

## Repositório ISCTE-IUL

---

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2023-07-18

Deposited version:

Accepted Version

Peer-review status of attached file:

Peer-reviewed

Citation for published item:

Santinho, C. (2009). Labirintos do trauma: A verbalização do sofrimento nos refugiados em Portugal. In Luís Silva Pereira, Chiara Pussetti (Ed.), *Os saberes de cura: Antropologia da doença e práticas terapêuticas*. (pp. 113-151). Lisboa: ISPA.

Further information on publisher's website:

[https://www.academia.edu/38360447/Os\\_saberes\\_da\\_cura\\_antropologia\\_da\\_doen%C3%A7a\\_e\\_pr%C3%A1ticas\\_terap%C3%AAuticas](https://www.academia.edu/38360447/Os_saberes_da_cura_antropologia_da_doen%C3%A7a_e_pr%C3%A1ticas_terap%C3%AAuticas)

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Santinho, C. (2009). Labirintos do trauma: A verbalização do sofrimento nos refugiados em Portugal. In Luís Silva Pereira, Chiara Pussetti (Ed.), *Os saberes de cura: Antropologia da doença e práticas terapêuticas*. (pp. 113-151). Lisboa: ISPA.. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

---

### Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

---

Maria Cristina Ferraz Saraiva Santinho  
PhD em Antropologia, ISCTE/IUL  
Investigadora CEAS/CRIA  
[cristina.santinho@gmail.com](mailto:cristina.santinho@gmail.com)

Nota: Este artigo corresponde ao capítulo 4 do livro: Os saberes de Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas, organizado por: Chiara Pussetti e Luís Silva Pereira. Editado pelo ISPA, 2009 e parcialmente financiado pela FCT.

## **"Labirintos do trauma: a verbalização do sofrimento nos refugiados em Portugal"**

*“Os homens, senhor Faulques, são animais sanguinários. A nossa inventividade para criar o horror, não tem limites.”<sup>1</sup>*

O presente capítulo decorre da prática de trabalho de campo com refugiados e requerentes de asilo em Portugal. A perspectiva adoptada, inscreve-se na antropologia médica e em particular nas práticas e políticas de saúde mental.

Pretende-se discutir e apresentar propostas de investigação e de abordagens terapêuticas que tenham em consideração a história de vida e a história do trauma dos refugiados, reflectindo também sobre conceitos como sofrimento, trauma sequencial, somatização, escuta activa e *PTSD*. Pretende-se também olhar para o conceito de *corpo* como o cenário onde se reflectem as políticas de integração e exclusão.

### **Breve história de S <sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Diálogo entre o jornalista de guerra Faulques, e Markovic, soldado croata. Extraído do livro “O Pintor de Batalhas” de Arturo Pérez Reverte. Ed. ASA; 2006.

<sup>2</sup> S: Nome fictício. Alguns detalhes desta história, são deliberadamente omitidos para garantir o anonimato do narrador.

S é um jovem muçulmano com cerca de 20 anos, que saiu do seu país em 2004, tendo chegado a Portugal como refugiado resgatado pelas Nações Unidas e pelo ACNUR<sup>3</sup>, em 2007. Optou por contar a sua história em português, apesar das suas limitações em se expressar neste idioma.

De acordo com o seu relato, durante três anos e meio procurou um lugar para viver, tendo passado por diversos países, nos quais residiu em condições de extrema precariedade. Antes de ser obrigado a fugir do seu país, vivia com a mãe, entretanto falecida. O pai fora morto por uma bomba treze anos antes, no seu local de trabalho. Após a morte do pai, S e a sua mãe viveram da comercialização de leite e lã provenientes de um rebanho de ovelhas, seu principal património. O maior objectivo de vida de S era comprar um terreno, construir a sua própria casa e procurar a filha emigrada do irmão mais velho do seu pai, com quem em tempos a família o havia prometido casar.

Os seus sonhos foram interrompidos quando milícias armadas entraram de rompante em casa e o prenderam juntamente com os amigos, sob a acusação de subversão e terrorismo. Após ter sido libertado, a mãe convenceu-o a fugir, pelo que venderam o rebanho, para juntar o dinheiro necessário à compra dos documentos que lhe permitiriam sair do país.

Com parte desse dinheiro, comprou um passaporte e a passagem para o outro lado da fronteira. Foi então obrigado a fugir para a Líbia onde apanhou um avião para a Guiné-Conacri, tendo aí residido durante algum tempo. O seu principal objectivo era ir daí para os Estados Unidos da América ou mesmo para a Grã-Bretanha, onde se integraria mais facilmente devido ao domínio do idioma e à prévia existência de comunidades oriundas da sua região.

---

<sup>3</sup> ACNUR: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados.

Na Guiné, trabalhou por vários meses na reparação dum navio cargueiro, tendo ficado acordado com a tripulação, a quem entregou todo o seu dinheiro, que poderia viajar no barco até aos Estados Unidos. Um dia, quando chegou ao porto para começar o trabalho, o barco tinha partido.

Tendo que enfrentar a decepção e frustração resultantes deste logro, acabou por conseguir embarcar num navio cargueiro, o qual se encontrava já repleto de imigrantes clandestinos. Esta viagem deveria demorar 10 dias, estando as rações de água e comida racionadas para este período. No entanto, as máquinas do navio avariaram e todos os imigrantes a bordo tiveram que suportar dois terríveis meses no meio do oceano, durante os quais enfrentaram condições extremas de sobrelotação, ausência de luz natural, falta de higiene e carência de víveres, o que motivou o consumo ocasional de água do mar.

A luta destes “passageiros invisíveis” pelo acesso à comida, água ou espaço, era permanente. A chantagem e o abuso serviam como moeda de troca no acesso a alguma comida suplementar, ou no estabelecimento de hierarquias de poder. Cada dia que passava, mais pessoas adoeciam.

Quando o navio chegou à Mauritânia, a maioria dos passageiros clandestinos, entre os quais S, foram encarcerados por vários meses num centro de detenção para imigrantes. Aí, as condições de vida eram igualmente desumanas: a pessoa desaparecia novamente, para dar lugar mais uma vez, à condição de corpo: não existiam janelas, nem corredores ou espaços exteriores por onde os imigrantes pudessem circular ou ter acesso a luz natural; a comida e a água eram racionadas; o acesso aos escassos sanitários dependia de um regresso imediato ao fim da fila, logo após a saída, num circuito ininterrupto que

podia levar duas horas, sendo a alternativa mais viável urinar numa garrafa, por exemplo.

S, que não tinha amigos nem conhecidos com quem partilhar este contexto de extrema hostilidade e humilhação, relatava a intensidade dos sentimentos de solidão e desorientação então experienciados. Segundo o seu testemunho, o desejo último dos imigrantes detidos era a liberdade, independentemente do local ou país onde a mesma pudesse ser garantida. Enquanto aguardava a eminente deportação para o seu país, ocorreu uma rebelião nesse Centro, durante a qual alguns dos detidos entre os quais ele próprio, conseguiram fugir para o único local que se apresentou como possível: o deserto. Esta fuga, culminou numa operação de resgate levada a cabo pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), que possibilitou o transporte destes imigrantes resgatados para as Ilhas Canárias, em Espanha. Posteriormente, S foi reinstalado em Portugal, tendo ficado um ano no Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR) do Concelho Português para os Refugiados (CPR), na Bobadela - Loures.

No momento de recolha desta “história de vida / história de trauma”<sup>4</sup>, S já não residia no Centro de Acolhimento. Neste local, apenas podem permanecer durante mais tempo os menores não acompanhados<sup>5</sup>, ou alguns casos particularmente vulneráveis. S, que

---

<sup>4</sup> Consideramos que a história do trauma deve ser avaliada no contexto mais amplo que a produziu, ou seja: a história de vida narrada pelo refugiado. Esta abordagem parece-nos essencial para a recolha de elementos determinantes, como por exemplo as referências socioculturais em que a narrativa se insere, para além da própria concepção de saúde, doença e corpo. Só uma abordagem culturalmente sensível nos permitirá perceber a linguagem do sofrimento e do trauma.

<sup>5</sup> Designam-se por “menores não acompanhados” todas as crianças, ou jovens menores de 18 anos, que viajam sem acompanhamento de membros da família ou tutores que por eles se responsabilizem. As políticas e práticas legais de acolhimento não são uniformes em todos os países Europeus. Contudo, chama-se a atenção para o modo como no Espaço Schengen se determina se os menores têm efectivamente menos de 18 anos. Em Portugal, e uma vez que normalmente uma característica dos refugiados é a impossibilidade de viajar com documentos de identificação, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras recorre à determinação da idade através da medição do osso do pulso e do raio-X dos maxilares. Este procedimento, que não toma em consideração o contexto étnico e cultural da criança (o desenvolvimento físico não é idêntico em todos os grupos, nem toma em conta as diferenças de desenvolvimento provenientes de carências ou excessos alimentares), pode resultar numa avaliação errónea da idade, a qual comporta consequências nefastas, tais como a negação do acesso a apoio social específico que lhe deveria

ainda não conseguiu ter a tão desejada casa, partilha um quarto numa casa sub-alugada, com imigrantes que não conhece. Não possui, tal como a maioria dos refugiados em Portugal, comunidades de suporte. Recebe da Santa Casa da Misericórdia<sup>6</sup> cerca de 200 euros, o que em Lisboa é manifestamente insuficiente para fazer face às suas necessidades, mesmo as mais básicas. Como forma de complementar este magro rendimento, S recorre a biscates ou trabalhos pontuais, os quais tem tido dificuldade em manter devido ao seu mal-estar físico, e às consultas médicas ou de fisioterapia que tem que frequentar, e que condicionam a sua disponibilidade.

