-1074.

TOWSEND, P.; BLACK, D., *Inequalities in health: the Black Report*. Penguin, London, 1992.

TROWLER, P., *Investigating health, welfare and poverty*. 2 ed. – London: Collins, 1996.

TURNER, B. S., *Medical power and social knowledge*. Sage Publications, London, 1987.

TURNER, B. S., *Regulating Bodies*. Routledge, London, 1992.

TWADDLE, A. C.; HESSLER, R. M., *A Sociology of health*. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1977.

VALA, J., *Novos racismos – perspectivas comparativas*. Celta, Oeiras, 1999.

VALA, J., *Picologia social*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1996.

VALKONEN, T., «Problems in the measurement and international comparisons of socioeconomic differences in mortality». *Social Science and Medicine* 1993; vol. 36, n.º 4: pp. 409-418.

VAN HORNE, W. A., *Ethnicity and health*. Milwaukee: University of Wisconsin System, 1988.

VARELA, J. M., «Ética e moral nas sociedades negro-africanas». *Anais/AECCOM* 1 (vol. 2): pp. 19-27, Mindelo, Cabo Verde, 2000.

VARELA, J. M., «A doença de iniciação e as carreiras médicas tradicionais. O caso dos muílas». *Anais/AECCOM* 2 (vol. 1): pp. 9-19, Mindelo, Cabo Verde, 1999.

VARELA, J. M., «Plantas medicinais comuns a quatro países da África Lusófona – Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique: Pistas para a sua utilização terapêutica». *Anais/AECCOM* 3 (vol. 1): pp. 57-75, Mindelo, Cabo Verde, 1999.

VASCONCELOS, J., *Espíritos lusófonos numa ilha crioula: Língua, poder e identidade em São Vicente de Cabo Verde*, ICS, Lisboa, 2001.

VENEMA, H. P. UNIKEN; GARRETSEN, H. F. L.; VAN DER MAAS, P. J., Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Social Science and Medicine*, 1995; 41: pp. 809-818.

VERMEULEN, H., *Imigração, integração e a dimensão política da cultura*. Edições Colibri, Lisboa, 2001.

VERMEULEN, H., «Immigration, integration and the politics of culture». *Working papers* 5. SOCINOVA, UNL; Lisboa, 1998.

WAGSTAFF, A.; PACI, P.; VAN DORSLAER, E., «On the measurement of inequalities in health». *Social Science and Medicine*, 1991; vol. 33, 5: pp. 545-557.

WALTER, I., «The state of Medical sociology – a review essay». *The sociological quarterly* 1982; 23: pp. 563-571.

WHITE, K. L., «Health survey: who, why and what?», *World health statistics quarterly*, 1985, vol. 38, 1: pp. 2-14.

WILLIAMS, D. R.; RUCKER, T., *Socioeconomic status and the health of racial minority populations* in KATO, P. M.; MARUR, T., The plenum series in culture and health. Handbook of diversity issues in health psychology. Plenum Press. New York and London, 1996.

WILLIAMS, R., «Health and length of residence among south asians in Glasgow: a study controlling for age». *Journal of Public Health Medicine* 1993; 15: pp. 52-60.

WILLIAMS, R., «Concepts of health: an analysis of lay logic». *Sociology*, 1983; 17, n.º 2, pp. 185-205.

WILLIAMS, S. J.; CALNAN, M., *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. London, UCL Press, 1996.

WILLIAMS, S. J.; GABE, JONATHAN; CALNAN, M. (ed.), *Health, medicine and society: key theories, future agendas*. London; New York: Routledge, 2000.

WILSON, R. N., *The sociology of health: an introduction*, University of North Carolina, Random house, New York.

WOLF, S., *Social environment and health*. University of Washington press, London, 1981.

ZAIDI, S. A., «Poverty and disease. Need for structural change». *Social Science and Medicine*, 1988; vol. 27, 2: pp. 119-127.

EDIÇÃO CO-FINANCIADA PELO FUNDO SOCIAL EUROPEU



QUALIFICAR É CRESCER.



QUADRO
DE REFERÊNCIA
ESTRATÉGICO
NACIONAL
PORTUGAL 2007-2013



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu