Departamento de Antropologia

REFUGIADOS E REQUERENTES DE ASILO EM PORTUGAL: CONTORNOS POLÍTICOS NO CAMPO DA SAÚDE

Maria Cristina Santinho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Antropologia, especialização em Antropologia Urbana

Orientadora:

Doutora Clara Carvalho

Professora Auxiliar do Departamento de Antropologia

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Co-orientadora:

Doutora Chiara Pussetti

Investigadora Auxiliar do Centro em Rede de Investigação em Antropologia

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Antropologia

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Composição do júri:

Doutora Cristiana Bastos

Investigadora Principal do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Doutor António José Feliciano Barbosa

Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Doutora Sílvia Rodriguez Maeso

Investigadora Auxiliar do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Doutora Clara Carvalho

Professora Auxiliar do Departamento de Antropologia do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Chiara Pussetti

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Antropologia do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Maio de 2011

Ilustração 1 – Dor no peito

"Todas as noites tenho esta dor no peito…"

Refugiados e requerentes de asilo em Portugal:

contornos políticos no campo da saúde

Resumo: A presente dissertação foca-se na temática dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, tomando como ponto de partida as condicionantes políticas que regulam o seu acolhimento, permanência e mobilidade, na perspectiva específica da saúde. A partir de um trabalho de campo realizado em continuidade – tanto no Centro de Acolhimento de Refugiados (estrutura integrante do Centro Português para os Refugiados), como já fora dele, acompanhando os percursos de vida dos requerentes de asilo – pretendo demonstrar quais as principais contradições entre a Lei de Asilo e a realidade vivida por pessoas em sofrimento. Apesar do seu número irrisório, comparativamente à maioria dos países do Espaço Schengen, mas também em relação à população imigrante e à população portuguesa, os refugiados e requerentes de asilo estão longe de poder usufruir plenamente de um acesso à saúde física e mental adequada às necessidades específicas de pessoas eventualmente traumatizadas por situações de guerra, conflito e demais atentados aos direitos humanos. A invisibilidade no contexto da sociedade portuguesa, e por vezes o deficiente apoio das instituições que assumem a responsabilidade da sua integração, aliados a serviços de saúde também inadequados para as suas particularidades, remetem-nos para uma sequência de sofrimento que contribui para uma maior dificuldade de integração.

Palavras-chave: refugiados, requerentes de asilo, saúde, direitos humanos, leis, instituições.

Summary: This dissertation focuses on refugees and asylum seekers in Portugal. Departing from an approach to health, it reflects upon the political limitations and constraints that determine and regulate these individuals' arrival, permanence and mobility. Through continuous fieldwork conducted in and out of the Host Refugees Centre (a structure incorporated in the Portuguese Centre for Refugees, CPR) and by accompanying asylum seekers and listening to their life stories, I intend to demonstrate the existing contradictory aspects between the legislative level and the reality refugees and asylum seekers experience in the process of requesting and being granted asylum. Despite the derisive number of asylum seekers and refugees, comparatively to most other Schengen area countries, and inclusively in regard to the Portuguese and immigrant population, these individuals are far from fully accessing their right to adequate physical and mental health that attends their particularities, namely the eventual consequences of traumas related to the experience of warfare, conflicts as well as other Human Rights violations. Refugees and asylum seekers' invisibility in the Portuguese context and the uncertain support from institutions that are responsible for their integration, allied to the inadequacy of medical health services, constitute some of the reasons which enable the continuity of these individuals' suffering and enlarge the difficulties towards their integration. Nevertheless, the pursuit of a dignified future and the will to share their knowledge with the hosting society leads to situations in which these individuals refuse the victim label, thus investing in new forms of resilience, and claim for their rights within the Portuguese society.

Keywords: refugees, asylum seekers, health, Human Rights, laws, institutions.

Agradecimentos

Em quatro anos de duração desta tese, houve muitas e muitas pessoas que, de uma forma ou outra, me ajudaram a abrir caminhos e superar dificuldades, e a quem quero por isso agradecer. Entre todas, nomeio algumas que adquiriram para mim uma especial importância. Começo por agradecer à minha família: ao Carlos, à minha filha Marta, à minha irmã Bé, aos sobrinhos e cunhados. Deram-me espaço, tempo, paciência e, sobretudo, amor e bons cozinhados que me alimentaram o corpo e me deram alento. Ainda relativamente à família, agradeço particularmente à Sara por ter sabido ilustrar com tanto talento cada capítulo da tese que ia lendo, e ao Seny por me ajudar a compreender que o conceito de família vai muito para além de qualquer definição imposta pelas normas.

Agradeço também aos amigos próximos e distantes, por múltiplas razões. À Alice Viola e à Teresa Albino, por pertencerem à categoria dos "amigos/família" e estarem sempre presentes desde que iniciei os caminhos da antropologia. Também à Paula Lopes, que, para além de se enquadrar também nesta categoria, me ajudou a distrair da tese, arrastando-me de vez em quando para um "cineminha" compensatório. À Anita Mantecón e à Georg Aguerre, porque foi numa célebre conversa num almoço turístico em Lisboa, que me ajudaram a decidir pelo tema dos refugiados. À Iolanda Évora, que, entre permanentes arrufos pícaros e muitas gargalhadas, teve a paciência de ir lendo cada capítulo, acelerando-me o ritmo da escrita, com a sua célebre expressão: "ó Cris! tens que dar um pau nisto, pá!". À Chiara, pelas longas e íntimas conversas no *chat*, ou nas viagens e festas onde também partilhávamos risos e *Marlboros*, mas, acima de tudo, por me ter aberto os caminhos da antropologia médica. Agradeço também à Joaninha (Santos) e à Margarida Moz, amigas mais recentes, mas a quem reservo o afecto que se dedica àquelas pessoas muito especiais, que connosco partilham um pedaço da história de vida que vai marcar "o resto das nossas vidas". Relativamente às outras "meninas" que comigo dividiram o mesmo local de trabalho, a famosa "cave", refiro-me à Inês Lourenço, à Catarina Frois e à Paulinha (Togni), com quem partilhei boas conversas regadas por alguma "cusquice" e gargalhadas, para além de agradecer também, em particular às duas primeiras, os bons conselhos académicos.

Agradeço às minhas orientadoras Clara Carvalho e Chiara Pussetti os comentários perspicazes, os elogios que me deram fôlego para continuar e sobretudo, por me terem "obrigado" a organizar as ideias e a escrita. Agradeço também ao "pessoal do CRIA", por me ter proporcionado as facilidades necessárias para trabalhar, nomeadamente à Manuela Raminhos (a eterna despistada), à Catarina Mira, por me dar uma ajuda mais que preciosa nos labirintos insondáveis das referências bibliográficas e, claro, à Antónia Lima, pela sua disponibilidade para me ouvir e "ler".

Um agradecimento particular a alguém que há muitos anos me inspira e de quem tenho o imenso privilégio de ser amiga: Nestor Garcia Canclini. Também à Maria Penha, por me dar bons conselhos desde a (já não, tão) longínqua, São Paulo. Também à Bárbara Mesquita, à Umme Salma à Camila Rodrigues e à Beatriz Padilla, por me aturarem nas conversas e preocupações sobre os refugiados.

Já num âmbito mais institucional, agradeço a Afonso de Albuquerque e também à Maria Teresa Mendes, à Isabel Sales, e à Dora, por terem aberto as portas do CPR à minha pesquisa. Quanto à Isabel Galvão, um agradecimento sublinhado, por colocar o coração e a solidariedade no empenho com que trabalha com os refugiados.

Agradeço também a Bolsa de Doutoramento (SFRH/BD/30174/2006) proporcionada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

O meu agradecimento especial vai para todos os refugiados com quem trabalhei nestes últimos quatro anos. Ensinaram-me o que são vidas de coragem, luta e resiliência. Nomeio apenas alguns, por constarem também agora no role dos amigos: a Kader, o Emanuel Kelekele, Asif, Diaby, Yana, Nasri, Sherif, Dennis, Ajet, Cisse e todos os do grupo de teatro RefugiActo. Todos eles ficarão sempre no meu coração.

Dedico esta tese ao meu pai,
por me ter ensinado a importância da palavra justiça.

Índice

Introdução 1

Motivação 1
Em torno do conceito de refugiado 3
Hipótese de pesquisa 4
Período temporal e enquadramento metodológico 6
Organização da tese e objectivos por capítulos 8

Capítulo 1 – Contexto político dos refugiados na contemporaneidade 14

1.1 – Breve história dos refugiados no mundo 14
1.2 – História dos refugiados em Portugal 19
1.3 – Dados numéricos sobre refugiados e requerentes de asilo 23
1.4 – Contornos legislativos relativos a refugiados e requerentes de asilo 32
1.5 – Lei de Asilo e saúde 41

Capítulo 2 – Intersecções conceptuais no campo dos refugiados e da saúde 43

2.1 – Entre normas jurídicas e realidades sociais 43
2.2 – Desbravando o campo das emoções 44
2.3 – A escassez dos estudos sobre refugiados e requerentes de asilo em Portugal ... 46
2.4 - Sobre o conceito de refugiado 50
2.5 – O contexto português 54
2.6 – Antropologia médica e biomedicina 62
2.7 – Desenvolvimento de novas estratégias de acesso a cuidados de saúde 68
2.8 – A construção moral da doença 71
2.9 – Entre direitos humanos e humanos sem direitos 74
2.10 – Quando o conceito de cultura se torna redutor 81
2.11 – Condicionalismos do sistema médico e procura de soluções alternativas 83
2.12 – A nosologia ocidental e a categorização do diagnóstico 88
2.13 – Entender a pessoa para além do sintoma 94
2.14 – A saúde mental e os enfoques teóricos da etnopsiquiatria 97
2.15 – Os referentes culturais como *locus* de "sintomas" 106
2.16 – A construção social da emoção 109
2.17 – A volatilidade do sistema de asilo 116

Capítulo 3 – Condicionantes do acolhimento institucional 118

3.1 – Conselho Português de Refugiados e Centro de Acolhimento de Refugiados: o primeiro lugar de asilo 118
3.2 – O Centro de Acolhimento de Refugiados 125
3.3 – Condicionalismos da localização do CAR 130
3.4 – O acesso aos cuidados de saúde 131
3.5 – Estratégias de relacionamento dos refugiados no interior do CAR 135
3.6 – Entre técnicos e refugiados: experiências etnográficas e metodológicas no contexto institucional 142

Capítulo 4 – Labirintos do trauma: a verbalização do sofrimento nos refugiados em Portugal 156

4.1 – A história de S 156
4.2 – História de vida como verbalização do sofrimento 161
4.3 – O corpo como locus de políticas de integração e exclusão 168
4.4 – Causas e consequências da somatização 169
4.5 – Entre escuta institucional e escuta terapêutica 179
4.6 – Usos e significados dos conceitos: "sobrevivência", "trauma" e "história do trauma" 184
4.7 – Factores subjacentes à interpretação do trauma 188
4.8 – A espiritualidade como processo de cura 192

Capítulo 5 – Crianças e jovens requerentes de asilo em Portugal 199

5.1 – A história de T 199
5.2 – Quando a idade é imposta pelo raio-x 204
5.3 – Menores não acompanhados: o estado perfeito da liminaridade 209
5.4 – A memória como património e performance 213
5.5 – Da fuga ao pedido de asilo e daí à clandestinidade 215
5.6 – Lugares de referência e identidades forjadas 218
5.7 – (Re)significação familiar como processo de integração 223
5.8 – Negociando identidades, representando etnias 227

Capítulo 6 – O asilo no feminino 231

6.1 – Luta, resistência e resiliência 231
6.2 – Procurando um papel no contexto social 243
6.3 – Atitudes e diversidades no cenário feminino 246
6.4 – Riscos das mulheres refugiadas em contextos de guerra, fuga e asilo 248
6.5 – Ouvindo o corpo 254
6.6 – Esquecendo o passado: memória e sofrimento 260

Capítulo 7 – Saindo da invisibilidade 263

7.1 – A vida em dois actos: o grupo de teatro RefugiActo 263
7.2 – O teatro como forma de apaziguamento e espaço reinvindicativo 270
7.3 – A Associação de Refugiados em Portugal 276

Conclusão 289

Bibliografia e fontes 295

***Curriculum Vitae* 314**

Índice de quadros

Quadro 1 – Sistematização do número de pedidos de asilo em Portugal, 1995-2009 26
Quadro 2 – População de refugiados em quatro países europeus, 2000-2009 27
Quadro 3 – Número e proveniência dos pedidos de asilo em Portugal, 2002-2009 30
Quadro 4 – Pedidos de asilo efectuados por menores desacompanhados, 2000-2007 204

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Número de pedidos de asilo em Portugal 25
Gráfico 2 – Número total de refugiados e requerentes de asilo na Europa, 1995-2004 34

Índice de fotografias

Fotografias 1 a 3 – Instalações do Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR/CPR), Bobadela. 118

Índice de ilustrações

Ilustração 1 – Dor no peito ii
Ilustração 2 – Avaliando a performance do requerente de asilo 13
Ilustração 3 – Pesadelos 70
Ilustração 4 – Outros saberes da cura 80
Ilustração 5 – O determinismo do diagnóstico 89
Ilustração 6 – Por detrás dos sintomas 133
Ilustração 7 – Arrancado do contexto 158
Ilustração 8 – A hegemonia da biomedicina 179
Ilustração 9 – Memórias 212
Ilustração 10 – Outras interpretações do corpo 232
Ilustração 11 – Saindo da invisibilidade 276

(Autora das ilustrações: Sara Serrão)

Lista de abreviaturas

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ACS – Alto Comissariado da Saúde
AJPAS – Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável
AMA – American Medical Association
APA – American Psychiatric Association
ARP – Associação de Refugiados em Portugal
CAR – Centro de Acolhimento para Refugiados
CAVITOP – Centro de Apoio a Vítimas de Tortura em Portugal
CGD – Centre George Devereux
CFPSA – Centro de Formação Profissional para o Sector Alimentar
CICDR – Comissão para a Igualdade e Contra a Discriminação Racial
CNR – Comissariado Nacional para os Refugiados
CPR – Conselho Português para os Refugiados
DGS – Direcção Geral de Saúde
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECRE – Conselho Europeu para os Refugiados e Exilados
EMGFC – Estrutura de Missão para a Gestão de Fundos Comunitários
EURODAC – European Dactyloscopy
EUROSTAT – European Statistics
FER – Fundo Europeu para os Refugiados
GARSE – Gabinete de Assuntos Religiosos e Sociais Específicos
GIS – Grupo de Imigração e Saúde (Associação)
IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional
IHMT-UNL – Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa
IARNE – Instituto de Apoio aos Retornos Nacionais
IRN – Instituto de Registos e Notariado
ISSS – Instituto da Solidariedade e Segurança Social
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MAI – Ministério da Administração Interna
MJ – Ministério da Justiça
MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OI – Observatório da Imigração
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental

ONGD – Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

PKK – Partiya Karkerên Kurdistan (Partido dos Trabalhadores do Curdistão)

PROSAUDESC – Associação Pró-Saúde e Educação Socio-Cultural

PTSD – Post Traumatic Stress Disorder (ou Post Traumatic Syndrom Disease)

PVDE – Polícia de Vigilância e Defesa do Estado (PIDE)

RVCC – Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNHCR – o mesmo que ACNUR

UNIVA – Unidade de Inserção na Vida Activa

WHO – o mesmo que OMS

INTRODUÇÃO

> "I'm not sure I can tell the truth…, I can only tell what I know."
> (Clifford 1986: 8)

Esta tese aborda a temática dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal e as problemáticas a eles associadas, tanto no ponto de vista da saúde como dos direitos humanos. Pretendeu-se fazer o levantamento dos contornos legais tanto internacionais como nacionais que constituem o cenário a partir do qual se configuram os aspectos sociais e culturais destes migrantes, de modo a perceber qual a relação entre as leis, as práticas políticas e as práticas institucionais que os condicionam.