Relativamente ao apoio psiquiátrico também existiram dificuldades. Após duas ou três consultas no Hospital Júlio de Matos, S decidiu descontinuar os tratamentos, por considerar que a abordagem adoptada era desadequada, relativamente às suas necessidades. Subsistiram grandes dificuldades de comunicação com o médico psiquiatra (neste serviço não existem mediadores nem tradutores), que baseava o tratamento na administração de medicamentos ou no aconselhamento a desempenhar uma actividade laboral, como forma de desviar as atenções do seu sofrimento.

Sem comunidade de pertença, nem esperança de integração a curto ou médio prazo num emprego que lhe permita ter uma casa própria – um dos seus maiores desejos – S encontra um local de apaziguamento e partilha empática (terapêutica?) nos encontros do teatro *Refugiacto*<sup>7</sup>. Sempre que lhe é possível deslocar-se aos ensaios, S experiencia a

---

ser prestado. O desenvolvimento psicológico é ainda mais subjectivo, dependendo das características culturais de cada grupo de pertença. Para informação mais detalhada sobre esta questão, consultar: “ La migration des mineurs non accompagnés en Europe », n° 2, 2008; **e-migrinter** Maison des Sciences de l’Homme et de la Société (MSHS).

<sup>6</sup> Entidade que na região de Lisboa assume parte do apoio financeiro aos refugiados. Fora da região de Lisboa, este apoio passa a ser suportado pela Segurança Social.

<sup>7</sup> Deste grupo, fazem parte refugiados de diferentes nacionalidades, géneros e grupos etários. Partilham os mesmos sentimentos, as mesmas emoções e por vezes as mesmas experiências traumáticas. Logram “exorcizar” o sofrimento através da posta em cena de textos de crítica social elaborados pelos próprios e também de poetas e escritores relacionados directa ou indirectamente com os direitos humanos. Satirizam-se por exemplo as dificuldades de comunicação ou de exclusão, sentidas no acesso à consulta

única forma de suporte de grupo que, pelo menos pontualmente, se aproxima a um contexto comunitário de partilha de identidades em sofrimento. Um dos momentos de maior relevância para ele, dá-se aquando a apresentação pública do grupo. Numa das vezes em que tal aconteceu, quando questionado relativamente à sua procura de casa, respondeu: “Agora, procuro antes um castelo.”

Analisando a anterior descrição fenomenológica, é possível afirmar que o sofrimento mental esteve presente ao longo da recolha da história de vida/ história de trauma. S emocionou-se várias vezes ao contar a sua história, em particular ao recordar as memórias do que nostalgicamente mantinha como objectivo de vida: ter uma casa só sua e encontrar uma rapariga para casar. Queixava-se igualmente de insónias frequentes expressando sentimentos de profunda tristeza e desalento.

Quanto às suas narrativas de sofrimento físico, estas consistem fundamentalmente na sensação permanente de sede, dores de estômago, dores de cabeça, dores num dos joelhos (alegadamente provocada por uma queda das escadas íngremes no porão do navio), dores nas costas, diarreia frequente e perda de peso. No contexto do trabalho de campo, foi possível verificar que S, tanto em cerimónias públicas com a presença de figuras de Estado proeminentes, como na vivência quotidiana do Centro, manifestou emoções diversas. Na presença dos políticos, notava-se uma esperança renovada no seu olhar e nas suas atitudes, como se a simples proximidade destes, representasse o reconhecimento social das suas vidas, a possibilidade de retomar a dignidade do “eu” e o fim da invisibilidade social. Noutras ocasiões, mais quotidianas, S oscilava entre uma profunda tristeza, alheando-se do que se passava ao seu redor e momentos de prazenteiro convívio.

---

nos centros de saúde. O grupo de teatro tem como principal mentora a professora de português do CPR, Dr.<sup>a</sup> Isabel Galvão.

## **A História de vida como verbalização do sofrimento**

Existe uma desproporção incontornável entre os relatos verbalizados pelos refugiados sobre a sua história de vida e a narrativa do sofrimento, a realidade quotidiana por eles efectivamente vivenciada em contextos de guerra e conflito permanente e por fim, a tentativa do antropólogo, tantas vezes infrutífera, de transmitir através da escrita, um testemunho suficientemente fidedigno, que respeite a veracidade dos factos narrados pelo refugiado em sofrimento os quais, de tão inverosímeis, correm o risco de ser interpretados como imaginação, fantasia dramatizada ou simplesmente delírio lancinante dos narradores.

Os refugiados e requerentes de asilo<sup>8</sup>, acima de tudo, são pessoas com as suas próprias contradições, estratégias de sobrevivência ou integração, desejos e ambições, alegrias e também sofrimentos. Nem todos podem ser considerados vítimas de injustiças e atentados aos direitos humanos e sendo-o, não significa necessariamente que essa “circunstância de vítima” historicamente constituída, seja em termos individuais, constante ou permanente. São também, ocasionalmente, autores do seu destino, calculado em histórias de trauma narradas deliberadamente para encontrar apoio das ONG’s ou das próprias instituições estatais, com vista à obtenção de documentos que lhes permitam residir legalmente na Europa. Algumas dessas histórias foram transmitidas com aparente sofrimento, teatralizadas através do pranto ou manifesta

---

<sup>8</sup> Refugiados são aqueles que já possuem estatuto reconhecido pelas autoridades. Requerentes de Asilo são os que ainda não possuem esse estatuto, podendo contudo residir no país legalmente, enquanto aguardam uma decisão, possuindo documentos de “residência por razões humanitárias”.

angústia. Nem todas vieram a comprovar-se como verídicas<sup>9</sup>. Não serão contudo essas histórias que aqui iremos analisar. No entanto para muitos – a maioria – o sofrimento, a tortura, a humilhação, são uma constante ameaça, que pode até estar bem perto, em qualquer rosto ou lugar desconhecido<sup>10</sup>, até percepcionarem um ambiente seguro e protegido, longe das redes de tráfico ou das máfias (redes criminosas internacionais) que se estendem sub-repticiamente em qualquer parte.

Para além destes que transmitem a sua experiência através da história que nos narram, existem ainda todos os outros refugiados que, por impossibilidade de verbalização do sofrimento atroz, se remetem ao silêncio profundo de um tormento do qual não logram sair jamais e cujas memórias revivem nas longas noites de vigília e nos dias alucinados. Sobre estes, vítimas da “banalidade do mal”<sup>11</sup> como referia Hannah Arendt, já não é sequer possível encontrar o rasto, perdidos que estão numa cidade/sociedade que desconhecem e que os empurra tragicamente para a invisibilidade dos corpos e da existência, na qual o próprio conceito de humano expandiu os seus limites. Neste campo, estão todos aqueles refugiados que, por não terem consulta ou mesmo após uma consulta psiquiátrica perigosamente estéril, abandonam a derradeira tentativa de reconhecimento do seu sofrimento, confundido por vezes entre o papel da vítima e o de perpetrador que, já não se dissolve pelo uso da palavra, dissipando-se no mundo do invisível, nos labirintos do trauma.

---

<sup>9</sup> A questão da “verdade” das narrativas transmitidas aos agentes do SEF, ou a outros responsáveis, ou não pela autorização da sua entrada em Portugal, é em si, algo que justifica uma análise antropológica em profundidade. Contudo, salienta-se que na maior parte dos casos, a “verdade narrada” equivale a uma versão da realidade relatada pelos próprios e com a qual eles podem efectivamente lidar.

<sup>10</sup> Existem francas possibilidades de essa ameaça acontecer mesmo em contextos sociais aparentemente seguros como é o caso de Portugal, em particular provenientes de redes mafiosas ou ligadas ao tráfico, com origem por exemplo na Colômbia ou em alguns países do Leste Europeu. Existe a possibilidade de o refugiado se encontrar com o seu próprio torturador.

<sup>11</sup> “Banalidade do mal é uma expressão criada por Hannah Arendt no seu livro “Eichmann em Jerusalém”, cujo subtítulo é “Uma reportagem sobre a banalidade do mal”. Ed. Tenacitas, Coimbra; 2ª edição, Abril de 2004.

Enquanto observadora participante nos consultórios de psiquiatria, testemunhei os olhares angustiados, o frenesim dos gestos involuntários, a constante vigília procurando sinais invisíveis de alarme que possam pôr fim à sua vida periclitante, ali mesmo na sala de espera do consultório. Estes sinais permitem antever o percurso errante daqueles que por ausência de respostas terapêuticas adequadas<sup>12</sup>, renunciam a prosseguir com as consultas. Para estes refugiados, normalmente vítimas de actividades forçadas como as “crianças-soldado”, existe a inefabilidade da experiência impossível de ser partilhada, ou sequer compreendida, pelos outros. Esta “experiência do extremo” a que se refere Richard Rechtman (Rechman, 1990) pressupõe a existência de um limite supremo que, para além da capacidade de sobrevivência de cada pessoa, não separará a vida da morte, mas reúne numa experiência comum, os mortos e os sobreviventes. Em última instância, esta experiência apenas distingue quem a viveu de quem nunca enfrentou uma situação desta natureza.

Esta quase ausência de fronteira entre os vivos e os mortos vai passar a fazer parte integrante do sofrimento dos refugiados, em particular daqueles que presenciaram o assassinato dos seus familiares ou amigos e que, ao conseguirem fugir, sendo por vezes os únicos sobreviventes daquele contexto familiar, carregam consigo a culpa e o sentimento de abandono.

Muitos dos refugiados que acompanhei à consulta de psiquiatria, relataram a angústia dos momentos de solidão (experienciada já em Portugal) em que eram permanentemente assaltados pelas memórias traumáticas do preciso momento em que, escondidos à pressa num canto da casa, testemunharam os militares entrando de

---

<sup>12</sup> Ausência de formação específica por parte dos psiquiatras e clínicos generalistas, quer no domínio científico da psiquiatria transcultural, ou mesmo da etnopsicologia; inexistência de pontos de contacto entre paciente e médico, ao nível linguístico, ou cultural; ausência de percepção do trauma como elemento que faz parte de um contexto muito mais amplo, em que se integra a própria história de vida, e o entorno sociocultural, económico e político.

rompante, agredindo e torturando até à morte pais, mães e irmãos, como se de um filme constantemente repetido em câmara lenta se tratasse.

Silove (Silove, 1999) refere a existência de vários sistemas adaptativos comuns que quando ameaçados isoladamente ou em conjunto, por profundas injustiças resultantes de contextos de guerra ou conflito e atentados aos direitos humanos, conduzem invariavelmente ao sofrimento e ao trauma. Um deles relaciona-se com este sentimento de perda de “união ou existência de laços afectivos”. As separações e as perdas são frequentemente múltiplas e incluem perdas reais e simbólicas. Para além dos familiares mortos ou perdidos, os refugiados ainda experienciam a perda do lar, da propriedade e dos bens (emprego, estatuto social, estudos). Perdem igualmente a noção de coesão social, ligação com a terra ou os antepassados, bem como com a cultura de pertença e seus rituais e tradições. As reacções normais a estas perdas incluem uma constelação de sentimentos como o pesar, por vezes a raiva e revolta, a nostalgia e a saudade. S, como tantos outros, transmitia sentimentos compungentes relacionados com a ausência destes suportes afectivos que lhe foram retirados de forma violenta, sendo ele próprio testemunha forçada. É de notar também que estas perdas são, na sua maioria, definitivas e irrecuperáveis. A ausência de uma abordagem adequada no campo da saúde mental pode conduzir ao desequilíbrio e ao “trauma sequencial”. Referencia-se aqui o conceito proposto por David Becker (Becker, 2004), e que se baseia na noção de que o trauma é um processo que se desenvolve sequencialmente – iniciando-se na perseguição e decisão de fuga, a própria fuga, o pedido de asilo, o contacto com a sociedade receptora e o longo período que aí se segue – que só pode ser definido e compreendido num contexto específico e que deve ser descrito em detalhe. A principal noção que nos oferece Becker é a de que o trauma e a sua sequencialidade, contém uma dimensão individual psíquica, mas também em simultâneo e interligada, uma dimensão colectiva e

macro-social. Sendo o trauma um processo político que ocorre num determinado contexto social, apenas pode ser entendido num contexto igualmente cultural e também político. Deve pois ser considerado do ponto de vista do indivíduo, da sociedade, da cultura (inclusive nos aspectos materiais e espirituais) e também políticos, económicos e jurídicos, para além dos psicológicos. Refere ainda Becker (Becker, 2004): *The basic issues of power and social conflict are not only ignored but, worse, are conceptually redefined as part of an individual psychological illness, thereby further hindering a person's capacity to act upon the situation. Exaggerating a little, one could say that first we have war and destruction, and then we offer individual therapy instead of social change.* É necessário ter em conta que a própria inserção dos refugiados na sociedade portuguesa, não está isenta de trauma. Este vai-se perpetuando nas diferenças culturais entre a pessoa e a sociedade de acolhimento, no tempo que demora a resolver a sua situação jurídica (dois, três, cinco ou mais anos), na dificuldade na obtenção de emprego, na ausência de reconhecimento social que a sociedade lhes vota. Como menciona Becker, o trauma não pode ser apenas encarado do ponto de vista terapêutico, mas também por uma multiplicidade de abordagens.

Momentaneamente apaziguados pelo relato da história de vida – história do trauma, que comigo partilhavam na Bobadela<sup>13</sup>, alguns destes refugiados – em particular aqueles que pouco depois deixaram de poder contar com a residência segura do CAR – desapareceram, tanto das consultas previamente marcadas, como das frágeis redes de suporte que as instituições de acolhimento lhes estendem e que dificilmente serão

---

<sup>13</sup> O Centro de Acolhimento de Refugiados (CAR), é estrutura integrante do Conselho Português dos Refugiados (CPR) – Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) representante do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados em Portugal (ACNUR). O CAR, possui várias valências sociais para refugiados e requerentes de asilo, sendo a mais importante, a residência aberta temporária.

suficientes para os integrar<sup>14</sup>, na medida em que nem sempre lhes é garantido trabalho ou assistência social e financeira condigna, que lhes permita sobreviver ou sequer aceder ao reconhecimento imprescindível para a sua existência enquanto cidadãos com iguais direitos. Por vezes a insuficiência de apoio social e de emprego, é agravada em muitos casos, pela recusa de atribuição do Rendimento Social de Inserção, justificado pela falta de cumprimento da obrigatoriedade de se apresentarem mensalmente perante os técnicos da Segurança Social. Na perspectiva dos refugiados, existe ainda a dificuldade na compreensão dos ofícios e minutas burocráticas, a eles dirigidas por estes organismos (Centro de Emprego; Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia) apresentados em linguagens burocráticas herméticas e incompreensíveis, uma vez que nem a língua portuguesa dominam integralmente. Para mais, a desatenção de alguns “prometidos empregadores” que adiam reuniões e encontros semana após semana, para estágios dos quais os refugiados desconhecem os contornos e ainda a falta de diálogo entre umas e outras instituições, empurra-os por vezes, para uma existência muito próxima da indigência que vem agravar dramaticamente a aflição.

A identidade e o desempenho dos papéis sociais constituem outro dos pilares abalados pelo sofrimento e trauma provocado pelos maus-tratos e tortura. De acordo com Silove (Silove, 1999), um dos objectivos chave da tortura é minar nas vítimas, o sentimento pessoal de identidade, de acção e de controlo. O isolamento, o ostracismo ou a

---

<sup>14</sup> O termo “integração” ou “inclusão”, tem feito parte nas últimas décadas das políticas sociais que visam em particular os imigrantes em Portugal. Valoriza-se a inclusão como algo positivo, algo a que qualquer imigrante ou refugiado deve aspirar, e avaliam-se as instituições públicas (ministérios, autarquias, ONG’s) pela maior ou menor capacidade de efectivação de projectos que visem a participação destes imigrantes, através do exercício de cidadania. Mas nem sempre a integração é vista pelos migrantes, em particular por algumas minorias étnicas, como algo que possui um valor intrínseco. A fragmentação do *social* a que presenciamos nos dias de hoje leva a que muitos grupos ou indivíduos – entre os quais os refugiados, pela sua própria idiosincrasia, prefiram a ideia do “reconhecimento”, que lhes permite o direito à diferença, à ideia da “integração”, que os enclausure numa existência que lhes é penosa. Será este reconhecimento a única possibilidade de os retirar da invisibilidade a que a sociedade portuguesa os remete.

propaganda, são instrumentos utilizados por órgãos opressivos de forma a corroer o sentimento de coesão e identidade de indivíduos ou comunidades inteiras.

S sentiu esse isolamento na constante ameaça de que as reuniões com os amigos em sua casa bastavam para os catalogar como subversivos. Mais tarde, o anonimato perante a sociedade de acolhimento, a dependência do apoio institucional, a falta de reconhecimento do papel social, estatuto ou qualificações, nos países de recepção, a par com a interrupção dos referentes culturais, trazem aos refugiados um conjunto de ameaças à sua identidade. Como consequência, poderão ocorrer alterações dos papéis identitários, com o subsequente sentimento de impotência e passividade. Por vezes, a própria pertença religiosa é quebrada. São vários os casos de muçulmanos, por exemplo, que perante a situação de vida no Centro de Acolhimento, ou já fora dele, abandonaram deliberadamente os rituais de oração, a ida à Mesquita, ou romperam também com os tabus alimentares.