Motivação

Hoje entendo qual a razão subjectiva que me conduziu à escolha temática dos refugiados. Existe um princípio e um fim, tal como há uma lógica e uma sequência na tendência para investigarmos um determinado assunto, ou para fazermos o que fazemos num determinado contexto, seja ele académico ou não. Percebi, por exemplo, que se não tivesse vivido há muitos anos atrás uma experiência-limite, talvez não me tivesse empenhado neste tema, a ponto de fazer dele o meu interesse primordial no actual contexto académico.

Em 1985, três dias após a minha chegada à Cidade do México, onde iria fazer o mestrado em Antropologia, o mundo à minha volta ruiu. Era manhã, tinha acabado de despertar numa casa alugada no dia anterior, sentia aquela excitação própria da jovem antropóloga que inicia uma nova aventura num mundo desconhecido, do qual ainda não conhece os referentes. Subitamente, um ruído avassalador envolveu todo o espaço, ao mesmo tempo que as paredes e o chão se moviam à volta, transformando as linhas verticais e horizontais numa ilusão psicadélica. Atordoada, mas aliviada por nada me ter acontecido, o primeiro impulso foi pegar no telefone (os telemóveis estavam ainda a alguns anos de serem massificados) e ligar para a família em Portugal para contar a minha primeira experiência na grande Cidade do México. Lembro-me de ter ficado surpreendida por não haver comunicações e algo receosa pela minha família, pois se soubesse do terramoto pelas notícias da televisão, e não por mim, certamente teria razões para pensar que algo de grave me havia acontecido. Num misto de excitação,

temor e curiosidade, decidi pegar na máquina fotográfica, no passaporte e num mapa, para procurar a Embaixada de Portugal e aí me reportar, com a intenção de que, pelo menos por via diplomática, a família e os amigos soubessem que nada me havia sucedido. Contudo, nada do que vi, senti e cheirei, na confusão do meu extenso e caótico trajecto daquele dia, e dos longos meses que se seguiram, me sairia jamais da memória. O caos mostrava-se em cada rua e avenida. Arranha-céus destruídos, ou caindo lentamente em destroços que se despenhavam das alturas; amontoados de pedras e ferro torcido onde antes havia casas; estradas interrompidas por brechas abertas no solo com vários metros de largura e profundidade; carros caídos a pique nas crateras, alguns ainda com ocupantes tentando sair; pessoas gritando pelos nomes de amigos e familiares desaparecidos; homens, mulheres e crianças deambulando com roupas ensanguentadas; pessoas com olhar fixo e perdido no nada; grupos organizados de bombeiros e cães, procurando sobreviventes nos destroços. Este cenário apocalíptico manteve-se por muitos, demasiados dias. O cheiro a morte atingia-nos a todos com a força de um raio. Ainda hoje, vinte e cinco anos depois, me lembro daquele cheiro nauseabundo.

A destruição repentina de tudo à minha volta, a ausência de referentes geográficos, o desconhecimento da estrutura institucional e logística daquela cidade gigantesca, a dificuldade de um idioma que não dominava, a solidão imposta pela ausência de amigos com quem partilhar o sofrimento que me rodeava e, ainda, o isolamento forçado pela impossibilidade de qualquer comunicação durante cerca de um mês e meio,[1] aproximou-me empaticamente, sei-o hoje, dos refugiados que, passando por situações aparentemente semelhantes (embora não devidas às mesmas razões), me confiaram as suas histórias de sofrimento.

A temática dos refugiados impôs-se-me a princípio, não de forma racional, ou conforme com esta experiência-limite. Começou por ser simplesmente uma das minhas "curiosidades antropológicas" no meio de um campo mais vasto com que já trabalhava há muitos anos: o dos imigrantes. Foi apenas depois de ouvir algumas das narrativas dos refugiados e de presenciar a sua desorientação nos primeiros tempos de asilo que me dei conta de que aquelas imagens e sentimentos descritos não me eram completamente estranhos. A minha experiência-limite deveu-se a causas naturais, não havendo portanto

[1] Só passado esse tempo pude finalmente ligar para Portugal, não a partir da Cidade do México que manteria as ligações telefónicas cortadas por cerca de mais três meses, mas a partir de Oaxaca, uma pequena cidade perto da costa do Pacífico).

nada nem ninguém que a pudesse evitar. A experiência-limite dos refugiados tem uma causa concreta, tem um rosto, e esse rosto é sempre o da guerra, do exercício prepotente do poder, resultando na injustiça, humilhação, caos, destruição, perda de vidas, aniquilação de laços sociais e familiares, sofrimento. No que se refere aos últimos aspectos, senti que, embora originado por circunstâncias diferentes, já havia presenciado e experienciado algo semelhante. Porém, não pretendo insinuar que para a compreensão e análise do terreno etnográfico composto por temáticas como a dos refugiados, seja necessário ao antropólogo passar por experiências-limite semelhantes.

Esta reflexão subjectiva terá eventualmente orientado a escolha temática desta tese. Optei por referi-la para proporcionar ao leitor um conhecimento panorâmico dos condicionantes da minha escolha, sublinhando as subjectividades inerentes à crítica das leituras científicas que realizei, à perspectiva política que adopto, inclusivamente à ética que me guia. Poderia não o mencionar, mas suponho que, deste modo, existirá uma coerência maior entre o trabalho do antropólogo, a sua escrita e a interpretação feita por quem lê. O resultado desse trabalho é o que passarei agora a descrever.

Em torno do conceito de refugiado

Como iremos ver, os refugiados fazem parte daquilo que comummente se designa como "migrantes forçados". Hoje em dia, é difícil e indesejável categorizar com precisão quem emigra por razões alheias à sua vontade. De um modo geral, poderemos admitir que existe uma diferença entre refugiados e imigrantes e que essa diferença reside no facto de os refugiados oriundos de lugares de guerra e devastação (até climática) não poderem regressar – num tempo que se prevê longo – aos lugares de onde foram obrigados a partir, sob o risco de perderem a própria vida. Contudo, a diferença estabelecida entre "*imigrantes*", "*imigrantes indocumentados*", e, mais especificamente, "*refugiado*", "*requerente de asilo*", "*requerente de asilo com estatuto de residente por razões humanitárias*", "*deslocado interno*", ou mesmo "*requerente de asilo com autorização de residência provisória*", e ainda "*refugiado reinstalado*", faz parte de um léxico político-jurídico que contribui, em última instância, para barrar cada vez mais o acesso à protecção num país de asilo. Quando transpostas as fronteiras, particularmente as do espaço Schengen, não está tão-pouco garantida a protecção prometida por todos os países que assinaram a Convenção de Genebra.

As políticas europeias tendem cada vez mais a disseminar a ideia da existência de "fluxos migratórios" que invadem a Europa e, junto a esta ideia, surge uma outra: a da presença de "falsos refugiados" e "falsos requerentes de asilo". A generalização destes conceitos cria uma perigosa hierarquia entre as "verdadeiras" vítimas de perseguição política num extremo e, no outro, os que chegam à Europa por "meras" razões económicas, como se se pudesse atribuir uma desumana escala de sofrimento provocado pela guerra ou pela fome e pobreza extrema. Uns e outros são considerados frequentemente como *indesejáveis* (Agier 2008a), por constituírem, segundo as políticas xenófobas da maioria dos países europeus, pessoas dependentes, carenciadas de protecção, abrigo, integração, e que entraram na Europa atravessando fronteiras de modo ilegal (como é espectável que aconteça com a maioria dos requerentes de asilo). Com excepção dos *refugiados reinstalados*, que entram nomeadamente em Portugal com o estatuto de refugiados já garantido,[2] todos os outros que aqui requerem asilo (ou em qualquer outro país do Espaço Schengen) estão sujeitos a um longo e contínuo escrutínio por parte das polícias de fronteira e demais instituições legalmente responsáveis pelo requerente, que os empurra a maior parte das vezes, para uma situação liminar, ausente de apoios eficazes, e que os leva, por necessidade, a cruzar de novo fronteiras procurando melhores condições de sobrevivência num outro país europeu, ficando perdidos na malha de um sistema que os remete de novo para a ilegalidade.

Ao longo da tese, faço sobretudo uso do conceito de "*requerente de asilo*", uma vez que é essa a denominação legal (com o correspondente reflexo na vida quotidiana) da maioria dos meus interlocutores. Os refugiados, como veremos, são apenas uma minoria. Considero por isso importante a consciencialização de que em Portugal – e apesar de um número tão pequeno de requerentes de asilo, comparativamente a outros países europeus –, quando se fala de *refugiados*, fala-se na maioria das vezes de pessoas que estão longe de obterem um estatuto que lhes garanta os direitos de cidadania e que, mesmo vindo de lugares de guerra confirmados, estão igualmente longe de usufruírem da protecção proclamada pela Convenção de Genebra.

Hipótese de pesquisa

[2] A nuance destas classificações far-se-á ao longo do texto nos capítulos apropriados.

As hipóteses de pesquisa que aqui são levantadas vão em diversas direcções analíticas: uma das primeiras questões é que quando em Portugal se fala de "refugiados", escamoteia-se uma realidade bastante mais complexa e problemática: a esmagadora maioria dos refugiados neste país são efectivamente e apenas requerentes de asilo, o que desde logo lhes limita o acesso a uma plena integração no país que os recebeu e uma desprotecção sistemática dos direitos de cidadania. Uma outra hipótese decorrente desta situação é a de que por efeito dessa ausência de integração plena, são impelidos a sair de Portugal, procurando trabalho e redes sociais e familiares de apoio nos outros países europeus. No que diz respeito à saúde, as hipóteses levantadas são também múltiplas: a) a de que o seu sofrimento é sobretudo mental, ocasionado tanto pelo trauma no passado como pela angústia face ao presente; b) a percepção sobre doença, saúde e corpo pode desajustar-se ao tipo de medicina praticada em Portugal em particular por esta ser fundamentalmente orientada pelas práticas biomédicas; c) a saúde pode não constituir sequer uma das suas prioridades no contexto de asilo; d) não existem ainda em Portugal profissionais de saúde formados especificamente para as necessidades dos refugiados vítimas de guerras e torturas; e) esta ausência de competências específicas por parte dos prifissionais pode contribuir para o agravamento do estado de saúde dificultando consequentemente, o processo de integração.

Há que considerar ainda que uma boa parte da literatura internacional, e em particular a literatura produzida em França, foca a importância da dimensão da saúde no direito de asilo e no direito dos refugiados de obterem protecção e acolhimento. O "testemunho" do trauma tem implicações argumentativas por parte dos médicos – em particular daqueles que trabalham em Organizações Não Governamentais – que, em princípio, legitimam o direito ao asilo a quem o requer. No entanto, o argumento médico pode ter consequências tanto positivas como negativas nos procedimentos jurídicos da constituição do direito de asilo, sendo que a última decisão recai sempre nos decisores políticos responsáveis, em cada caso, pela autorização de permanência. O aspecto mais negativo deste argumentário médico é o de colocar o foco da legitimação, não nos fundamentos políticos que estão na base do pedido de protecção (vítimas de guerras, perseguições, torturas…), mas sim na capacidade da "prova" narrativa ou física que o requerente de asilo consegue fornecer a quem o deve escutar.

Em relação a este assunto, a minha hipótese de investigação é a de que em Portugal, o cenário é por enquanto muito diferente, sendo que a argumentação médica é inexistente, enquanto factor de avaliação do estado de saúde do requerente, uma vez que

tanto os decisores políticos (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) como a Organização Não Governamental que está legitimamente constituída como consultora para efeitos de decisão face a um pedido de asilo (CPR) não recorrem a referentes médicos para efeitos de consultadoria, tomada de decisão e, mais importante ainda, apoio em situação de trauma. A saúde não constitui aparentemente uma preocupação visível destas instituições para efeitos de decisão jurídica sobre o pedido de asilo. Neste caso, existem igualmente efeitos positivos e negativos. Se, por um lado, a narrativa do requerente de asilo, bem como a informação pesquisada pelo SEF sobre a situação política do lugar de conflito de onde o requerente se apresenta como proveniente, constituem os argumentos basilares para a autorização ou recusa de asilo, por outro lado, o "grau zero" da avaliação da saúde, com a ausência de médicos particularmente formados para a questão do trauma dos refugiados, em paralelo com a ausência de formação para a sensibilidade cultural, deixa a descoberto uma perigosa fragilidade em todos os requerentes de asilo – homens, mulheres e crianças – que foram vítimas de perseguições, torturas e consequente trauma. A ausência de uma oferta de saúde específica e competente contribui para uma menor capacidade de integração dos requerentes de asilo e refugiados na sociedade portuguesa.