A perda de “significado existencial”, resulta do sentimento de impotência perante as causas inexplicáveis do exercício da crueldade e do mal de que foram vítimas, podendo abalar a fé e as crenças mais profundas e pôr em causa o sentido da vida e da humanidade. Esta crise de confiança na fé, pode provocar sentimentos de alheação e isolamento emocional. Muitos destes refugiados em “crise de fé”, procuram o isolamento nos seus quartos do CAR, evitando o contacto com outros refugiados com os quais não partilham nem as tradições culturais nem os sentimentos de fé ou de ausência momentânea dela. Este factor remete para a necessidade de olhar para a questão existencial através da possibilidade duma abordagem terapêutica apropriada. Como refere Mollica (Mollica, 2006): *Traumatized persons are not usually emotionally hardened by violence but are, in contrast, delicately attuned to the nuances of human interactions.*

Muitos destes “passageiros errantes” desaparecem frequentemente da mesma maneira que surgem: sem família, amigos, redes sociais de suporte, emprego, rendimentos ou sequer documentos que ajudem a recuperar o seu passado ou a sua identificação e identidade, saídos à força das entranhas clandestinas de um navio cargueiro ou das asas de um desejo fátuo que os trouxe a um país que desconhecem e a uma sociedade que lhes é alheia. Carregam o seu sofrimento sem interlocutor, acabando por desaparecer nas malhas de um lugar sem guerra, mas em disputa, onde a hostilidade se manifesta na falta de adequabilidade dos apoios institucionais, frequentemente por mero desconhecimento da sua peculiar existência.

Sem documentos que atestem a sua identidade e o seu percurso de vida; sem modo de provar a sua história académica ou profissional, que lhes permita continuar aqui e agora o seu percurso; impossibilitados de regressar às suas terras, sob pena de perderem a vida para sempre, estão irremediavelmente presos num limbo de indiferença social, confundidos que são com os imigrantes, com os quais não partilham a humilhação e a tortura, nem a viagem voluntária, nem a existência de comunidades de pertença e muito menos a possibilidade de um dia regressar.

### **O corpo como locus de políticas de integração e exclusão**

Como refere Csordas (Csordas, 1994) (...) *the body has a history and is as much as a cultural phenomenon as it is a biological entity is potentially enormous. Also, if indeed the body is passing through a critical storical moment, this moment also offers a critical methodological opportunity to reformulate theories of culture, self, and experience, with the body in the centre of analysis.* Aos refugiados, resta-lhes portanto, o corpo e a sua história. É através destes que levantamos o véu sobre o conceito de saúde, doença,

sofrimento, somatização, tendo em conta o contexto de proveniência, e a história do sofrimento e do trauma. Mais ainda, o corpo “lê-se” na sua relação com o poder e com a autoridade, numa sequência de lógicas múltiplas às quais não são alheios aqueles que intervêm sobre o corpo em nome dos poderes públicos (Fassin, 2004). São processos de subjectivização impostos pelas políticas sanitárias e pelas práticas biomédicas.

De acordo com Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock, (2004) o corpo carrega consigo três dimensões: o corpo individual, o corpo social e o corpo político, correspondendo o primeiro à experiência vivida do corpo enquanto “*self*”, o segundo, aos usos representacionais do corpo enquanto símbolo da natureza, da sociedade e da cultura e o terceiro à regulação e controlo do corpo. Fazendo uso desta definição, proporíamos corresponder a primeira dimensão, ao corpo feito de memórias e experiências somáticas recorrentes da tortura e do trauma, e a segunda à forma como cada refugiado experiencia o sofrimento e o interpreta à luz dos seus próprios marcos culturais, transformando-os em linguagens somatizadas. Finalmente, o terceiro corresponderia a uma dimensão política que atravessa um largo espectro de contextos relacionais que vão desde a própria tortura perpetrada pelos abusos de uma política selvática de atentados aos direitos humanos, até às sevícias corporais na imposição das hierarquias de poder.

Esta dimensão política encontra seguimento já em “território protegido”, onde o corpo é reinterpretado pela sociedade de acolhimento, que o regula através de normas jurídicas, confinando-o a espaços físicos que tanto possuem uma dimensão europeia (apenas pode circular legalmente no interior do espaço Shengen), como uma dimensão nacional (obrigando cada requerente de asilo a apresentar-se mensalmente à Santa Casa da Misericórdia ou Segurança Social, em troca da obtenção do subsídio de sobrevivência

mensal<sup>15</sup>). Este “corpo político” que, de acordo com Foucault, estaria subjacente a todas as outras dimensões, ainda se reflecte nas práticas políticas no campo da saúde que remetem alguns refugiados para a sua inexistência institucional ao não poderem ser registados no Sistema Nacional de Saúde (SNS), nas situações em que o seu território de pertença não é reconhecido nos espaços geopolíticos internacionais, como é o caso por exemplo, dos Palestínianos.

Os menores de idade podem igualmente encontrar dificuldades a este nível aquando do seu pedido de asilo, em particular nos casos em que a idade declarada não corresponde à suposta idade apreciada pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), com base em critérios subjectivos, como referimos anteriormente. Nestes casos, a idade que os jovens requerentes de asilo afirmam possuir é posta em causa pelos agentes da autoridade. As autoridades portuguesas (SEF), em caso de dúvida, solicitam ao Instituto Nacional de Medicina Legal a realização de testes destinados a estimar a idade dos menores requerentes de asilo, os quais consistem nomeadamente em Raios X efectuados à placa dentária, com o fim de avaliar o estágio de formação da raiz de determinados dentes. A nível internacional, o ACNUR estabeleceu a necessidade de utilização de técnicas que respeitem a dignidade humana, dando ao menor o benefício da dúvida, caso exista incerteza na idade. No entanto, não existem registos de dados concretos sobre os índices de suspeita, aceitação ou rejeição destes pedidos de asilo com base na afirmação etária.

A este propósito, parece pertinente referir que ao considerar o conceito de juventude, frequentemente determinado por questões culturais muito mais que por determinantes biológicos, existe um paradoxo no que diz respeito aos jovens requerentes de asilo, o qual se situa entre a construção cultural de juventude e a obrigatoriedade jurídica de

---

<sup>15</sup> Na maior parte dos casos, este subsídio é de 150€ mensais.

inscrição do corpo num marco biológico confirmado, ou não, pelas “políticas tecnobiológicas” actuais<sup>16</sup>.

## **Causas e consequências da somatização**

É, através deste corpo multidimensional *threatened vehicle of human being and dignity*” (Csordas, 1994) que os refugiados encontram a única linguagem que lhes permite comunicar com o Outro: uma linguagem feita de narrativas somáticas como a de S e de tantos outros, que não encontra reflexo no consultório médico. Segundo os testemunhos dos médicos entrevistados, os quais dão consulta aos requerentes de asilo no Centro de Saúde da Bobadela, não havia a percepção exacta de que as queixas e sofrimentos que estes apresentavam fariam parte dum processo de somatização. Apenas referiam estranheza por os refugiados aparecerem sucessivamente nas consultas apresentando as mesmas queixas.

De acordo com Lawrence Kirmayer (1991), somatização é um termo normalmente usado para cobrir um vasto número de situações clínicas: pacientes que se apresentam na consulta exclusivamente com sintomas físicos, apesar de terem também problemas psico-sociais, ou sofrimento emocional; pacientes que se auto-definem doentes, apesar de não demonstrarem evidências de doença; e igualmente pessoas que apresentam um padrão de sofrimento frequente e inexplicável, ou ainda sintomas somáticos funcionais

---

<sup>16</sup> As políticas biológicas de confinamento do corpo afirmam-se na proporção directa da tentativa de encerramento do espaço europeu aos imigrantes do sul e do leste. Exemplo disto é a polémica lei francesa do governo de Sarkozy, que sofreu já a contestação de diversas associações humanitárias numa manifestação organizada em Paris em Outubro de 2008. Esta lei, visa restringir a entrada de mais imigrantes em França, bem como nas restantes fronteiras europeias, impõe a aplicação de testes de ADN a todos os imigrantes que, ao abrigo da lei do reagrupamento familiar, desejem reunir-se aos seus familiares. Colocam-se em risco a existência de estruturas de parentesco que não correspondam às ligações provadas geneticamente, conduzindo à hegemonia de padrões familiares ocidentais, eles mesmo questionáveis.

induzidos, que causam inaptidão. No caso dos refugiados, o sofrimento como consequência da tortura física e mental, ou enquanto testemunhas de atrocidades (mortes, violações, humilhações), marca no corpo, a necessidade de reconhecimento e apaziguamento da dor.

A somatização é um problema extremamente comum em todas as áreas da medicina. É também um problema de saúde pública, na medida em que os sintomas funcionais estão entre as maiores causas referentes à desadaptação ao trabalho e à vida social. São também frequentes as queixas dos refugiados referindo que faltam ao trabalho por se sentirem em sofrimento.

As somatizações provocadas por depressões e ansiedade devido a traumas passados na guerra ou durante a fuga, ou ainda no penoso processo de integração, são raramente detectadas pelos médicos generalistas, podendo levar a tratamentos desadequados ou ineficazes que apenas mascaram o sofrimento, conduzindo ao tal “consumismo da consulta”, como referiam os médicos de clínica geral entrevistados. Também aqui se coloca um problema frequente: a falta de comunicação, quer pela existência de barreiras linguísticas e culturais, quer por não haver uma prática clínica de escuta da história do paciente e dos motivos que conduziram ao seu sofrimento, quer ainda pela ausência de um mediador que, após a receita passada pelo médico, possa traduzir com eficácia, a posologia e a razão da prescrição ou o modo de aplicar ou tomar cada medicamento. Estas condicionantes levam a que, por vezes, os medicamentos receitados não sejam administrados de forma adequada, originando mais complicações e possível agravamento dos sintomas. Existem também rejeições convictas e deliberadas, dos medicamentos prescritos pelos médicos, preferindo a sua substituição por determinadas ervas ou outras práticas terapêuticas (leitura de certas passagens do Corão, por

exemplo), consideradas por alguns refugiados, de acordo com a sua proveniência cultural, como mais eficazes, para o tratamento de determinados mal-estares.

Nos consultórios psiquiátricos, a somatização é frequentemente desvalorizada, demonstrando desinteresse por esta temática no campo da psiquiatria. (Kleinman, 1988). Os clínicos incorrem frequentemente no erro de considerar que os processos psicossomáticos são uma dimensão de qualquer doença, não lhes votando a devida atenção, como é o caso da maioria dos médicos entrevistados. Enquanto que a teoria psicossomática está preocupada com as causas da doença, a somatização foca a atenção na experiência e expressão da doença revelada pelo contexto cultural, social e político em que o paciente se encontra. A somatização é pois definida como “a tendência de experienciar e comunicar um sofrimento somático e sintomas inexplicáveis através de descobertas patológicas, atribuindo-lhes doença física e procurando apoio médico através delas” (Kleinman, 1988, p 1359).

Como tal, a somatização é vista como uma variação no comportamento da doença com a implícita necessidade de procura de atenção médica, atenção essa que por dificuldade de interpretação é entendida pelos clínicos como “*consumismo de consulta*”, como referenciamos há pouco. A relação entre a somatização e as doenças psiquiátricas ou as aflições psicossociais passam a ser mais uma questão empírica do que uma questão de definição do conceito, na medida em que dependem da história de vida e do próprio conceito cultural e individual de saúde e doença atribuído pela pessoa. A somatização mimetiza as doenças físicas, uma vez que a pessoa não produz o sintoma conscientemente. Quando as emoções fortes, como é o caso do trauma provocado pela tortura ou testemunha de actos violentos, não podem ser simbolicamente transformadas em linguagem verbal, tendem a ser “descarregadas” através de caminhos autonómicos, causando desordens fisiológicas, tantas vezes manifestas nas narrativas das histórias de

trauma dos refugiados, como refere Lawrence Kirmayer (1991). Os sintomas mais comuns também referidos pelos refugiados entrevistados incluem: dores musculares, distúrbios gastrointestinais, sintomas cardiopulmonares, sintomas pseudoneurológicos, e distúrbios menstruais e sexuais. Não se retira contudo a necessidade de efectuar rastreios médicos com o objectivo de despistar efectivamente algumas doenças. Kirmayer refere ainda um estudo que realizou com 700 famílias, tendo subdividido a somatização em 3 categorias: 1) Somatização funcional: altos níveis de sintomas medicamente inexplicáveis; 2) Somatização hipocondríaca: altos níveis de preocupação pela existência de doenças sem evidências que lhes correspondam; 3) Apresentação exclusiva de sintomas em pacientes com depressões profundas ou desordens de ansiedade. Neste estudo, Kirmayer conclui que dos 3 tipos de somatização, o 1º está mais relacionado com a utilização dos serviços de saúde e o 2º com uma auto-estima negativa ou pessimista, enquanto que o 3º se relaciona fundamentalmente com factores de angústia e stress.

Em Portugal não existem ainda estudos científicos concluídos<sup>17</sup>, tendo como objectivo a análise do estado de saúde físico ou mental dos refugiados e requerentes de asilo, que nos possam elucidar sobre o modo como o sofrimento somático está relacionado com o trauma. Esse caminho poderá dar resultados positivos em termos terapêuticos, se o enfoque incidir não meramente na observação da doença do ponto de vista da patologia, mas na experiência da doença sentida pelo refugiado e analisada por equipas terapêuticas multidisciplinares, cruzando os saberes e metodologias da medicina com outras áreas das ciências sociais e humanas - psiquiatria, psicologia, antropologia, sociologia, entre outras, tendo como eixo da abordagem principal o trabalho de campo e

---

<sup>17</sup> Neste momento, está a realiza-se o primeiro estudo de investigação/acção nesta área, coordenado pela autora, e co-financiado pelo Fundo Europeu para os Refugiados e Fundação Calouste Gulbenkian, através da Estrutura de Missão de Fundos Comunitários - Ministério da Administração Interna.

a recolha e análise das histórias de vida / histórias de trauma de refugiados e requerentes de asilo.

Destes refugiados, em parte pela incapacidade ou desadequação do sistema de saúde mental que em Portugal lhes é colocado, ou não, à disposição, ficam apenas as pungentes histórias transmitidas em idiomas veiculares que nem sequer dominam, como o francês ou o inglês. Oriundos da Serra Leoa, Eritreia, Congo, Bósnia, Colômbia, Curdistão, Palestina ou qualquer outro lugar onde a vida obedece a códigos que tantas vezes desconhecemos, logram sobreviver a genocídios e extermínios étnicos nos quais testemunharam frequentemente a tortura e a morte, como já anteriormente referimos.

### **Entre a escuta institucional e a escuta terapêutica**

Em momentos anteriores fizemos referência ao trabalho de pesquisa etnográfica, efectuada fundamentalmente através da escuta das histórias de vida / histórias de trauma de refugiados e requerentes de asilo. No âmbito desta abordagem, não podemos deixar de salientar a importância da “escuta”, enquanto método de pesquisa científica e também terapêutica. Este conceito tem sido usado pela antropologia médica, nomeadamente por Didier Fassin (2004) numa perspectiva eminentemente política e social. Tem sido igualmente utilizado por psiquiatras transculturais, como é o caso de Richard Mollica (2006), e aplicado à história do trauma de que grande parte dos refugiados é portador. Neste contexto, é pertinente referir ainda a forma como o próprio poder político, securitário e social usa e estimula continuamente a escuta e recolha constante das histórias de vida dos refugiados e requerentes de asilo.

Após o pedido de asilo, apresentado às autoridades portuguesas antes da entrada oficial em território português (dentro do aeroporto, por exemplo), o “requerente” fica

provisoriamente retido pelas autoridades oficiais - a polícia de fronteira – Serviço Estrangeiro de Fronteiras (SEF), onde irá ser sujeito a uma entrevista crucial, uma vez que é perante a “performance” retórica e corporal apresentada pelo requerente de asilo numa primeira e fundamental escuta de narrativa de trauma, que lhe irá ser, ou não, atribuído o estatuto de refugiado ou outra forma subsidiária de protecção (ex. protecção humanitária). Nesta entrevista estão presentes o agente da autoridade e um jurista do CPR. Apesar das diferenças culturais e sociais entre o requerente de asilo e o agente da autoridade, e da situação traumática em que o primeiro se encontra, frequentemente recém-chegado de um ambiente de terror e exploração (a própria viagem de fuga dos países de origem, está por vezes, sujeita a agressões sexuais perpetradas a troco de alimentos, mas também roubos e fome), não estão presentes mediadores, antropólogos, psicólogos. A única ferramenta que o requerente de asilo possui é a performance do seu próprio corpo, as “narrativas da sua memória”. O modo como conta a sua história, a forma como diz tudo com pormenores ou, por outro lado, exhibe silêncios, a intensidade do olhar ou a fragilidade e submissão com que encara o agente da autoridade, as referências que oferece do seu país, a postura do corpo na cadeira, a capacidade de chorar ou, pelo contrário, reprimir emoções, toda a subjectividade contida neste acto, é o verdadeiro passaporte para quem não tem (ou não quer ter) outras formas de provar a sua identidade numa sociedade em que o papel, os documentos, a imagem do eu, substitui a própria identidade física do sujeito.

«Um acto de identificação implica que a coisa de que se fala seja situada numa categoria». Esta afirmação de Lévi-Strauss [Lévi-Strauss, 1992, p. 21], adquire particular significação neste contexto europeu, em que o que se pretende incluir numa categoria, é um sujeito que representa, na perspectiva das autoridades, uma potencial ameaça para a suposta segurança interna. Seja refugiado ou imigrante, é sempre este

sujeito que passa a ser sujeito a escrutínio, por não pertencer a uma cidadania nacional reconhecida, localizada e integrada nos supostos “valores ocidentais”. No entanto, esta necessidade de identificação estende-se para lá da esfera securitária. Por vezes, são instituições como o Centro de Saúde ou o Hospital que exigem do sujeito a assunção de uma identificação de nacionalidade que não a sua (por vezes não registada no sistema informático) para o poderem considerar inscrito no sistema.