Período temporal e enquadramento metodológico

Esta dissertação iniciou-se em Janeiro de 2007, embora o contacto com refugiados e requerentes de asilo e com a respectiva instituição de acolhimento – o Conselho Português para os Refugiados – tivesse sido iniciado alguns anos antes, no âmbito do anterior local de trabalho, na altura a Câmara Municipal de Loures, onde exerci a função de antropóloga, com a responsabilidade técnica de acompanhamento do CPR. O início da pesquisa etnográfica fez-se paralelamente à pesquisa bibliográfica. Esta última incidiu em dois campos preferenciais: o da literatura de carácter antropológico sobre refugiados e direitos humanos e o da saúde física e mental também de carácter antropológico, mais especificamente no campo da antropologia médica. No segundo semestre de 2007, efectuei um curso de *e-learning* disponibilizado pelo Conselho Português para os Refugiados (CPR), intitulado "Curso de sensibilização sobre asilo e refugiados". As temáticas deste curso incidiam sobre: evolução do sistema de protecção internacional; formas de protecção; mandato e actividades do ACNUR; contextos

europeu e nacional; situação dos refugiados no mundo; vulnerabilidade, acolhimento e integração.

Em 2008, senti necessidade de realizar uma pós-graduação *(certificate of completion)*, de modo a ampliar os referentes sobre saúde dos refugiados, dado que, em Portugal, era a primeira vez que se investigava esta temática académica, tanto no campo da antropologia como em todos os outros (com excepção feita ao campo jurídico). Este curso teve a duração de seis meses (presencialmente e em *e-learning*) e denominou-se "Global Mental Health, Trauma and Recovery – Harvard Program in Refugee Trauma" (Universidade de Harvard em parceria com o Ministério da Saúde de Itália). Nesta pós-graduação, a abordagem teórica assentou essencialmente no campo da psicologia transcultural e da antropologia médica.

Durante o ano de 2009, e já como resultado da pesquisa até aí efectuada, propus à Associação Grupo Imigração e Saúde (GIS), a realização de um estudo de investigação/acção sobre a saúde dos refugiados. Este estudo – que coordenei, visava fazer um levantamento sobre as principais necessidades sentidas pelos requerentes de asilo e refugiados durante os primeiros meses de permanência em Portugal (saúde, integração). Foi constituída uma equipa transdisciplinar a operar no contexto do Centro de Acolhimento de Refugiados, constituída por enfermeiras, psicóloga e antropólogas, com competências no domínio da saúde e da tradução, dando assim resposta a algumas das necessidades apresentadas pelos refugiados. Mais à frente falarei deste estudo com mais detalhe. Finalmente, também em 2009, participei num curso de Verão sobre refugiados e saúde a convite da professora Solvig Ekblad do Karolinska Institut da Universidade de Estocolmo. Este curso denominou-se: "The third scientific international network Summer school in the field of Migration, Medicine and Psychology in Stockholm". A criação deste curso pretendia colocar em rede alguns dos investigadores que trabalhavam com refugiados em diversos contextos, discutindo experiências, metodologias e abordagens teóricas. A minha apresentação denominou-se: "Life story/ trauma story: A pathway to healing? Refugees invisibility in Portugal".

No que diz respeito ao período temporal de pesquisa de dados, relativamente a Portugal, apenas foram encontradas referências numéricas aos refugiados neste país a partir do ano de 1995. Os dados etnográficos foram recolhidos ao longo de todo o período temporal da tese, de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010.

Durante este tempo, foram entrevistados quatro médicos do Centro de Saúde correspondente à área geográfica do Centro de Acolhimento para Refugiados (Bobadela

e Santa Iria da Azóia) e dois médicos psiquiatras e uma psicóloga do Centro de Apoio a Vítimas de Tortura em Portugal (CAVITOP). Tanto uns como outros davam consultas a refugiados e requerentes de asilo, no campo da clínica geral e da saúde mental, respectivamente.

As entrevistas aos profissionais de saúde, foram um momento significativo da minha pesquisa, na medida em que me permitiram perceber qual a imagética associada a estes pacientes refugiados a partir da perspectiva médica, perceber também quais os seus receios e temores, por (segundo alguns deles) sentirem que não estavam preparados para a consulta com pessoas com as quais não se podiam comunicar, e também, por outro lado, perceber os esteriótipos frequentemente associados à condição de imigrante. Esta dificuldade de contacto real e simbólico com os pacientes refugiados, conduziu frequentemente a comportamentos hegemónicos por parte dos profissionais de saúde, tanto nas atitudes como na prática médica, tendentes à infantilização do "outro", como veremos mais adiante. Para além das entrevistas, o meu contacto com os médicos deu-se ao longo de todo o período de trabalho de campo, de cada vez que acompanhava os refugiados e requerentes de asilo à consulta do Centro de Saúde, hospital ou consultório psiquiátrico, enquanto tradutora e /ou facilitadora da comunicação. Estes momentos foram igualmente esclarecedores, uma vez que me pude dar conta da relação frustrada tanto pelo lado dos médicos como dos refugiados.

Foram também entrevistados quatro técnicos do CPR e nove requerentes de asilo a quem foram feitas entrevistas em profundidade. Para além da observação participante que atravessou todo o tempo da pesquisa, foram ainda recolhidas quatro histórias de vida. O resultado destas entrevistas, histórias de vida e observação participante pode encontrar-se ao longo do texto, sob a forma de excertos e respectiva análise.

Organização da tese e objectivos por capítulos

O primeiro capítulo pretende apresentar o panorama histórico dos refugiados, a partir do contexto europeu e também em Portugal. Houve três momentos marcantes a partir dos quais as políticas sobre refugiados se vieram a configurar de modo mais claro: a) a constituição dos Estados-nação; b) a Segunda Grande Guerra e, como consequência, a Convenção de Genebra; c) as políticas de defesa de fronteira com a constituição do Espaço Schengen. Sendo a situação em Portugal um reflexo das políticas europeias de asilo, ainda que comparativamente mais liberal e tendente à integração, não deixa de ser

paradoxal que um número tão residual de requerentes de asilo e refugiados não tenha os seus direitos plenamente salvaguardados na realidade quotidiana, em particular no caso da saúde mental.

O segundo capítulo corresponde ao *estado da arte* sobre refugiados e saúde. Pretende-se aqui desconstruir os significados dos conceitos de *migrantes forçados*, *refugiados* e *requerentes de asilo* no contexto de acolhimento, analisando-os à luz da produção teórica sobre antropologia médica e direitos humanos. Faz-se também uma crítica à biomedicina enquanto conhecimento e prática hegemónica que tem ocupado um lugar privilegiado no campo da saúde em Portugal e, em particular, na assistência à saúde dos refugiados. Após a apresentação sumária do panorama das produções académicas no campo da medicina e da epidemiologia sobre refugiados e saúde em Portugal, adopta-se a perspectiva da antropologia médica crítica porque, apesar de não constituir uma perspectiva consensual, parece ser aquela que tem a particularidade de estar mais atenta às determinantes estruturais e às relações de poder que estão na base dos problemas de saúde, para além de assumir a possibilidade de intervenção na realidade social. Neste capítulo discute-se igualmente a doença como construção social e aborda-se a saúde mental dos refugiados a partir da perspectiva dos direitos humanos, e da violência estrutural (sendo este conceito igualmente discutido) que reside não só nos locais de guerra e conflito, mas também numa sociedade de acolhimento que não cria as condições necessárias para a prestação de cuidados de saúde adequados às necessidades dos refugiados. Disserta-se sobre o facto de a experiência traumática dos refugiados ser algo que se vai repetindo sucessivamente nos lugares de asilo, caso não estejam salvaguardadas as condições sociais e clínicas para que o passado se dilua apenas numa memória. Discutem-se ainda dois conceitos terapêuticos basilares em saúde mental: a etnopsiquiatria e a psiquiatria transcultural. Assume-se que na primeira existe uma valorização dos discursos de outros cientistas e dos próprios migrantes (imigrantes; refugiados; requerentes de asilo) sobre os sistemas de cura locais com os quais dialogam, redefinindo os encontros clínicos como um compromisso entre o terapeuta e o paciente, perspectivando este não enquanto unidade (corpo) biológico, mas sim na sua expressão sociocultural, histórica, económica e política. A segunda, pelo contrário, constitui-se como discurso científico hegemónico, (supostamente) capaz de entender e aplicar os modelos diagnósticos (como por exemplo a PTSD, ou síndrome de stress pós-traumático), adaptando-os a qualquer contexto sociocultural e geográfico, uma vez que parte do pressuposto da existência de uma base biopsíquica universal e da

existência de doenças e nosologias igualmente universais. Neste capítulo questiona-se ainda a hipotética "cultura de origem" como lugar preferencial de produção de sintomas. Isto é, segue-se um percurso teórico que nos leva a considerar que no actual contexto de "globalização", a "identidade", ou mesmo a reificação da "cultura", associada a determinado recurso a práticas terapêuticas locais, já não dependente necessariamente do "lugar de origem", configurando-se pela capacidade e velocidade dos movimentos migratórios, pela mobilidade condicionada pelos trajectos de fuga, pelo maior ou menor contacto com redes sociais virtuais.

O terceiro capítulo fala-nos da instituição de acolhimento dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal – o CPR, descrevendo os contornos legais e institucionais deste organismo, bem como a forma como está organizado e quais as competências que assume. Descreve-se igualmente o cenário das relações estabelecidas entre os refugiados e os técnicos que dela fazem parte, bem como as estratégias de relacionamento entre os requerentes de asilo que aí permanecem durante o tempo limitado da sua estadia. Finaliza-se este capítulo com o universo metodológico seguido pela antropóloga, intimamente condicionado pelo lugar a partir do qual se relacionou quer com técnicos da instituição, quer com os próprios requerentes de asilo. Fala-se também sobre as dificuldades encontradas no trabalho de campo, em parte resultantes da necessidade constante de renegociação da sua identidade enquanto pesquisadora, num lugar onde os condicionalismos impostos pela instituição no livre contacto com os residentes, bem como a rotatividade dos mesmos naquele espaço, obrigavam a uma reconfiguração sistemática dos seus objectivos.

No capítulo quatro, começo por reproduzir e analisar a narrativa de um dos requerentes de asilo, a partir da recolha da sua história de trauma. A partir dela, disserto sobre a importância de conhecer a história de vida dos sujeitos para entender e contextualizar o modo como sentem, exprimem e somatizam os seus sofrimentos. O conceito de "trauma sequencial", como eventual resultado de uma difícil integração em contexto de asilo, é também objecto de análise. Afirma-se que, por vezes, o trauma passado vai-se perpetuando no presente, como resultado da ineficácia de certas políticas de integração, ou dos desadequados serviços de saúde mental. Para além do trauma, aborda-se ainda os conceitos de somatização, dor e corpo como lugares de "leitura" do sofrimento através de processos de subjectivação impostos pelas práticas biomédicas. Finaliza-se este capítulo com a análise da espiritualidade e do "cuidado entre pares" como um dos factores que podem eventualmente concorrer para o processo de cura.

Analisar as políticas de asilo e os seus efeitos na saúde e nas dinâmicas sociais das crianças e jovens foi o objectivo do capítulo 5. A partir da história de vida de um requerente de asilo ainda menor e sem família (*menor não acompanhado*), pretende-se analisar as estratégias médico-jurídicas que, no interior do Espaço Schengen, determinam a "verdadeira idade" de um requerente, utilizando metodologias algo subjectivas como as técnicas biométricas, que, em última instância, condicionam o tipo de protecção que poderão ou não obter. A liminaridade que caracteriza os jovens refugiados consubstancia-se, por exemplo, na mudança radical de vivências num período de (re)construção de identidades, isto é, a reconstrução do eu a partir de novos referentes, num contexto que reconhecem como socialmente e culturalmente diferente do seu, ampliando a possibilidade de reconfiguração não só do seu futuro como do seu passado. Neste capítulo apresentam-se também as redes de solidariedade e de cuidados (*care*) que se criam entre estes jovens que, não tendo família, dependem sobretudo uns dos outros. Usando o telemóvel ou o Skype, por exemplo, divulgam entre eles os lugares onde haverá eventualmente trabalho, ou, no caso daqueles que decidiram emigrar por não encontrarem em Portugal forma de subsistência, quais as cidades ou regiões europeias onde é mais fácil encontrar emprego (ainda que o façam de forma "clandestina"). Esta necessária e contínua mobilidade reforça a ideia de identidades híbridas, resultantes também elas dum tempo anterior à fuga, quando os vários membros da família se dispersavam por várias regiões e países em busca de um melhor lugar para viver.

O sexto capítulo apresenta a perspectiva do refúgio através do elemento feminino. Os factores de risco físico e mental para as mulheres num contexto de guerra e fuga são, segundo a literatura existente, significativamente maiores que para os homens, por envolverem um maior grau de exploração e violência sexual. Quando viajam com os seus filhos, são também elas que têm a cargo a protecção e o cuidado dos mesmos, o que aumenta os factores de risco. Esta vulnerabilidade está muitas vezes associada à ideia de que as mulheres são submissas, passivas e dependentes, o que contribui para a sua re-vitimização, já em contextos de asilo, por parte de algumas instituições que operam nesta área. Contudo, o asilo, para algumas mulheres, também pode ser visto como uma oportunidade para a emancipação e agencialidade, embora, na maior parte dos casos, esteja relacionada com a instrução e capacitação pessoal existente num período anterior ao momento da fuga. Neste capítulo é também focado o modo como são vistas as mulheres de diferentes origens, pelos outros requerentes de asilo residentes

no Centro de Acolhimento de Refugiados, bem como as relações que se estabelecem entre umas e outros.