É igualmente no cenário da entrevista decisiva com o agente do SEF que o requerente de asilo possui nas suas mãos a possibilidade de recriar uma identidade. Sabemos que a identidade é um processo continuamente em construção que se vai criando e recriando em função do contexto social, histórico, cultural, resultando de uma negociação com os outros (Goffman, 1963). As memórias de sofrimento e tortura a que a maior parte dos refugiados estão sujeitos, condicionam a sua visão retrospectiva do passado. Não necessariamente de uma forma patológica resultante de personalidades múltiplas, mas como necessidade de repetição continua de um passado (para si próprio e continuamente para os outros) que deriva, em parte, de uma reconstituição imaginária de uma memória que devolve ao refugiado o sentido da sua existência. Perante a exigência das autoridades de apresentação de uma história credível, o requerente de asilo recria uma imagem possível a partir de papéis múltiplos e por vezes socialmente aprendidos, com companheiros, vítimas de contextos de violência e provenientes de origens nacionais semelhantes (existem movimentos aprendidos, respostas que se reproduzem, contactos e conselhos facilitados pela comunicação na internet). Como referem Venna Das e Arthur Kleinman, na introdução do seu livro *Violence and Subjectivity* (2000): *In either case it becomes necessary to consider how subjectivity – the felt interior experience of the person that includes his or her positions in a field of a relational power – is produced*

*through the experience of violence and the manner in which global flows involving images, capital, and people became en tangled with local logics in identity formation.*

No entanto, a recolha da história do requerente de asilo, por parte das instituições portuguesas, não termina no momento da primeira entrevista à entrada da fronteira portuguesa. Ela vai estar continuamente presente a cada passo da suposta tentativa de integração dos refugiados em Portugal, quer na entrevista para atribuição de subsídio por parte da Segurança Social ou Santa Casa da Misericórdia, quer nas repetidas e frequentemente infrutíferas entrevistas para obtenção de emprego, quer ainda para tratar aspectos jurídicos relativos ao seu estatuto de permanência em Portugal, ou também para a remota possibilidade de ingresso numa escola pública. Contar a sua história torna-se assim um “ritual de promessa de integração”, mais do que um “ritual de passagem” para a sociedade portuguesa, a qual nem sempre está isenta de uma certa curiosidade mórbida por parte de quem a solicita insistentemente, sem provas de vantagens sociais, e muito menos terapêuticas, para o próprio. Referindo Didier Fassin, num artigo publicado na revista *Ethos*(2007): *On the side of state agencies, it implies evaluating the extent to which observing the psychological traces of violence shakes the judgment practices of the bureaucrats charged with deciding what to do about each asylum seeker (Herzfeld 1992). In other words, we want to analyze how much of the rhetoric translates into practice.*

Escutar a história do refugiado, ou “a exploração do seu passado” tem, também segundo Fassin, duas funções: a) terapêutica – porque pode conduzir ao tratamento psicológico (o que raramente se aplica ao caso de Portugal), e b) institucional – porque permite que uma história seja validada pelos trabalhadores sociais. O corpo e a mente assumem assim uma importância vital neste processo. No entanto, para alguns refugiados, esta descontextualizada e repetida narrativa perante as instituições – em particular as

empresas empregadoras - nem sempre é vista como algo de positivo, sendo antes considerada como uma invasão da sua privacidade por alguém que não tem nada para lhes oferecer em troca da narrativa do seu sofrimento.

Voltando um pouco atrás, regressamos à importância dos “locais de escuta” ou “escuta terapêutica” na antropologia médica e na psiquiatria transcultural. Didier Fassin (2004) critica o modo abusivo com que, por exemplo, no contexto francês, desde a década de 1990, se “psicologiza” o sofrimento dos desempregados, dos adolescentes-“problema”, dos imigrantes indocumentados e dos sem-abrigo, entre outros. O Estado justificou a intervenção do poder público e privado através da criação de “locais de escuta” que se multiplicaram por aquele país e que, segundo Fassin, reflectem uma política que associa e relaciona pobreza e sofrimento, e cuja proposta de acção não se encontra, nem no âmbito social nem da psiquiatria, mas na complementaridade destas duas esferas. Fassin critica a ausência de envolvimento de especialistas na área, na medida em que se recrutam para esta tarefa quaisquer profissionais que possam vir a desenvolver apenas empatia ou afecto, relativamente ao público-alvo destas políticas, sem nenhuma formação subjacente. A ausência de profissionais adequados, não só prejudica directamente os envolvidos, como trata as desordens sociais de forma desadequada e sem fundamentação teórica, esvaziando qualquer reivindicação de justiça. Fassin adverte finalmente para os problemas destas acções de escuta que, na maior parte das vezes, se aproximam muito de um trabalho de animação lúdica, apresentada como terapêutica e pacificadora, sem espaço para a reivindicação para a denúncia de violências institucionais, ou sequer para a busca de medidas mais eficazes tanto na procura de justiça social, como na procura de respostas terapêuticas ou científicas.

Por outro lado, e tal como referimos anteriormente, o ponto de vista de alguma psiquiatria transcultural, nomeadamente de Richard Mollica no *Harvard Program in*

*Refugee Trauma*, é a de que a escuta da “história do trauma” feita a partir da contextualização cultural e simbólica da pessoa, é uma das metodologias mais importantes usadas pelos clínicos (médicos generalistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas), para a garantia da eficácia do tratamento do sofrimento mental dos refugiados e requerentes de asilo, sobreviventes de violência, humilhação e tortura. Não descorando a importância da “empatia” entre clínicos ou terapeutas e refugiados, considerando-a até um dos elementos fundamentais para a obtenção da cura – a par da importância da crença numa religião ou até da resiliência – Mollica atribui uma importância fundamental à escuta terapêutica e à história do trauma, proveniente do trabalho de campo e da investigação científica, como veremos mais adiante.

### **Usos e significados dos conceitos: “sobrevivência”, “trauma” e “história do trauma”**

O conceito de “sobrevivência” a que nos referimos em linhas anteriores, necessita ser aprofundado: Sobreviver significa, nestes casos, escapar com vida, conseguir livrar o corpo de uma morte vaticinada, ser o herói que resistiu ao caos. Contudo, na maioria dos casos testemunhados, continuam visíveis as marcas da tortura, nos relevos das cicatrizes, no corpo deformado pelas marcas do confinamento durante demasiado tempo, num buraco que não possuía sequer as dimensões mínimas que permitissem à pessoa erguer-se verticalmente, ou estender-se em posição horizontal, e que dia após dia ali permanecem, para lembrar ao próprio os momentos limite por que passou e que fazem agora parte indelével da geografia da próprio corpo, manifesta através de dor física e das cicatrizes por ela deixada.

Mas, por outro lado, sobreviver também implica conservar permanentemente na memória os momentos do perigo experienciado. É a esta memória que assalta os dias e as noites, que filtra a realidade agora outra, que provoca o choro e a aflição, que coloca o corpo em posição de constante vigília e que tolhe a possibilidade de preparar um outro futuro longe do perigo, que chamamos memória traumática.

Não sendo este o objectivo específico deste artigo, apresentamos aqui de forma breve, o conceito, o qual está normalmente associado a uma categoria divulgada pela psiquiatria norte-americana que recorreu, inicialmente, a avaliações psiquiátricas a militares combatentes na II guerra mundial, definidas como “*neuroses de guerra*” e, posteriormente, a vítimas da guerra do Vietname, as quais, devido às suas características comportamentais, foram definidas e catalogadas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) na DSM III<sup>18</sup> em 1980, como “*PTSD*” (Post Traumatic Syndrome Disorders). Este conceito, alvo de grande controvérsia, que contrapõem em particular psiquiatras e antropólogos, tem sido adaptado largamente pela psiquiatria transcultural norte-americana.

O conceito de PTSD não está isento de alguns reparos feitos pelos próprios psiquiatras, nomeadamente, pelo “Harvard Program in Refugee Trauma”. Mollica propõe que se olhe para o prisma da PTSD como algo que teve um passado histórico, que começou por ser criado por perpetradores para perpetradores (médicos psiquiatras norte americanos para tratar militares norte-americanos durante a guerra do Vietname), mas

---

<sup>18</sup> O primeiro *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) foi publicado pela “American Psychiatric Association” (APA) em 1952. Nele são apresentados vários diagnósticos para as doenças mentais. Passou a constituir uma ferramenta de trabalho inicialmente para todos os psiquiatras norte-americanos, espalhando-se depois por todo o mundo ocidental. O DSM é também usado por clínicos, investigadores, companhias farmacêuticas, companhias de seguros, políticos, entre outros. Actualmente, e apesar da controvérsia que sempre suscitou, não só entres os próprios psiquiatras, como entre outros cientistas sociais, está já em preparação a V edição que inclui um veque mais vasto de “desordens mentais”.

que, apesar de tudo, é um instrumento que poderá ter vantagens no diagnóstico de vítimas de trauma no presente, em diversos contextos, desde que esteja salvaguardada a importância das narrativas e interpretações culturais para os conceitos de sofrimento e tortura, e a forma como cada comunidade lida na prática, e também ao nível simbólico, com a noção de trauma, reconhecendo que existem grupos culturais que não possuem sequer este conceito. Paralelamente, é necessário observar igualmente o contexto sociopolítico em que cada refugiado se encontra, de modo a ampliar a rede de suporte social de que ele irá eventualmente necessitar.

Contudo, para além da anterior definição, por vezes discutível, de “trauma” ou de “doença de síndrome pós-traumático”, interessa-nos mais, do ponto de vista da antropologia, referir a importância da “história do trauma” contida nas narrativas dos refugiados em contexto das entrevistas em profundidade levadas a cabo no levantamento etnográfico.

A definição de “trauma story” é ainda de acordo com Richard Mollica (2006), a seguinte: *The trauma story is a personal narrative told in the person’s own words about the traumatic life events they have experienced and the impact of these events on their social, physical, and emotional well-being. It is not someone else’s interpretation of events, although it may contain observations on the reactions of family members and the local community...* Nesta aceção, a história do trauma apresenta os seguintes elementos constitutivos: narrativa factual dos eventos; significado cultural de trauma; revelações da experiência do trauma; relacionamento entre o narrador e aquele que escuta. Este último elemento, passa a ser o ponto fundamental, a partir do qual irá depender o sucesso terapêutico, dependendo este de três importantes factores: a

sensibilidade cultural do terapeuta, a empatia estabelecida entre o narrador e aquele que escuta e a consciência do entorno sociopolítico e institucional, em que ambos se situam.

O Antropólogo Allan Young (1995) debruça-se em profundidade sobre os complexos contornos da memória e da memória traumática. Esta, clinicamente considerada até 1950, um fenómeno marginal e heterogéneo, foi posteriormente transformada pela Associação Americana de Psiquiatria (AAP) num sistema classificatório obrigatório<sup>19</sup> que passaria a constituir a grelha de avaliação da desordem do stress pós-traumático (PTSD)<sup>20</sup>, tal como já anteriormente referido. Young, alerta-nos também para a importância de se considerar a memória como algo que nos molda o sentido de ser pessoa, sendo que simultaneamente, este mesmo sentido ou auto-percepção, é um produto da nossa própria concepção de “memória” que depende daquilo que em determinado contexto de tempo ou lugar é valorizado como tal. Algumas destas concepções têm-se modificado ao longo da história e em diversos contextos culturais, tal como as práticas através das quais as memórias são recuperadas, interpretadas e narradas. Vários autores referem que, a PTSD é um produto histórico com pretensões nosológicas ou descritivas, que surgiu da necessidade de tratar o sofrimento interiorizado pelos militares americanos durante a guerra do Vietname e que tem acarretado como consequência, enormes vantagens financeiras para a indústria farmacológica que produz os medicamentos que supostamente apaziguam os sintomas a ela associados. Menciona ainda Young: (...) *This general accepted picture of PTSD, and the traumatic memory that underlies it, is mistaken. The disorder is not timeless, nor does it possess an intrinsic unity. Rather it is glued together by the practices, technologies, and narratives with which it is diagnosed, studied, treated, and represented,*

---

<sup>19</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*

<sup>20</sup> A PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder, foi adoptada pela AAP como parte integrante da sua nosologia oficial, em 1980.

*and by the various interests, institutions, and moral arguments that mobilized these efforts and resources (...) (Young, 1995).*

Uma das principais recomendações de Mollica (2006) na utilização das histórias de trauma enquanto elemento fundamental para o apaziguamento do sofrimento consiste na sintonia cultural, ou seja, na atenção dada às diversidades culturais, uma vez que as noções de trauma, sofrimento ou doença, e respectivas causas, possuem significados diversos de acordo com os contextos, não devendo portanto existir uma tradução literal das narrativas, sob pena de se distorcer o diagnóstico conducente ao tratamento terapêutico.

### **Factores subjacentes à interpretação do trauma**

*O trauma exige uma constante redefinição dos limites do sentido. Designar uma experiência como traumática não é ficar aquém ou além da história numa sujeição ao absurdo ou ao transcendente de uma natureza humana cujo perfil nos escapa. Trata-se de uma maneira de contornar a ameaça da intransitividade que parece pairar em tudo o que se situa nas fronteiras do que pode ser dito. (Quintais, 2005).* Compreender o trauma exige pois que consideremos a interacção de processos em diferentes níveis de tempo. A complexidade destas interacções, e dos esforços permanentes dos indivíduos para se colocarem a si próprios de maneira a que sejam socialmente valorizados, resulta em muitas narrativas por vezes antagónicas. Posicionarem-se no papel de vítimas perante as instituições de saúde, omitindo o papel de perpetradores quando por vezes ele também existe (ainda que este lado possa ter igualmente consequências traumáticas), revela a decisão de privilegiar apenas uma narrativa – a versão da história com a qual

conseguem lidar – e reflecte valores e interesses que podem ser explicados num contexto social determinado, como é o de uma sociedade democrática.

Segundo Gregory J. Quirk, Mohammed Milad, Edwin Santini e Lelimer Leblón (Kirmayer, 2007), a maior parte das pessoas que experienciaram um trauma não desenvolvem PTSD. Isto significa que a grande maioria das pessoas são altamente resilientes face ao trauma, possuindo inclusive, como refere Mollica (2006), a capacidade de se curarem a si próprios através daquilo que ele designa por *power of self healing*, recorrendo a actividades como a prática religiosa e espiritual e o altruísmo, por exemplo. Salvaguardando a ausência de avaliação psicológica efectiva de alguns refugiados entrevistados, mas atendendo à sua história de vida / história de trauma no passado, e o actual percurso já em Portugal, podemos confirmar sem grande margem de erro que efectivamente, existem casos de salutar gestão dos sentimentos, atitudes e vivências do quotidiano que denotam a capacidade para *self healing*. É de salientar contudo que estes casos estão na sua maioria relacionados com duas situações: ou a existência de um núcleo familiar estável e o início de um percurso profissional satisfatório, ou ainda a existência de um suporte afectivo (família ou rede de apoio que a substitui). Em ambos os casos, existe por vezes, um certo evitamento em relação ao convívio com outros refugiados, como se a presença destes, trouxesse à memória o difícil passado. Também por outro lado, e relativamente aos primeiros tempos de permanência no Centro de Acolhimento de Refugiados, poderão ser levantadas questões relacionadas com a identidade: para além da partilha do sofrimento, que outras partilhas se poderão dar, num contexto em que as diferenças culturais, sociais, económicas ou religiosas chegam a ser tão díspares?<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Alerto para o facto de que a continuação da investigação sobre esta matéria, poderá futuramente trazer novos dados que permitam esclarecer melhor as ligações quase confidenciais que colocam em relação os refugiados com os requerentes de asilo residentes no CAR. Contudo pode-se afirmar que grande parte

Outro elemento fundamental é a confiança ou, dito por outras palavras, a empatia desenvolvida entre o paciente e o terapeuta. Este aspecto não pode ser desvalorizado, na medida em que existe uma relação biunívoca e reflexiva entre um e outro sujeito, concorrendo ambos para a eficácia da cura. O enquadramento biológico, sociocultural, político e religioso, são igualmente considerados como fazendo parte integrante do processo, constituindo o cenário onde o sofrimento se revela e a cura se deseja.

Autores como Arthur Kleinman (1994), referem-se ao sofrimento da seguinte forma: “o sofrimento, é o resultado de um processo de resistência (rotinizado ou catastrófico) no fluxo da existência. É o lado negro da existência com as suas consequências morais ou sintomáticas...”<sup>22</sup>

Também Veena-Das (2001), afirma que, muitos dos que encaram um sofrimento profundo, experienciam um mundo caótico e aleatório. O processo que leva a suportar um sentimento de perda quotidiana, as ameaças e a brutalidade das privações, passam a constituir experiências marcadas por um sentimento de terror, desolação e alienação.

Silove, manifesta igualmente a preocupação relativa ao uso excessivo da abordagem focada na PTSD para a avaliação do trauma em refugiados. Segundo ele, numa perspectiva transcultural, têm-se vindo a apresentar alguns questionamentos sobre a validade de aplicação do “modelo ocidental do trauma” (PTSD) nalgumas culturas e sociedades onde prevalecem os abusos políticos (Bracken et al., 1995; Simpson, 1993; Summerfield, 1997). As críticas referem que a preocupação ocidental com a PTSD pode reflectir uma excessiva “medicalização” aplicada a angústias e sofrimentos compreensíveis. Uma posição alternativa, afirma que a PTSD pode não cobrir a complexidade das respostas psicológicas que surgem das graves violações aos direitos humanos (Herman, 1993; Silove, 1996). Os progressos neste campo de pesquisa

---

destas relações subsistem ou pela partilha de histórias de vida semelhantes no mesmo país de origem, ou com maior relevância, pela classe de idade (jovens e adolescentes).

<sup>22</sup> Tradução livre.

requerem estudos ilustrativos adicionais, que façam uso de modelos conceptuais mais alargados, os quais possam fornecer mais dados a partir do campo.