Finalmente, o sétimo e último capítulo pretende demonstrar de que modo os refugiados e requerentes de asilo encontram mecanismos para sair da vitimização, fazendo uso de meios que provam a sua agencialidade e da determinação de se tornarem agentes políticos com visibilidade social. Um desses meios é a participação no grupo de teatro RefugiActo, o outro a recém-criada *Associação de Refugiados em Portugal*. A partir de ambos, lutam por adquirir uma voz autónoma, com objectivos de futuro, independente das instituições que os controlam e confinam. Um e outra cumprem também a função de partilha e solidariedade grupal e de cuidado (*care*) e protecção mútua. O sentido de pertença e de coesão devolve a estes grupos (cujos membros por vezes se sobrepõem) um ensaio de rede social ou até um substituto de rede familiar, para além de erguer uma barreira contra os efeitos do trauma, num contexto de grande diversidade dos indivíduos que os constituem.

Ilustração 2 – Avaliando a performance do requerente de asilo

CAPÍTULO 1 – CONTEXTO POLÍTICO DOS REFUGIADOS NA CONTEMPORANEIDADE

> "Where, after all, do universal rights begin? In small places, close to home – so close and so small that they cannot be seen on any maps of the world. Yet they are the world of the individual person; the neighbourhood he lives in; the school or college he attends; the factory, farm or office where he works. Such are the places where every man, woman, and child seeks equal justice, equal opportunity, equal dignity without discrimination. Unless these rights have meaning there, they have little meaning anywhere. Without concerned citizen action to uphold them close to home, we shall look in vain for progress in the larger world."
>
> Eleanor Roosevelt, "The great question", discurso a propósito da Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1958 (disponível em http://www.harpers.org/archive/2007/12/hbc-90001953).

1.1 – Breve história dos refugiados no mundo

Sabemos que desde que surgiram os primeiros hominídeos na Pré-História, a humanidade tem tendência a mover-se, variando apenas na escala e nos motivos para essa movimentação. À procura de comida, de terra, de trabalho ou de paz, o ser humano sempre procurou um lugar melhor para viver. As invasões militares, as pragas animais, as expedições comerciais, as fugas em massa por perseguição religiosa ou étnica, as colonizações, as guerras, estiveram continuamente presentes na história da humanidade configurando o mundo tal como nós o conhecemos. Se, por um lado, o ser humano sempre sentiu a necessidade de expandir os seus horizontes, o que o leva voluntariamente à procura de outras terras onde possa de novo encontrar-se, por outro lado, se essa procura não é voluntária, mas sim condicionada por factores exteriores à sua vontade, o percurso torna-se muitas vezes penoso e carregado de sofrimento.

Durante o ano de 1648, o Tratado de Westfália (que reconfigurou as nações no centro da Europa) instituiu pela primeira vez os Estados-nação e, através da definição dos seus contornos, as populações ficaram assignadas a um determinado território. Em 1685, milhares de protestantes (Huguenotes) fugiram de França, com receio de serem perseguidos e massacrados, tendo surgido aqui o conceito de refugiados. Já no século XX, com o colapso dos antigos impérios e o surgimento de novas nações, despontaram uma série de guerras civis. Como resultado da Revolução Russa, milhões de pessoas fugiram, assistidas pelo então criado Alto Comissariado da Liga das Nações para os Refugiados.

A literatura do século XX está repleta de histórias de exilados que relatam experiências de dor e, simultaneamente, de esperança. O testemunho que se segue é apenas um entre tantos que poderia ter escolhido para iniciar este capítulo:

> "Saí da Alemanha, com os meus pais e irmã, em 1936. Três anos antes, com a chegada dos nazis ao poder, tinham começado a surgir as leis racistas. O meu pai, que exercia advocacia, foi proibido de trabalhar. O ambiente era muito pesado. Os nossos pais tiraram-nos do liceu oficial e levaram-nos para uma escola de freiras, pois os católicos pareciam ser mais brandos. Mas mesmo aí já havia discriminação. As meninas recebiam indicações em casa para não se darem com alunas judias. Fiquei muito contente quando saí da Alemanha. A integração em Portugal foi difícil porque era tudo muito diferente. Os meus pais, que, antes, tinham uma vida social e cultural muito intensa, não encontraram logo pessoas com quem conviver. Os refugiados que chegavam eram pessoas muito diferentes e bastante mais novas do que eles. Os portugueses, em contrapartida, eram muito amáveis, mas também muito fechados. Só a partir de 1941 é que se começaram a criar círculos de refugiados. Chegaram a aparecer velhos conhecidos nossos e até um tio e primos, que estiveram cá durante três meses. O meu pai não conseguiu voltar a exercer a advocacia, uma vez que, para o fazer, teria de recomeçar os estudos de Direito. (…) Os meus pais viveram dificilmente e nós também. Tivemos de aprender a língua e voltar a fazer a admissão ao liceu. O que não foi fácil porque o ensino era totalmente diferente. Ao contrário do que acontecia na Alemanha, fazia-se muito à base da memória. Aqui, até as contas eram diferentes. Tive de estudar muito. Na escola, a guerra parecia longínqua. As minhas colegas nem sequer falavam disso.
>
> (…) Estávamos sempre atentos às notícias da guerra, difundidas pela BBC, à espera que o Hitler atravessasse os Pirenéus. Nesse caso – previa o meu pai – partiríamos de Lisboa para a Madeira e daí para o Brasil" (Ruth Arons, cit. in Martins 1994: 139-140).

Este é um excerto de um depoimento de Ruth Arons, refugiada judia de origem alemã que tinha 14 anos quando chegou a Portugal, na companhia dos pais e irmã. Este depoimento não é muito diferente de todos os outros que apresento nos capítulos seguintes, com a diferença que este se reporta à II Guerra Mundial e à tentativa de extermínio dos judeus na Alemanha de Hitler. Todos eles narram o medo, a fuga, o sofrimento e as dificuldades de adaptação a um contexto geográfico, social e cultural desconhecido. Nada de muito diferente, portanto, do que vivem ainda hoje os refugiados

e requerentes de asilo, em Portugal.[3] Também o livro *Peoples on the Move: Forced Population Movements in Europe in the Second World War and its Aftermath (Ahonen et al. 2008),* de autoria de vários autores do campo da história, faz uma súmula das migrações forçadas. De acordo com estes autores, os movimentos forçados das populações têm sido um dos eventos mais dramáticos e significativos, tanto antes como, principalmente, depois da II Guerra Mundial, no contexto europeu. O século XIX é referido (ainda que muito brevemente) como um período de proliferação de nacionalismos radicais. A I Grande Guerra trouxe também consigo a primeira tentativa feita pelas nações soberanas, no sentido de alcançarem a homogeneidade étnica através da troca de populações inteiras, como se verificou por exemplo na transferência de populações gregas e turcas, sancionada pelo Tratado de Lausanne de 1923. No final da guerra havia vários milhões de refugiados europeus, expulsos pelas autoridades militares dos territórios de batalha, em particular nas províncias do Império russo.

É contudo após a II Guerra Mundial que o mapa geográfico da Europa se altera, com a migração forçada de milhões de pessoas dos territórios ocupados pelo Reich Alemão, parte delas deportadas para trabalhos forçados. Apesar de ao longo da história ter sempre havido grandes movimentos migratórios forçados envolvendo diferentes graus de violência, foi sem dúvida a partir do século XX que esses movimentos se fizeram em larga escala de forma organizada, relacionados com o conceito de nação, de certo modo unificado em torno da noção de cidadania:

> "Em alguns casos – especialmente na Europa Central e Oriental – a ideia de uma nação «homogénea» baseada numa visão orgânica do povo, o *Volk*, começou a ganhar força. Estes contextos, que diferem radicalmente dos das nações estratificadas, proporcionam as condições propícias às políticas de limpeza étnica, de acordo com o sociólogo britânico Michael Mann" (Ahonen *et al.* 2008: 2).

Não é fácil a tarefa de encontrar bibliografia sobre a história dos refugiados no mundo. Porém, a partir dos anos 50, passa a ser bastante mais substancial a documentação sobre esta temática, em particular a partir da Convenção de Genebra (1951) e da formação do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR, ou UNHCR em inglês).

[3] Refugiados são aqueles que já possuem esse estatuto reconhecido pelas autoridades. Requerentes de asilo são os que pediram o estatuto de refugiado mas ainda não o possuem, podendo contudo residir no país legalmente enquanto aguardam uma decisão, e encontrando-se entretanto documentados com uma autorização de "residência por razões humanitárias".

Levantando um pouco da história desta organização internacional, agora com 60 anos (foi constituída em 1951), passamos a saber que começou por ser uma pequena organização com mandato de apenas três anos e com o objectivo concreto de dar resposta à existência de 32 milhões de refugiados europeus ainda sem acolhimento (surgidos durante o período de 1930 e 1940), após a II Guerra Mundial. Segundo a publicação *A Situação dos Refugiados no Mundo* (ACNUR 2000), em 1950 a comunidade internacional ainda não tinha estabelecido uma rede de instituições que permitisse tratar do problema dos refugiados a nível mundial. O ponto de viragem dá-se precisamente em 1950-1951 com a constituição do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados e com a adopção da "Convenção das Nações Unidas Relativa ao Estatuto de Refugiados" (ACNUR 2007 [1951]), vulgarmente conhecida como "Convenção de Genebra" e que tem a particularidade de definir o conceito de refugiado, para além de conferir obrigações aos Estados que assinaram esta convenção, de modo a que a ajuda a prestar-lhes não ficasse confinada aos aspectos caritativos ou meramente políticos.[4] Assim sendo, e segundo esta convenção (artigo 1.º), definiu-se como conceito de "refugiado", qualquer pessoa que,

> "(...) receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude do dito receio, não queira pedir a protecção daquele país" (ACNUR 2007 [1951]: 14).

Contudo, o medo e a violência têm estado presentes nos discursos e narrativas dos refugiados e nas representações sobre essa mesma violência. A violência, ao longo dos tempos, tem tido uma complexa relação com as políticas que configuram os movimentos migratórios, para além de por vezes se converter em imagem "espectacular" nos meios de comunicação, influenciando também essas mesmas políticas e aqueles que delas dependem, como os próprios refugiados. Oscilando entre políticas e atitudes sociais de "compaixão" e "repressão" (Fassin 2005), os refugiados têm sido ao longo da história, sistematicamente ressignificados como indivíduos liminares numa constante procura de direitos humanos e de direitos de cidadania.

Retomando o início histórico da protecção legal dos refugiados, e de acordo com a antropóloga Liisa Malkki (1995), entre as pessoas que escreveram de forma mais

[4] Cerca de duzentos países assinaram a Convenção de Genebra, entre os quais Portugal.

acutilante sobre o período em que foi implementada a Convenção de Genebra destaca-se Hannah Arendt. No estudo de 1951 sobre o totalitarismo, insiste na necessidade de analisar os "deslocados" através do prisma dos Estados-nação, frequentemente xenófobos, para além de analisar as lógicas políticas e simbólicas que tiveram como efeito a frequente patologização e até a criminalização dos refugiados. Nos primeiros anos após a II Guerra Mundial, a questão dos refugiados foi, antes de tudo, uma questão a ser gerida preferencialmente por militares. Só com o surgimento do ACNUR os refugiados passaram a ser encarados internacionalmente numa perspectiva social e humanitária. De acordo com Fassin:

> "O estatuto internacional que receberam em 1951 atribuiu-lhes uma nobreza transnacional, através do reconhecimento da justiça da sua causa política ou, pelo menos, da maldade da violência a que foram submetidos" (2005: 374).[5]

Em 1956 o ACNUR enfrentou a sua primeira emergência de grandes proporções, com o surgimento de refugiados em consequência da entrada das forças Soviéticas na Hungria. Nos anos 60 surgiram novas migrações forçadas como resultado dos processos de colonização em África. Nas duas décadas seguintes registaram-se outras crises relativas a pessoas desajoladas na Ásia e na América Latina, sendo de salientar que, já próximo do final do século XX surgiram de novo migrações forçadas no contexto europeu, como resultado da guerra nos Balcãs. No início do século XXI despontaram novas regiões de conflito no contexto africano e asiático, tendo sido necessária a intervenção do ACNUR, inclusive, na República Democrática do Congo, na Somália e no Afeganistão. É sobretudo aqui, nos contextos africanos e asiáticos, que se encontra a maioria dos refugiados e "deslocados internos" (aqueles que pediram refúgio mas não cruzaram fronteiras externas), grande parte deles sob a influência do ACNUR, *institucionalizados* no interior dos mediáticos "campos de refugiados", aos quais Malkki se refere como lugares onde são exercidas as "tecnologias de poder", associadas ao cuidado e controlo dos refugiados:

> "Foi no final da II Guerra Mundial que os campos de refugiados foram instituídos como uma tecnologia padronizada e generalizada de poder na gestão dos deslocamentos em massa. O campo de refugiados era um dispositivo vital do poder: a especial concentração e organização de pessoas que proporcionava, assim como os processos administrativos e

[5] Ao longo desta tese, as citações de obras em outras línguas foram traduzidas livremente para português.

> burocráticos que se tornavam mais fáceis dentro dos seus limites, tiveram amplas consequências" (1995: 498).

No período pós-colonial, com o emergir dos países designados como Terceiro Mundo e com o desabrochar dos nacionalismos contemporâneos, as condições de vida nesses países vieram a deteriorar-se, tanto em termos de belicismo como em termos de pobreza. Como refere o jurista Nobel:

> "Alguns dizem que nós vivemos na era da Bomba e dos migrantes. Eu diria que é a era dos refugiados, já que hoje em dia poucos são os Estados que incentivam mais do que uma imigração marginal, e mesmo essa apenas servindo os interesses, assim concebidos, desse Estado. A esmagadora maioria dos refugiados provém do Terceiro Mundo. As causas directas da sua fuga são conflitos alimentados pela política das super-potências e por armas criadas e manufacturadas a preços de saldo nos países ricos, que exportam morte e destruição e importam produtos naturais e parcialmente transformados dos países pobres. Ao mesmo tempo, recusam-se a receber grande parte dos refugiados que tentam escapar ao sofrimento e à desolação gerada pela política das super-potências" (cit. in Malkii 1995: 504).

Do período da II Guerra Mundial ao fim do comunismo na Europa do Leste (e ainda hoje), os refugiados lidaram com o trauma da perda das antigas vidas e moradas e também com o trauma originado pelas próprias memórias, mantidas fora da discussão no domínio público. Na maioria dos casos, são percepcionados pelas sociedades receptoras como pessoas que estão a mais, eternamente desajustadas do contexto e que trazem consigo imensos problemas para resolver, como a "cultura", a habitação, o emprego, a saúde, o idioma. Por todo o lado onde existem refugiados, estes continuam a autopercepcionar-se como ocupando espaços liminares, referenciando-se, por um lado, em relação às suas antigas casas (que para muitos já só existem na memória) e, por outro, a novos espaços a que desejariam pertencer, mas onde se sentem frequentemente como estrangeiros. É esta complexa tensão entre passado, presente e futuro intangível que continua a marcar as vidas dos refugiados ao longo da história da humanidade.

1.2 – História dos refugiados em Portugal

No que diz respeito a Portugal – contexto preferencial ao qual vou passar a referir-me –, o conceito específico de refugiado começou a ter maior expressão a partir da Guerra

Civil Espanhola. Este momento na história do século XX veio dar origem ao asilo em Portugal, de um grupo de refugiados espanhóis republicanos. Com efeito, a Guerra Civil Espanhola fez surgir a mais importante "emigração forçada" da história de Espanha, tendo provocado uma crise humanitária que envolveu o deslocamento de milhares de pessoas e que resultou na necessidade de criação do Comité Nacional de Refugiados, por volta de 1936. De acordo com o historiador Javier Rubio (cit. in Simões 2010: s/p), houve três momentos de exílio massivo de refugiados espanhóis em território português: o primeiro grupo de refugiados entrou em território nacional em finais de Julho de 1936, permanecendo a sul da província de Orense, nas margens do rio Minho; o segundo deu-se em Agosto, com um grupo constituído fundamentalmente por mulheres, crianças e idosos que se deslocaram para Barrancos, tendo sido acolhidos essencialmente por famílias barranquenhas com as quais possuíam inclusive relações de amizade e de parentesco; o terceiro momento, em Agosto e Setembro, resultou do êxodo de republicanos, provocado pela tomada de Badajoz. Os historiadores Javier Rubio e César Oliveira referem que os exilados espanhóis em Portugal oscilavam entre os 3000 e os 6000 (cit. in Simões 2010: s/p). Destes milhares de refugiados, muitos foram detidos pela polícia política portuguesa (PVDE), tendo outros sido entregues directamente aos nacionalistas espanhóis (não é possível determinar o número exacto). Dulce Simões refere ainda o seguinte:

> "Esta actuação sistemática das autoridades portuguesas obrigou o Governo republicano a apresentar ao Comité de Não Intervenção de Londres uma acusação contra Portugal, denunciando a entrega de refugiados às forças nacionalistas para fuzilamentos sumários em Badajoz. Neste contexto de atrocidades e violação dos direitos humanos, os campos de refugiados improvisados na Herdade da Coitadinha e na Herdade das Russianas representaram uma excepção, permitindo a sobrevivência de cerca de 1.020 pessoas" (Simões 2010: s/p).

Aquando da perseguição aos judeus na Alemanha de Hitler, durante a II Guerra Mundial, entre a ascensão nazi ao poder, em 1933, e a rendição em 1945, mais de 340.000 judeus deixaram a Alemanha e a Áustria. Quase 100.000 encontraram refúgio em países que posteriormente foram, na sua maioria, conquistados pela Alemanha. Portugal, que se manteve como país neutro, recebeu entre 50.000 e 100.000 refugiados (Pimentel 2006). Parece-me interessante – de acordo com as pesquisas efectuadas *online* – algum paralelismo existente entre a demora na obtenção de vistos para a

entrada destes refugiados judeus em Portugal e a actual dificuldade em obter o cartão de *residente por razões humanitárias.*

Nos relatos encontrados dos refugiados judeus que tiveram abrigo em Portugal durante este período destaca-se que, apesar de a maioria mostrar reconhecimento por aqui ter podido encontrar momentos de paz, apenas encararam Portugal como um lugar transitório para as suas vidas atribuladas. A dificuldade em encontrar trabalho e a pobreza do país, não eram motivos atraentes para aqui permanecerem definitivamente, tal como continua a não acontecer, curiosamente, na actualidade. "Portugal é um bom país para passar férias, não para ficar a viver", é hoje uma frase escutada dos refugiados que residem ainda em Portugal.

Podemos afirmar que, em termos gerais e até à II Guerra Mundial, os fluxos de refugiados eram gerados por acontecimentos pontuais e aparentemente desconexos. A questão associada aos refugiados palestinianos foi a primeira a tornar-se um problema até agora insolúvel. Dando um salto de algumas décadas, passamos por alto todo o período de repressão do Estado Novo em Portugal, em que se assiste a movimentos de pessoas que emigravam deste país essencialmente por razões políticas e ideológicas (fuga à guerra nas antigas colónias e à repressão interna), ou por razões económicas (grandes níveis de pobreza e procura de melhores condições de vida noutros países europeus, ou mesmo noutros continentes). Entramos assim directamente nos anos 80 do século XX, época em que começaram os movimentos migratórios de sentido inverso, com consideráveis fluxos de imigrantes para Portugal. Nesta década, os fluxos eram constituídos essencialmente por cidadãos das ex-colónias portuguesas em África. Uma década depois, esses fluxos passaram a ter uma composição mais heterogénea, com imigrantes vindos também de outros contextos geográficos não directamente ligados à anterior colonização portuguesa. O marco legal relativamente ao asilo e refugiados começou também a mudar nos anos 80, particularmente influenciado pela necessidade de transposição das normas comunitárias na transição para a União Europeia. Contudo, não é de rejeitar o facto de que houvesse uma pressão política e social para a maior sensibilização do que significava à época ser-se refugiado, uma vez que nesta década assistimos também ao regresso de muitos portugueses exilados do regime fascista que haviam sido refugiados em França, Suíça, Brasil, para dar o exemplo apenas de alguns países. Alguns destes exilados começaram a tomar postos-chave nos desígnios políticos do país, e parte deles viria a estar inclusivamente na fundação do Partido Socialista,

como é o caso de Mário Soares ou Manuel Alfredo Tito de Morais, entre tantos outros.[6] Um outro factor de não menos importância prende-se com o papel cada vez mais activo das ONG a partir igualmente da década de 80, na Europa e em Portugal, começando estas a ter um papel de destaque na defesa dos direitos humanos. É também como resultado desta intervenção no campo das organizações não governamentais de defesa dos direitos humanos que é criado, em 1991, o Conselho Português para os Refugiados, parceiro operacional do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados.

Uma última nota ainda para referir os milhares de refugiados provenientes de Timor-Leste, que durante 23 anos (desde 1975) sofreram a ocupação indonésia do seu território, tendo muitos deles pedido refúgio em Portugal, logo após a invasão. Instalados numa comunidade considerável na região do Vale do Jamor (Cruz Quebrada, perto de Algés, na periferia de Lisboa), aí constituíram um lugar de resistência frente à invasão e ocupação perpetrada por Jacarta. O apoio dado na época pelo governo português a estes refugiados pode também ser analisado, tendo em conta que muitos deles eram ainda cidadãos portugueses. A visibilidade que puderam usufruir está também plasmada neste excerto:

> "A Comissão dos Refugiados de Timor, posteriormente, institucionalizado como um IPSS (Instituto Particular de Solidariedade Social) com o nome de COMUNIDADE DOS REFUGIADOS DE TIMOR, era a interlocutora directa junto dos vários organismos oficiais, nacionais e estrangeiros, para os acima referidos interesses dos timorenses. Como tal organizava cursos de formação profissional apoiados pelo IARN (Instituto de Apoio aos Retornos Nacionais), pelo Ministério dos Assuntos Sociais, Instituto de Emprego e Formação Profissional e pelo Fundo Social Europeu. (…) Académico, os timorenses não só praticavam o desporto, mas também participavam nos torneios desportivos locais e inter-grupos. Os seus grupos artísticos Tebe-Tebedai e Bidu, Coro Misto e Coro Infantil Lorosa'e, e outros, eram conhecidos e actuavam no país e no estrangeiro como em França e Espanha. O Centro de Cultura de Timor com os objectivos de estudo, divulgação e defesa da cultura timorense, reunia vários investigadores nas áreas da História, Antropologia, Sociologia e Linguística. (…) Ao Vale do Jamor afluíam políticos, jornalistas nacionais e estrangeiros, amigos e benfeitores, solidariedades e personalidades, de entre os quais se contam a Princesa Grace de Mónaco, o Cardeal Patriarca de Lisboa, D. António ribeiro, D. Hélder da Câmara do Brasil, D. Duarte Pio de

[6] Manuel Alfredo Tito de Morais é pai da Presidente da Direcção do CPR, Dr.ª Maria Teresa Tito de Morais Mendes (consultar, a propósito, http://titomorais.blogs.sapo.pt/21418.html).

> Bragança, embaixadores, deputados, representantes diplomáticos estrangeiros, artistas portugueses, estudantes e professores universitários e, no número destes, o próprio Prof. Agostinho da Silva."[7]

Contudo, por razões relacionadas com a época imediatamente após a revolução de 1974, em que se negociavam os contornos das independências das antigas colónias e em que se viviam as solidariedades por primeira vez de forma aberta e assumida, o caso dos refugiados timorenses em Portugal, constitui uma excepção em relação à forma como é encarada, a partir desse momento, a maior parte dos demais refugiados estrangeiros no território nacional.

1.3 – Dados numéricos sobre refugiados e requerentes de asilo [8]

Desde a criação do ACNUR, os números oficialmente registados por este organismo relativamente à população assistida, cresceram consideravelmente dos primeiros anos até à actualidade, tal como também se ampliou o tipo de protecção dada pelo ACNUR às populações vítimas de migrações forçadas, onde se incluem apátridas, refugiados, requerentes de asilo, e refugiados internos (aqueles que se deslocam entre diferentes territórios no interior do mesmo país).[9] Tal como refere a publicação *A Situação dos Refugiados no Mundo* (ACNUR 2000), o primeiro grande desafio do ACNUR foi em 1956 e refere-se ao êxodo dos cerca de 200.000 refugiados da Hungria, após a repressão soviética. No ano de 2000, os refugiados sob protecção deste organismo correspondiam a 22 milhões de pessoas em todo o mundo. Os dados oficiais mais recentes do ACNUR dizem respeito ao final de 2009 e referem as seguintes cifras igualmente a nível mundial: 43,3 milhões de pessoas deslocadas devido a conflitos e perseguições (número mais alto desde meados dos anos 90), onde se incluem 15,2 milhões de refugiados, 27,1

[7] Entrevista a Apolinário Guterres, disponível em http://timorlorosaenacaodiario.blogspot.com/2010/12/agostinho-da-silva-e-timor-leste.html.

[8] Neste capítulo, pretende-se apenas fornecer alguns valores numéricos para ilustrar a teoria de que os pedidos de asilo em Portugal são em pequeno número (mesmo em relação à quantidade da população total), comparativamente a outros países europeus. Porém, apesar do número reduzido, é ainda muito mais residual o número correspondente à concessão do *estatuto de refugiado.* Assim sendo, pretende-se reforçar a ideia de que quando em Portugal se fala sobre *refugiados*, se está efectivamente falando maioritariamente de *requerentes de asilo* com a situação legal pendente por anos e anos, com tudo o que isso implica em termos de vida suspensa por razões burocráticas, aparentemente injustificadas.

[9] Também referidos como Pessoas Deslocadas Internamente (PDI), ou Internally Displaced Persons (IDP), em inglês, nos *sites* do ACNUR/UNHCR.

milhões de deslocados internos, e cerca de 1 milhão de requerentes de asilo, ainda à espera da aceitação do seu pedido (ACNUR 2010a).

Quanto às origens das solicitações de asilo em Portugal, fez-se uma tentativa de apuramento dos dados, com base nas estatísticas mais antigas referenciadas pelas fontes do CPR, SEF e ACNUR; contudo, foi apenas possível chegar às seguintes conclusões:

– 1994: relativamente a este ano, não existem registos disponíveis no SEF sobre a origem dos requerentes de asilo (SEF 2008: 13).

– 2000: proveniência mais relevante dos requerentes de asilo: África, com 117 pedidos, dos quais se destacam os da Serra Leoa (52), Angola (16), Nigéria (16), Guiné Conacri (12) e República Democrática do Congo (12); América, com 4 pedidos, dos quais 2 da Colômbia, 1 do Peru e 1 do Brasil; Ásia, com 40 pedidos, dos quais os mais relevantes vêm da Rússia/Eurásia (16 pedidos), Sri Lanka (6), Paquistão (5), e Afeganistão (4 pedidos); Europa Central e do Leste, com 24 pedidos, destacando-se os da Eslováquia (9) e da Albânia (8). Como resultado dos pedidos de asilo e relativamente ao número de concessão de *estatutos de refugiado* e *autorização de residência por razões humanitárias*, ou mesmo ao *número de refugiados reinstalados* por ano, em Portugal, é ainda mais difícil encontrar dados coerentes e detalhados.

No que se refere à quantidade de refugiados em Portugal, do que foi possível apurar através de dados oficiais igualmente disponibilizados pelo ACNUR (2002), reportam-se os seguintes números referentes sensivelmente às mesmas datas focadas anteriormente:

– No ano de 1993 (não existem dados anteriores a esta data): 600 refugiados em Portugal (número cumulativo, ou seja, refere-se ao total de refugiados registados e não apenas ao ano de 1993) e 2090 pedidos de asilo, sendo que destes últimos, no final deste ano, apenas 17 tinham sido aceites;

– Em 2000: 443 refugiados (o que significa que cerca de 200 já haviam saído voluntariamente de Portugal, eventualmente para outros países europeus), e 224 pedidos de asilo, sendo que, no final deste ano, apenas 46 tinham o seu visto aprovado.