Existem igualmente vulnerabilidades e factores de protecção que podem, ou não, influenciar a resposta individual ao trauma. Por exemplo, um historial de distúrbios mentais anteriores parece ser, segundo alguns psiquiatras, factor de risco de futuras sequelas psiquiátricas em refugiados. Por outro lado, a fé religiosa, o compromisso com causas políticas, ou a preparação psicológica para a tortura (no caso de militantes políticos clandestinos a operar em regimes opressivos), são factores que sugerem providenciar alguma protecção contra consequências psicológicas adversas (Alden et al, 1996; Basoglu e tal., 1996, 1997; Holtz, 1998; Shrestha et al. 1998). (Silove, 1996)

Alguns factores culturais em comunidades não ocidentais, podem igualmente fornecer protecção parcial contra o sofrimento mental. Tal é o caso de diversos contextos específicos moçambicanos (ex: planalto da Gorongosa), onde em situações de pós-guerra, o sofrimento de um membro da comunidade é resolvido por toda a comunidade através do envolvimento desta, em rituais de cura colectivos. A cura é entendida como o restabelecimento da harmonia social da pessoa. Também é necessário referir que segundo a exegese do sofrimento local, nada acontece por acaso e a dicotomia entre corpo e mente não existe sequer. (Igreja, V. 2008)

Num contexto pós-traumático, a perda das redes sociais de apoio, bem como a separação dos membros da família, são factores marcantes que podem contribuir para a perpetuação de sintomas de sofrimento mental, particularmente de depressão, alheamento e tristeza. A idade, a desadaptação linguística, a adversidade social e económica e o receio de repatriamento, podem ser, ainda segundo Silove, factores que contribuem negativamente para a recuperação do sofrimento mental e outras formas de stress psicossocial em refugiados e requerentes de asilo. Entre refugiados, existe

igualmente evidência da prevalência de outros problemas psiquiátricos, tais como as desordens depressivas, as quais podem ser mais comuns do que os definidos como pertencentes a um diagnóstico de PTSD (Mollica et al., 1993, pag 203).

São ainda comuns os registos dos seguintes sintomas entre refugiados e requerentes de asilo: falta de motivação, instabilidade afectiva, enfraquecimento cognitivo, alterações de comportamento, somatização, momentos de fúria, culpa e vergonha, dificuldade de relacionamentos interpessoais, e uma tendência geral para a revitimização. Estas características possuem eco empírico entre os refugiados e requerentes de asilo entrevistados, sendo a falta de concentração e a dificuldade de memorização de tarefas correntes, alguns dos lamentos mais referidos, mesmo no caso de refugiados jovens. Paralelamente, alterações de comportamento que segundo os técnicos que prestam serviço de apoio<sup>23</sup> aos refugiados e requerentes de asilo, oscilam entre a docilidade excessiva e a agressividade, podem ajudar a compreender o sofrimento provocado pelas situações extremas a que anteriormente foram sujeitos bem como a decepção por não conseguirem comunicar com os técnicos sobre as suas verdadeiras necessidades e preocupações. Será contudo necessário analisar estas demonstrações de sofrimento, não como manifestações de carácter patológico que encontram resolução terapêutica na eventual administração de fármacos, mas como a reacção natural a estímulos negativos exógenos, proveniente de desajustamentos sociais e desadaptação a um contexto ecológico do qual não logram reconhecer e interpretar as lógicas e os sinais. Será este ambiente social e institucional sentido como hostil que constitui o lugar a partir do qual as manifestações de sofrimento mental se revelam.

---

<sup>23</sup> (CPR; SCLL; SS)

A tortura física e mental, representa um exemplo extremo da violação dos direitos humanos, durante a qual o perpetrador ameaça violenta e deliberadamente a vítima, e a desumaniza, humilha e degrada. A traição e a denúncia, obrigam as vítimas a fazer escolhas forçadas e impossíveis, entre alternativas igualmente repreensíveis. São frequentes os casos de crianças-soldado que foram obrigadas a escolher entre matar um familiar ou sobreviver. O que acontece posteriormente – nomeadamente a assistência jurídica desadequada ou a falta de apoio social moldado às necessidades e idiossincrasias pessoais – contribui para a exacerbação do sentimento de injustiça, que pode conduzir a incompreendidos comportamentos agressivos. Por outro lado, estes comportamentos não devem também ser abordados numa perspectiva patologizadora, mas de reivindicação sociopolítica. Encontra-se aqui subjacente o direito à indignação perante a incompreensão dos conteúdos herméticos das normas e obrigações relacionadas por exemplo, com indeferimentos de solicitações de apoio do Rendimento Social de Inserção (já referidas anteriormente), transmitidas em cartas institucionais dirigidas aos refugiados, as quais, de forma sistemática, não contemplam as barreiras linguísticas e culturais, entaves à compreensão dos seus conteúdos e, conseqüentemente, à inserção dos refugiados na sociedade portuguesa.

### **Considerações finais: outras abordagens e perspectivas**

Fica ainda em aberto uma outra perspectiva que não deve ser descurada: a da importância da religião e da espiritualidade no processo de cura de vítimas de trauma. Na recolha etnográfica das narrativas de trauma, bem como nas abordagens terapêuticas dos refugiados, explorar as suas crenças e práticas religiosas não significa que partilhemos ou não dessas crenças. Poderemos usar o nosso entendimento ou

conhecimento de práticas religiosas no sentido de facilitar a obtenção da cura, daqueles para quem o factor religioso possui um significado holístico. Neste domínio, como em tantos outros, do ponto de vista de um trabalho de recolha etnográfica em profundidade, muito caminho está ainda por percorrer.

Para finalizar, uma abordagem que coloque o eixo fulcral nas história de vida / histórias do trauma, e que aqui propusemos, advém de um modelo médico não existente ainda em Portugal e que incorpora para além da abordagem antropológica, a terapêutica, a investigação científica, a formação, a valorização dos recursos (empowerment) e a identidade recriada do próprio refugiado e sua incorporação, como um dos elementos fundamentais do tratamento culturalmente sensível. Também aqui, muita coisa está por fazer em Portugal, no domínio da pesquisa científica e das respostas terapêuticas. Esse trajecto passa enfim, pela transformação das histórias de trauma em narrativas de novas histórias que possam ser contadas não através da manifestação de sentimentos de vergonha e humilhação, mas de dignidade e orgulho, através de um caminho feito de vontades e escolhas deliberadas.

Lisboa, Março de 2009

## Notas Bibliográficas:

American Psychiatric Association, 1980. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM – III*). Washington, D.C.

ARENDDT, Hannah, 2004, *Eichmann em Jerusalém. Uma reportagem sobre a banalidade do mal*, Coimbra, Ed. Tenacitas (2ª edição),

BECKER, David “Dealing with the Consequences of Organised Violence in Trauma Work”  
<http://www.berghof-handbook.net> © Berghof Research Center for Constructive Conflict Management - Edited version Aug 2004 (First launch Jan 2001)

CSORDAS, Thomas J. 1994, *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Ed.: Cambridge Studies in Medical Anthropology

DAS Veena, KLEINMAN, Arthur, et al, 2000, *Violence And Subjectivity*, Ed., University of California Press

\_\_\_\_\_, KLEINMAN, Arthur, LOCK, Margaret, (2001), *Remaking a World: Violence, Social Suffering, and Recovery*, Edição de University of California Press

FASSIN, Didier e MEMMI, Dominique Memmi, 2004, *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'EHESS.

\_\_\_\_\_, 2004, *Des maux indicibles: sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte

\_\_\_\_\_, 2007, *Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies*, *ETHOS* Vol. 35, Issue 3, pp. 300–329, ISSN 0091-2131 online ISSN 1548-1352. © by the American Anthropological Association.

FOUCAULT, Michel, 2008, *Nascimento da Biopolítica*, Coleção Trópicos, Ed. Martins Fontes, São Paulo, Brasil

GOFFMAN, Ervin, 1963, *Stigma: Notes of the Management of Spoiled Identity* Prentice-Hall

IGREJA, V., Dias-Lambranca, B. and Richters, A. (2008). *Gamba spirits, gender relations and healing in post-civil war Gorongosa*, Mozambique. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 14: 350-71.

MOLLICA, Richard, 2006, *Healing Invisible Wounds: Paths to Hope and Recovery in a Violent World*, . Vanderbilt University Press, Nashville

\_\_\_\_\_, 2008 - 2009, “Global Mental Health – Trauma and Recovery”; Massachusetts General Hospital – Harvard Program Refugee Trauma

\_\_\_\_\_, 2006, *Healing invisible wounds – Paths to Hope and Recovery*; Vanderbilt Associated Press, Nashville, USA

KIRMAYER, Laurence e ROBBINS J. James M, 1991, *Current Concepts of Somatisation: Research and Clinical Perspectives*, Edição de American Psychiatric Pub.

\_\_\_\_\_, 2007, *Understanding Trauma, Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*; Ed. Cambridge University Press

KLEINMAN, Arthur, 1988, *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Edição de Basic Books, Original da Universidade de Michigan

\_\_\_\_\_, et, al, 1994, *Pain as human experience: an anthropological perspective*, University of California Press. Berkeley. (Tradução livre)

QUINTAIS, Luís, 2000, *As guerras coloniais portuguesas e a invenção da história: memória e trauma numa unidade psiquiátrica*. Lisboa, Ed. Instituto de Ciências Sociais

\_\_\_\_\_, 2005/2006, “A morte do sentido: as experiências traumáticas de guerra e os limites do humano, *Antropologia Portuguesa*, Vol. 22/23: 41-49

SILOVE, Derrick, 1999, *The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma. Toward an Integrated Conceptual Framework*, 0022-3018/99/1874-20003.00/0: *The Journal of Nervous and Mental Disease* Copyright, by Lippincott Williams & Wilkins

SHEPER-HUGHES, Nancy e LOCK, Margaret (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly* (1:6-41)

\_\_\_\_\_ 2008 [1954], *Mental Illness and Psychology*, University of California Press, USA

YOUNG, Allan, 1995, *The Harmony of Illusions. Inventing Post- Traumatic Stress Disorder*. Ed. Princeton University Press, , New Jersey