Comparativamente, os dados estatísticos sobre Portugal, encontrados no *site* do CPR, referem-se exclusivamente ao *número de pedidos de asilo*, não se encontrando referências sistematizadas relativamente ao *número de refugiados*.[10] Escolhi portanto apenas os dados tão aproximados quanto possível dos últimos dois períodos referidos

[10] Neste caso as fontes estatísticas encontram-se no *site* do CPR e utilizam os registos do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (cf. http://www.refugiados.net/_novosite/index58.html).

nas estatísticas do ACNUR, equivalentes aos anos de 2000 e 2009, sendo que para o caso português os primeiros dados oficiais reportam-se, tal como mencionei anteriormente, a 1995, uma vez que o CPR só iniciou a sua actividade em 1991, não sendo contudo possível encontrar dados disponíveis referentes a este ano. Porém, alerto para o facto de os dados portugueses para o mesmo período nem sempre serem exactos, havendo discrepâncias entre os do CPR e os do SEF, sendo que estes tão-pouco correspondem aos dados referenciados pelo ACNUR.

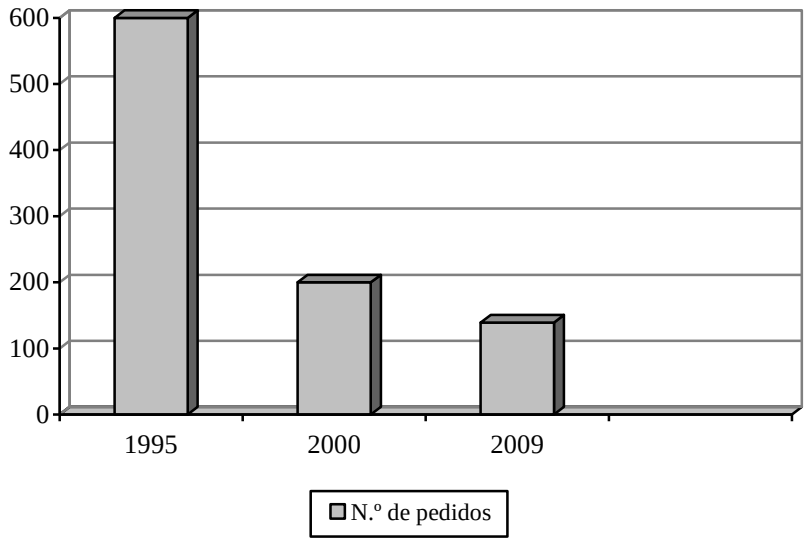
Assim, sistematizando, no que toca a *pedidos de asilo*, existem os seguintes dados:

– 1994 – 600 pedidos de asilo, de acordo com o relatório do SEF (2008: 614);

– 2000 – 200 pedidos de asilo referidos pelo SEF (2000) e 202 pelo CPR (s/d);

– 2009 – 139 pedidos de asilo (SEF 2010), não tendo sido possível encontrar referências exactas nas fontes consultadas (dados do SEF, CPR, ACNUR, EUROSTAT), ainda que tenha sido possível concluir que neste ano, segundo os dados do SEF (2010), apenas foram concedidos 3 *estatutos de refugiados*; e 45 autorizações de *residência por razões humanitárias*.

Gráfico 1 – Número de pedidos de asilo em Portugal



Gostaria também de não deixar passar em claro a discrepância constante (analisando os dados estatísticos disponíveis) entre o número de pedidos de asilo e o número real de resoluções equivalentes à atribuição do estatuto de refugiado. Esta situação carece de uma explicação plausível, uma vez que Portugal possui um número de pedidos de asilo absolutamente residual comparativamente a outros países europeus,

para além de este número ter vindo gradualmente a diminuir desde 1994, o que se deve ao facto de Portugal não ser um país atractivo em questões de empregabilidade e condições de vida, de acordo com os requerentes de asilo entrevistados.

O quadro 1 foi construído a partir dos dados disponíveis no *site* do CPR[11] (ainda que contraditórios nalgumas tabelas publicadas neste mesmo *site*), e de acordo com a referência no mesmo, têm como fonte, dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Sublinha-se o facto de não haver dados disponíveis referentes ao ano de 1999, nem nenhuma justificação para esse facto.

Quadro 1 – Sistematização do número de pedidos de asilo em Portugal, 1995-2009

Ano	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pedidos de asilo	332	216	250	435	220	230	180	86	84	102	117	200	161	139
Autorizações de residência por razões humanitárias*	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	30	25	70	45
Estatuto de refugiado concedido	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	1	12	3
Rejeição do pedido de asilo**	?	?	?	?	185	125	165	85	60	75	75	85	?	?

? – Dados indisponíveis em qualquer dos *site*s referenciados.

* – Números disponíveis nos relatórios do SEF (2010).

** – Dados divulgados pelo Eurostat (Juchno 2007).

Ainda de acordo com alguns dados registados nos meios de comunicação portugueses no que diz respeito aos pedidos de asilo, temos a seguinte notícia:

> "*Portugal foi o Estado-membro da União Europeia que menos pedidos de asilo recebeu em 2009, em termos relativos, ao terem dado entrada no país apenas 140 solicitações*, revelam dados divulgados, hoje, terça-feira, pelo Eurostat. De acordo com os dados do gabinete oficial de estatísticas da União Europeia, Portugal recebeu no ano passado 140 pedidos de asilo (contra 155 em 2008), *o quarto valor mais baixo entre os 27 em termos absolutos, mas o mais reduzido em termos proporcionais, já que tal representa apenas 15 pedidos por cada milhão de habitantes. O número de pedidos de asilo recebidos em Portugal é simbólico quando comparado com o conjunto da União Europeia*, onde deram entrada praticamente 261 mil pedidos de asilo, 20400 dos quais provenientes de afegãos, 20100 de russos, 19100 de somalis, 18700 de iraquianos e 14200 de kosovares. *Os*

[11] In *site* do CPR, http://www.refugiados.net/_novosite/index58.html.

> *Estados-membros que registaram um maior número de pedidos de asilo em termos absolutos foram a França (47600), Alemanha (31800) e Reino Unido (30300), mas em termos proporcionais (pedidos por milhão de habitantes) encabeçam a lista as ilhas de Malta e Chipre, com 5800 e 3300 pedidos, respectivamente, por milhão de habitantes*" (*Jornal de Notícias*, 4 de Maio de 2010, sublinhados meus).

Tal como tenho vindo a referir, esta nota ajuda a consubstanciar a ideia de que, em Portugal, o número de pedidos de asilo é residual, tanto em comparação com os restantes países europeus, como em relação ao total da população portuguesa, com uma proporção de refugiados que não chega sequer a 0,5%. O quadro 2 pretende comparar, de acordo com as tabelas disponibilizadas pelo ACNUR, a população de refugiados em quatro países europeus, nomeadamente Portugal, França, Alemanha e Malta, com dados referentes aos anos de 2000 a 2009.

Quadro 2 – População de refugiados em quatro países europeus, 2000-2009

Ano/País	Portugal	França	Alemanha	Malta
2000	433	132.508	906.000	190
2001	449	131.060	903.000	176
2002	462	132.182	980.000	307
2003	418	130.838	960.395	895
2004	377	139.852	873.382	1558
2005	363	137.316	700.016	1939
2006	333	145.996	605.410	2404
2007	353	151.789	578.879	3000
2008	403	171.206	582.735	4332
2009	389	196.364	593.799	5955

Fonte: ACNUR (2010b).

A proveniência dos requerentes de asilo para as mesmas datas (os dados de proveniência equivalentes aos anos de 2000 e 2001 não se encontram disponíveis no *site* do CPR), revela a grande dispersão de países e a pequena quantidade de requerentes de asilo provenientes de cada país.[12]

Relativamente aos dados apresentados no quadro 3, saliento novamente que o número de requerentes de asilo registados está longe de equivaler ao dos que posteriormente viram o seu pedido de residência por razões humanitárias realmente aceite. Na realidade, podem surgir várias situações: ou o pedido é indeferido, existindo

[12] As tabelas completas, separadas por ano e proveniência, podem ser consultadas no *site* oficial do CPR, na página de "Estatísticas" (http://www.refugiados.net/_novosite/estatisticas_popup.html).

a possibilidade de apelar juridicamente para recurso em tribunal, o que pode prolongar-se por vários anos sem garantia de apoio social (subsídio) da Segurança Social (ou Santa Casa da Misericórdia), ou é aceite e a situação é configurada pelo enquadramento jurídico correspondente à *autorização de residência provisória (*nos termos do artigo 21.º da Lei n.º 27/2008, de 30 de Junho, ou Lei de Asilo)[13] *e* o caso passa a ser analisado periodicamente pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Esta *autorização de residência provisória* é válida por um período de 60 dias, contados a partir da data de apresentação do pedido, e é renovável por períodos de 30 dias até decisão final sobre o mesmo. Importante é o facto de, nos termos do artigo 55.º da mesma lei, aos requerentes de asilo portadores de autorização de residência provisória ser "assegurado o acesso ao mercado de trabalho, nos termos da lei geral", o que significa que durante a pendência do pedido de asilo podem trabalhar. Contudo, tal dificilmente acontece, como poderemos ver nos capítulos posteriores, o que se relaciona com diversos factores, nomeadamente a língua, a dificuldade de verem as suas profissões ou formação académica reconhecidas, o racismo, entre outros.

Em cada chamada do SEF – para que o requerente de asilo se apresente à entrevista – é analisada a situação política do seu país de proveniência (em caso de ausência de conflitos, o requerente de asilo pode perder o direito a manter o estatuto de requerente de asilo, ou seja, a *autorização de residência provisória*). Caso o requerente de asilo já não resida no Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR/CPR)[14] – e o período de estadia no CAR é no máximo de três meses, com excepção para os *menores não acompanhados* – e caso não se apresente à entrevista, é considerado como ausente do país, podendo então ver o seu pedido/subsídio automaticamente anulado sem qualquer aviso prévio. Esta é uma das situações com que me deparei ao longo do trabalho de campo: a enorme mobilidade destas populações que procuram por vezes em Portugal uma porta de entrada para a Europa, deslocando-se à primeira oportunidade para outros países onde de facto residem já alguns familiares. Existe também um número considerável de requerentes de asilo que, segundo explicação dada pelos próprios, vão procurar as suas redes familiares e sociais nesses países por dificilmente

[13] Ver http://www.sef.pt/portal/v10/PT/aspx/legislacao/legislacao_detalhe. aspx?id_linha=4219.

[14] O Centro de Acolhimento de Refugiados (CAR) é uma 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.

existirem comunidades de apoio em Portugal. São inúmeros os requerentes de asilo com quem contactei que apenas regressavam a Portugal um dia antes da entrevista marcada com o SEF, para regressarem de novo às suas famílias nos outros países, repetindo-se esta situação mês após mês, por vezes até durante anos. A razão dada pelos próprios é a excessiva burocratização da análise dos processos, o que não lhes facilita a plena integração, pois, apesar de legalmente poderem trabalhar, na prática, o acesso ao trabalho é apenas uma miragem (por motivos linguísticos, por exemplo).

Outra questão a salientar é que a atribuição de asilo, (a pessoas originárias das ex-colónias portuguesas) também se encontra mais dificultada, quando as razões apresentadas pelo requerente aquando da primeira entrevista com o SEF são justificadas por motivos de perseguição por guerra ou conflito. Neste caso, sublinha-se que os pedidos de asilo provenientes de Angola, por exemplo, apenas foram apresentados com mais expressão nos anos em que existia uma guerra civil naquele país (ou ainda os seus efeitos), o que justifica, por exemplo, que em 2002 tivessem requerido asilo 33 indivíduos, número que veio a decair consideravelmente nos anos posteriores. Para apurar com precisão a relação entre o pedido de asilo e a atribuição de estatuto de residente por razões humanitárias, haveria que consultar os processos correspondentes no SEF, algo a que nunca pude ter acesso, por impedimento injustificado daquele organismo. Levanto, contudo, a hipótese de que a atribuição do estatuto de requerente de asilo (ou de *residente por razões humanitárias*) privilegia os factores relacionados com a situação política do país de proveniência, mais do que propriamente outros motivos também consagrados na Convenção de Genebra, como, por exemplo, a perseguição religiosa, a filiação num grupo social, a "raça", a perseguição de género, ou mesmo a perseguição por razões de orientação sexual. A ausência de informação relativamente a estas situações em Portugal, não permite analisar se efectivamente estão salvaguardados os direitos humanos. Saliento também a ausência de dados disponíveis para consulta sobre as razões que levam à suspensão da autorização de residência.

Um outro aspecto prende-se com o número de requerentes de asilo com proveniência da Colômbia, e que configura um total de 165 pedidos entre 2002 e 2009, de longe o maior número proveniente de um só país. Sobre este dado, julgo pertinente salientar o seguinte: nem sempre os "refugiados" se configuram como vítimas de perseguição com origem no Estado. De acordo com a informação dada por alguns dos requerentes de asilo colombianos com quem trabalhei, são ajudados pelo seu próprio Estado (ou Governo) a encontrar um país de refúgio, uma vez que a violência e/ou

perseguição está disseminada pela estrutura social em que se enquadram frequentemente os cartéis da droga, através dos grupos paramilitares e da guerrilha. Muitas das perseguições e assassinatos na Colômbia têm recaído sobre sindicalistas e jornalistas. Alguns dos colombianos requerentes de asilo em Portugal eram jornalistas, o que lhes dava a possibilidade de se integrarem em redes sociais *online* e inclusivamente poderem aceder através da Internet às leis de asilo dos vários países europeus, comparando-as. Creio que esta possibilidade de pesquisa e contactos cibernáuticos justifica, pelo menos em parte, a relevância numérica destes pedidos de asilo em Portugal.

Quadro 3 – Número e proveniência dos pedidos de asilo em Portugal, 2002-2009

País de proveniência	Ano							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Afeganistão	7					7		
África do Sul	1							
Albânia	4	2	1	1	4			
Angola	33	12	4	4	6	3		3
Arménia	1		4	1	2			
Argélia				2	1	5		
Azerbaijão							2	
Bangladeche	1				2			
Benim								1
Bielorrússia	3	4	4		5		2	
Bósnia			1			7	10	3
Brasil		2	3		1	2	2	1
Bulgária		5	4		2			
Burundi			1	2		1	2	
Camarões						2		3
Cazaquistão	5							
Chade								1
China			1	1	2		1	
Cuba	9	3	5	5	3	2		1
Colômbia	3	5	7	22	5	82	26	15
Congo Brazzaville					1		2	
Costa do Marfim		4			6	5	1	
El Salvador								1
Eritreia					4	3	5	21
Estónia				1				
Espanha	1							
EUA				1				
Etiópia				1	1	2	1	
Federação Russa		3	6	4	5	11		2
Gâmbia	1	1		1				2
Gana	1		1	1		1	2	
Geórgia	2	7	2	5	1		4	2
Guiné Bissau	4		1	6	5	6	4	5
Guiné Conacri	2	1	1	1	6	2	8	18
Guiné Equatorial		2						
Hungria						3		
Índia				6		13	2	1
Irão	2				1	1	1	4

Iraque	3	1	1		2		4	
Indonésia		1						
Israel					3			
Kosovo					1	2		
Líbano					2			
Libéria	2	6	6	1	3			
Macedónia						1		
Marrocos	1	1		1		1	2	
Mauritânia								16
Moldávia			1	4	1			1
Moçambique			1					
Mongólia	1							
Myanmar					1			
Nepal				5	6	1		
Nigéria	4	2	1	1	6	3	8	10
Palestina	1	1		1			1	
Paquistão		1	5		1	2		1
Peru			1	2	1	2	2	
Polónia	14							
Quénia	1							
Quirguizistão				2				
República Centro-Africana		2						
República Democrática do Congo	6	3	2	7	15	1	20	6
República Checa	2							
República Federal da Jugoslávia	2	2	1					
Roménia	5	1		1				
Rússia	9							
Ruanda			1				1	1
Senegal	1	1	2	2	1	2	7	1
Serra Leoa	34	3	2	3	4	3	1	2
Sérvia				1			3	
Somália				1		15	3	
Sri Lança	8		1			6	26	8
Sudão		1	3	1			1	
Togo	1	1		1				1
Turquia			4		3	1		
Turquemenistão					1			
Ucrânia	3	6	4	1	1		1	5
Uzbequistão	1	1	2				2	
Venezuela				2	1	2		
Zimbabué	2	1						2

Relativamente aos requerentes de asilo, residentes por razões humanitárias ou mesmo refugiados, não foi possível encontrar nos *sites* consultados (SEF, ACNUR, EUROSTAT, CPR) nenhumas referências estatísticas que nos dessem informação de qual a proporção de homens e mulheres ou de adultos e menores. Tão-pouco serão aqui incluídos – pelos mesmos motivos – quaisquer dados numéricos que digam respeito à saúde dos refugiados e requerentes de asilo. A exígua informação no que diz respeito a estas populações, nesta e noutras matérias, contribui para a percepção de que as mesmas se configuram de facto como invisíveis, quer do ponto de vista social quer do ponto de vista da própria investigação que até agora tem sido realizada, o que por outro lado as

torna também bastante mais vulneráveis – porque isoladas – perante as práticas sociais e as políticas de asilo em Portugal.

1.4 – Contornos legislativos relativos a refugiados e requerentes de asilo

"Considerado culpado até prova em contrário"

No que diz respeito à abordagem dos contornos legislativos, apesar de estes não serem igualmente o objecto de estudo desta tese, procurarei apresentar brevemente o enquadramento que é dado aos refugiados em Portugal, a partir de uma perspectiva cronológica que, por sua vez, reflecte também as directivas políticas internacionais de asilo que, sem dúvida, condicionam as políticas públicas sobre os refugiados, quer em Portugal, quer por toda a Europa. À semelhança da legislação que enquadra a área da imigração, também o quadro legal do asilo em Portugal sofreu diversas alterações, sobretudo a partir dos anos 80 do século XX. Em 1980, a Lei n.º 38/80, de 1 de Agosto, veio regular o Direito de Asilo e o Estatuto do Refugiado. À época existia apenas uma Comissão Consultiva para os Refugiados. Os pedidos eram apresentados ao SEF, responsável pela instrução dos processos. A competência para decidir sobre os pedidos de asilo cabia ao Ministério da Administração Interna (MAI) e ao Ministério da Justiça (MJ), que solicitava o parecer da referida Comissão. O Conselho Português para os Refugiados (CPR) foi criado apenas em 1991 e de acordo com os seus estatutos, esta é uma Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD), "sem fins lucrativos, independente e pluralista, inspirada numa cultura humanística de tolerância e respeito pela dignidade dos outros povos".[15] A partir de 1998, ano em que o ACNUR deixa de ter delegação em Portugal, o CPR passa a ser o representante oficial deste organismo, assumindo o apoio jurídico e social aos refugiados e requerentes de asilo. Até ao ano de 2006 existiu também o Comissariado Nacional para os Refugiados (CNR), que estava integrado no Ministério da Administração Interna. Este Comissariado exercia fundamentalmente funções jurídicas, deliberando sobre os pedidos de reapreciação e inadmissibilidade emitidos pelo SEF. Após a extinção deste organismo, estas competências passaram a ser da responsabilidade do próprio SEF. Em 1998, a nova Lei de Asilo (Lei n.º 15/98, de 26 de Março) determinou que o CPR

[15] In *site* do CPR, "Apresentação" (http://www.refugiados.net/_novosite/apresentacao.html).

passasse a desempenhar igualmente um papel consultivo no procedimento de asilo (em parceria com o SEF), bem como a prestar aconselhamento jurídico directo aos requerentes de asilo ao longo de todo o processo. Todavia, na prática, quando necessário, esse apoio nem sempre é prestado, em particular quando os requerentes de asilo já não residem no Centro de Acolhimento (CAR). Tal pode justificar-se pelo número reduzido dos técnicos que no CPR prestam apoio jurídico, e dos pedidos de apoio avulso por parte dos requerentes de asilo, para resolução de processos pendentes por período indeterminado no SEF (nomeadamente de resolução dos estatutos de residentes por razões humanitárias ou estatutos de refugiado).

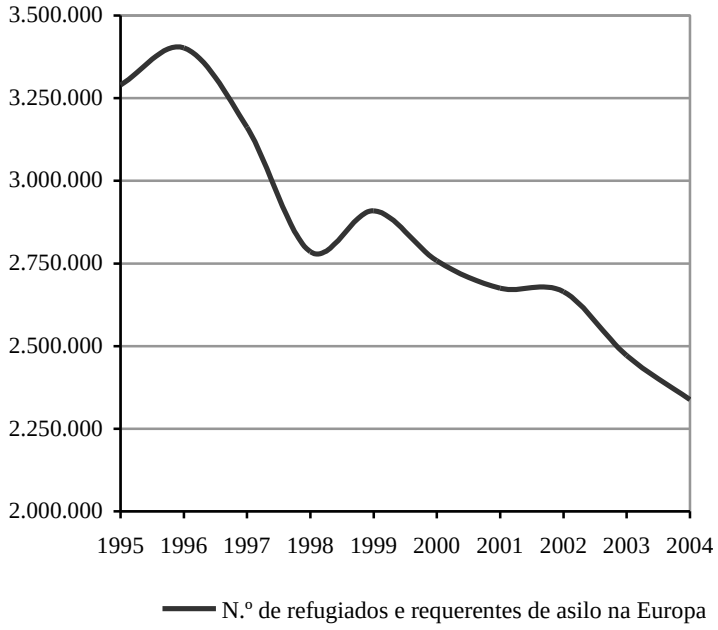
Quando Portugal assumiu a Presidência da União Europeia no ano 2000, para além de ter promovido um intenso debate sobre imigrações num sentido mais lato, decidiu também levar a cabo uma conferência subordinada ao tema "Em Direcção a um Sistema Comum Europeu de Asilo" (SEF 2000). A organização desta conferência esteve a cargo do SEF, que como já vimos, possui competência para decidir sobre a aceitação dos pedidos de asilo e proceder à instrução dos processos de concessão.[16] A escolha desta temática foi determinada em particular pelos acordos de Tempere, de 1999, que tiveram como objectivo, resumidamente, desenvolver medidas no sentido de criar um sistema comum europeu de asilo, baseado numa aplicação integral e abrangente da Convenção de Genebra. Na prática, e na minha perspectiva, estas medidas visaram sobretudo proteger as fronteiras comunitárias da União Europeia, através do controlo e da restrição da entrada de uma imigração já não desejada.[17] Esta situação veio a agravar-se ainda mais um ano depois, após os atentados de 11 de Setembro de 2001 nos Estados Unidos da América. Após estes acontecimentos, generalizou-se ainda mais o princípio da desconfiança em relação à ideia de que muitos dos pedidos de asilo seriam falsos pedidos, ou seja, não teriam como justificação a necessidade de protecção motivada por perseguições e conflitos, mas sim por razões

[16] "O SEF tem como *missão* o controlo da circulação de pessoas nas fronteiras, a entrada, permanência e actividades de estrangeiros em território nacional, prevenir e reprimir a criminalidade relacionada com a imigração ilegal e o tráfico de pessoas e a instrução dos processos de concessão dos estatutos de luso-brasileiro de igualdade e de refugiados" (SEF 2006: 66, sublinhado no original).

[17] Não desejada, no sentido em que a imigração para os países industrializados só foi estimulada no período em que se tornava necessário dar resposta a um sistema económico em expansão, ou seja: aceitou-se a mobilidade de pessoas quando existia necessidade de aumentar a produção através do aumento da força de trabalho, que escasseava na Europa. A partir do momento em que esta força de trabalho deixou de ser necessária, o sistema capitalista privilegiou a movimentação de bens e capitais, em detrimento da movimentação de pessoas. Nos dias de hoje, o significado de globalização pertence muito mais à esfera económica que à esfera social, com a consequente movimentação de pessoas: daí que o capital pretenda manter o fluxo de capitais, e não o de migrantes.

económicas: a procura de melhores condições de vida. Para os requerentes de asilo, estas medidas vieram a afectar gravemente o seu acesso aos países europeus, e na prática tiveram como consequência a "invenção" de uma outra figura jurídica: a de "*residentes temporários com autorização de residência por razões humanitárias*", com o cada vez menor número de concessões de "*estatutos de refugiados*", como se pode observar nos quadros anteriores.

Gráfico 2 – Número total de refugiados e requerentes de asilo na Europa, 1995-2004



1995	3.289.644
1996	3.402.229
1997	3.162.069
1998	2.784.891
1999	2.908.935
2000	2.758.021
2001	2.674.928
2002	2.664.076
2003	2.471.714
2004	2.337.616

Da referida conferência de 2000, destaco o discurso do Ministro da Administração Interna, à data Fernando Gomes, que, sem ter em devida conta o número residual de requerentes de asilo em Portugal (e em geral na União Europeia, tendo em consideração que o maior número de refugiados se encontra nos países africanos e asiáticos e não na Europa), [18] afirmou o seguinte:

> "*O elevado número de requerentes de asilo e pessoas deslocadas, a distinção cada vez mais imperceptível entre os refugiados na acepção da Convenção de Genebra e as pessoas que, por motivo de conflitos armados, guerras civis ou graves violações dos*

[18] De acordo com uma informação registada no *site* do CPR, no final de 2004, o número total de refugiados e requerentes de asilo distribuía-se do seguinte modo: 3.527.462 (36%) na Ásia, 3.230.718 (32%) em África, 2.337.616 (23%) na Europa e 979.795 nos outros continentes. Estes números não incluem os refugiados palestinianos em países do Médio Oriente (4 milhões), pelo que, caso fossem considerados, o total da Europa representaria apenas 16% (in "Dossier Fortaleza Europeia", CRP, http://www.refugiados.net/fort_europ/ index2.html).

> *direitos humanos, fogem dos seus países de origem, aos quais se junta ainda um elevado número de imigrantes económicos*, torna cada vez mais difícil encontrar as soluções adequadas e efectivas para as situações, de diferente natureza, em que é exigida a concessão de protecção internacional. Poderá o sistema comum europeu de asilo, baseado numa aplicação integral e abrangente da Convenção de Genebra, ser um passo decisivo para a União Europeia alcançar respostas certas e efectivas aos desafios que tais situações lhe colocam?" (SEF 2001: 7, sublinhado meu).

Também o Ministro do Interior da Finlândia (Kari Häkämies) assumiu no seu discurso o seguinte:

> "Nestas circunstâncias, o que fazer para resolver o problema dos refugiados? Em primeiro lugar, importa *naturalmente reduzir o número de refugiados*, mediante a percepção e a análise das razões subjacentes ao fenómeno. Nos últimos tempos, esta abordagem tem, justificadamente, assumindo uma importância cada vez maior, nomeadamente na UE" (SEF 2001: 15, sublinhado meu).

O que pretendo destacar aqui é esta visão economicista de "deves e haveres" em relação a pessoas que, como sabemos, não são refugiadas porque querem, mas porque essa é, por vezes, a única forma de poderem sobreviver a uma guerra, conflito armado ou outro motivo que ponha em risco a sua vida. Quem é que efectivamente tem nas suas mãos o poder de "reduzir o número de refugiados"? A situação que gera a fuga e o consequente pedido de asilo é originada a montante e não a jusante do problema. Logo, nos países de asilo, a decisão política de redução do número de refugiados passa necessariamente por manipulações jurídicas plasmadas nos contornos da lei: da atribuição do "estatuto de refugiado" passa-se a uma configuração mais ambígua e com menos garantias de acesso aos direitos: a dos "residentes temporários por razões humanitárias". Onde está então a defesa dos direitos humanos, tão utilizada nos discursos políticos dos países europeus que ao mesmo tempo se orgulham de ser espaços de "liberdade, segurança e justiça"?[19] A relação entre direitos humanos e refugiados é sem dúvida uma relação íntima; contudo, os discursos proferidos a propósito são, na sua maioria, abstractos, românticos e acríticos, em comparação com o

[19] "*Libertas, Securitas, Justitia*" é o lema da Frontex – a agência europeia responsável pelo sistema de controlo de fronteiras do Espaço Schengen. O seu objectivo oficial é o seguinte: "Coordination of intelligence driven operational cooperation at EU level to strengthen security at external borders". Na definição da sua missão inclui-se ainda que a "Frontex strengthens the freedom and the security of the citizens of the EU by complementing the national border management systems of the Member States" (in http://www.frontex. europa.eu/more_about_frontex/).

que sucede na realidade da vida dos refugiados e requerentes de asilo, tanto antes da fuga, como já depois nos países de asilo. Como refere Balibar (1994: 205):

> "Os direitos humanos tornaram-se, novamente, o absoluto dos discursos políticos. Mas pouco ou praticamente nada se ouve falar sobre as políticas dos direitos humanos, não há qualquer questionamento sobre as suas condições, formas e objectivos. Porquê esta discrição? Ou tal noção é considerada evidente (…) ou é considerada contraditória, uma vez que (ao serem o seu absoluto ou o seu princípio) os direitos humanos estão sempre para lá da política ou acima dela…"

Regressando ao documento referido anteriormente, reparamos que o referido ministro profere ainda as seguintes palavras:

> "Mas, quando vejo que, segundo o projecto de directiva da Comissão relativa à protecção temporária, mais concretamente a exposição de motivos, não será possível expulsar um cidadão se no país de origem prevalecerem condições que não permitem assegurar o respeito dos direitos humanos e o Estado de direito, interrogo-me se não se tratará de *uma formulação demasiado extensiva*" (SEF 2001: 30, sublinhado meu).

Nestas palavras, coloca-se nitidamente a possibilidade de, nos países da União Europeia, se retirar os direitos de protecção de refugiados anteriormente expressos claramente pela Convenção de Genebra, ao sugerir que os "direitos humanos" são demasiado abrangentes, mesmo quando se configura a hipótese de perseguição e morte. Um dos discursos a destacar, por contraponto aos discursos políticos dominantes nesta conferência, é o da representante do ACNUR, Erika Feller, que evoca o autor Jeremy Arden para criticar os discursos dominantes, propondo uma outra abordagem:

> "Uma conclusão que, após muita investigação, o autor considerou justificada é a de que os requerentes de asilo são cada vez menos bem-vindos em muitos países, a menos que tenham sido formalmente convidados através de programas de realojamento, ou de regimes de vistos ou de admissão temporária, vindos de países em crise. No caso de entrarem por outras vias, observa o autor, os requerentes de asilo terão de enfrentar consequências inevitáveis, entre as quais o facto de os seus motivos serem considerados de ordem económica, para além de que a entrada em situação irregular os prejudicará no processo de apreciação do seu pedido" (SEF 2001: 39).

Assim, segundo os acordos políticos previstos nesta conferência (e aplicados posteriormente, em particular após a criação da Frontex em 2005) com vista à

elaboração de um sistema comum de asilo, que tendem a associar a figura do requerente de asilo à de imigrante ilegal, o refugiado passa a ser, a meu ver, *considerado culpado até prova em contrário*. Como refere o autor David Sánchez Rubio no livro *Contra una Cultura Anestesiada de Derechos Humanos,*

> "Em nome de determinadas concepções dos direitos humanos, estabelecem-se condições de morte para os que não se inserem no perímetro de protecção estabelecido pelo funcionamento do sistema capitalista. A política que se utiliza é aquela que defende os direitos humanos, à custa de violar a dignidade e a vida das pessoas que não se adaptam à lógica do sistema de mercado a que estão sujeitas. (…) Basicamente, o preconceito ou o erro em que incorre o Ocidente é o de reduzir a capacidade de criar, desenvolver e desfrutar dos direitos a determinados grupos humanos, negando a possibilidade de outros grupos humanos deles desfrutarem. (…) Lutam [os imigrantes] já não apenas pela liberdade e pela igualdade, mas, principalmente, pela vida e por uma sociedade em que haja lugar para todos. Mas como põem em perigo a ordem da convivência dos países do Norte, são vistos como uma ameaça que há que controlar. (…) São tolerados unicamente os comportamentos que são afins à lógica do sistema" (Sánchez Rubio 2007: 81).

As políticas de fronteira no Espaço Schengen tendem, cada vez mais, a ser ditadas pelo medo e o controlo relativamente àqueles que aparentemente não lhe pertencem, aqueles que constituem uma suposta ameaça, constituindo este um dos sentimentos que melhor caracterizam a união no interior das fronteiras da UE. Este ciclo de medos acaba por criar políticas cada vez mais restritivas face a perigos renovados. Contudo, ao erguerem-se barreiras jurídicas no espaço onde antes havia muros e fronteiras físicas, os Estados europeus acabam por contribuir para a proliferação de cada vez mais e mais poderosas redes de traficantes. Com estes sistemas securitários cada vez mais sofisticados (por exemplo, através do Eurodac[20] e da Frontex), a União Europeia acaba

[20] "O sistema Eurodac permite aos Estados-Membros identificar os requerentes de asilo, bem como as pessoas que foram interceptadas ao transporem ilegalmente uma fronteira externa da Comunidade. Comparando as impressões digitais, os Estados-Membros podem verificar se um requerente de asilo ou um estrangeiro que se encontre ilegalmente no seu território já formulou um pedido num outro Estado-Membro ou se um requerente de asilo entrou irregularmente no território da União. O Eurodac compõe-se de uma unidade central gerida pela Comissão Europeia, de uma base de dados central informatizada contendo impressões digitais e meios electrónicos de transmissão entre os Estados-Membros e a base de dados central. Para além das impressões digitais, os dados transmitidos pelos Estados-Membros incluem, nomeadamente, o Estado-Membro de origem, o lugar e a data do pedido de asilo, se for caso disso, o sexo e um número de referência, bem como a data da recolha das impressões e a data da transmissão dos dados à unidade central. As informações são recolhidas relativamente a todas as pessoas com mais de 14 anos de idade e são introduzidas na base de dados directamente pela unidade central" (in

por, na prática, incorrer contra os princípios consagrados na Convenção de Genebra, sendo cada vez mais os refugiados a ficar ameaçados pelos próprios Estados que juraram protegê-los – e não esses Estados a ficar ameaçados pelos refugiados.

Uma outra conclusão que se pode retirar desta conferência é a de que a maioria dos Estados que assinaram a Convenção de Genebra tem uma concepção muito limitada do que implica proteger. Segundo o que aí está consagrado relativamente ao estatuto de refugiado, todos os refugiados têm direito à protecção contra o *refoulement,* [21] mas também devem ser-lhes garantidos outros direitos, como, por exemplo, o direito à liberdade religiosa, à justiça, à educação, e à isenção de penalização por entrada ilegal, pelo facto de se encontrarem num país de asilo. Para além disso, quando o estatuto de refugiado já se encontra regularizado, são também garantidos outros direitos, como o direito ao trabalho, à liberdade de circulação, à protecção contra a expulsão. Por vezes, os Estados tendem a esquecer estes outros princípios, acabando por iludir os direitos daqueles que garantiram proteger.

Efeitos da lei na vida quotidiana

A maioria dos Estados-membro da União Europeia (excepto: Irlanda, Reino Unido, Chipre, Roménia e Bulgária) e ainda outros não comunitários (Islândia, Suíça, Noruega) são regulados pelas políticas de fronteira accionadas a partir de 2004, data em que se definiu o espaço Schengen e consequentemente a agência Frontex. A criação desta agência, por sua vez, resultou de vários tratados e acordos entre os quais se destaca o Tratado de Amsterdão, bem como os acordos de Tampere, Laeken, Sevilha e Thessalonica. O principal objectivo referido por esta agência é o de reforçar e dinamizar a cooperação entre os Estados membro no controlo das fronteiras.[22] Já o Regulamento de Dublin, estabelecido pelo Conselho dos Estados-Membros da União Europeia,[23] determinou a obrigação de análise de cada pedido de asilo no país onde este é solicitado, com base em determinados critérios pré-estabelecidos, com vista ao evitamento do fenómeno referido neste documento como "asilum shopping", isto é: a

http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/l33081_pt.htm).

[21] Princípio de *non-refoulement:* os refugiados não devem ser repatriados se no destino irão ser alvo de perseguição, ou se sobre eles pende a ameaça de poderem vir a sê-lo.

[22] Cf. informação disponibilizada em http://www.frontex.europa.eu/origin_and_tasks/origin/.

[23] Cf. Resumo disponível em http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/ free_ movement_of_persons_asylum_immigration/l33153_pt.htm.

suposta prática de requerer asilo em diversos estados, depois de ter sido inicialmente recusado num determinado estado (este termo é controverso pois pode configurar um abuso no próprio processo do direito de pedido de asilo). Para que tal seja evitado, os Estados-Membro criaram em 2000 um sistema de controlo denominado Eurodac, gerido por uma unidade central da Comissão Europeia e cujo objectivo é criar um sistema de comparação de impressões digitais dos requerentes de asilo e de determinadas categorias de imigrantes clandestinos, determinando qual o país onde o requerente solicitou asilo pela primeira vez, passando esse mesmo país a ser responsável pela análise do pedido. Tal como se pode ler no site da Eurodac,

> "para além das impressões digitais, os dados transmitidos pelos países da UE incluem: o país da UE de origem; o sexo da pessoa; o lugar e a data do pedido de asilo ou da intercepção da pessoa; o número de referência; a data da recolha das impressões; a data da transmissão dos dados à Unidade Central. As informações são recolhidas relativamente às pessoas com pelo menos 14 anos de idade, sendo enviadas para a Unidade Central através de pontos de acesso nacionais. No que diz respeito aos requerentes de asilo, os dados são conservados durante dez anos, excepto se a pessoa obtiver a cidadania de um dos países da EU".[24]

No que diz respeito a Portugal, sendo este um dos países da União Europeia que assinou todos os acordos previamente referidos, são também aqui aplicadas as directrizes respeitantes à entrada de requerentes de asilo. Relativamente às medidas legislativas de maior importância após a viragem de século em Portugal, destaca-se a nova Lei de Asilo (Lei n.º 27/2008, de 30 de Junho). Na prática, esta lei, aprovada por unanimidade no Parlamento, veio reforçar a protecção dos requerentes de asilo considerados mais vulneráveis – os menores e menores *não-acompanhados* –, para além de aplicar o princípio de *non-refoulement*, ou seja, a proibição de expulsar os requerentes de asilo para outro país em que a sua vida em liberdade esteja ameaçada. Saliento, a propósito deste último aspecto, algo que refiro no capítulo 7 a respeito da Associação dos Refugiados em Portugal e que mostra que, apesar de este princípio estar consagrado na lei, na realidade a sua aplicabilidade fragiliza-se. Um requerente de asilo foi confrontado com uma ordem de expulsão de Portugal, aplicável num período de 20 dias, motivada por este requerente ter exigido no SEF (juntamente com outros

[24] Informação disponibilizada em http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/l33081_pt.htm.

companheiros) uma explicação para o facto de o seu processo de pedido de asilo se arrastar por demasiado tempo, sem qualquer explicação plausível. Só após o pedido de intervenção do apoio jurídico do CPR foi anulada a ordem de expulsão, o que denota a arbitrariedade dos decisores do SEF, que passam por cima da própria lei.

Uma outra novidade nesta lei de 2008 é referente a uma figura jurídica distinta de refugiados: os *refugiados reinstalados.* Esta designação remete para a transferência de refugiados do seu país de asilo (onde já possuem esse estatuto legitimado) para um país terceiro (neste caso, Portugal), tendo-se previamente acordado acolhê-los e conceder-lhes um estatuto formal, com residência permanente e faculdade de aquisição de nacionalidade. De acordo com a experiência do trabalho de campo, esta situação pode efectivamente acontecer. Os refugiados instalados anteriormente em campos de refugiados, principalmente em países africanos, correm risco de vida (por motivos de insegurança[25] ou mesmo de agravamento do estado de saúde). Tal mostra a fragilidade da vida humana nos campos de refugiados, com a notória ausência de condições sanitárias e apoio médico sempre que a saúde é afectada gravemente, o que de facto aconteceu com uma das famílias referidas no estudo *Quando Não existe Uma Segunda Casa: Saúde dos Refugiados e Requerentes de Asilo Numa Perspectiva de Vulnerabilidade"* (Santinho 2010).[26] Apesar de, na lei referida anteriormente, estar previsto que Portugal deve receber anualmente 30 refugiados reinstalados, só em 2009 essa quota foi atingida. Pode ler-se o seguinte no *site* do CPR:

> "*Portugal completou pela primeira vez em 2009 a quota anual de 30 refugiados recebidos ao abrigo do Programa de Reinstalação*. Sobre os pedidos de asilo espontâneos, nos pontos de fronteira, foram concedidos apenas três estatutos de refugiados e 45 autorizações de residência por razões humanitárias, menos 33 que em 2008. As 30 pessoas que chegaram em 2009 ao abrigo do Programa de Reinstalação já viviam noutros países que lhes tinham concedido o estatuto de asilo. É assim que

[25] De acordo com a publicação do ACNUR, *Resettlement Handbook* (2004), existem critérios específicos para a reinstalação de refugiados num segundo país de asilo. O que está na base da necessidade de atribuição deste estatuto e consequentemente, da urgência da transferência destes refugiados são nomeadamente, agravamento da saúde física e mental pelas seguintes razões principais: ausência de habitação e de saneamento básico, ausência de acesso estruturado à saúde, alimentação muito escassa, problemas sociais motivados por disputas internas entre grupos étnicos rivais, tráfico de influências, assédio sexual, violações…

[26] Este estudo foi desenvolvido pela Associação Grupo Imigração e Saúde em 2010, com coordenação científica de Maria Cristina Santinho e financiamento do Fundo Europeu dos Refugiados, através da EMGFC (MAI), e da Fundação Calouste Gulbenkian – Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano.

> funciona esse programa entre o Governo e o Alto-Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, nunca tendo sido atingida a quota dos 30 anuais, desde 2008, ano em que foi assinado. "Houve um esforço para atingir a quota de reinstalações, muito embora seja a quota mínima, mas já é um balanço positivo", diz Teresa Tito de Morais, presidente do Conselho Português para os Refugiados (CPR). Um grupo de 12 pessoas, naturais da República Democrática do Congo, vivia na Tanzânia; outro de 14, oriundos do Afeganistão, Somália e Etiópia, estava na Ucrânia, e uma mãe e três filhos do Iraque recebidos pela Síria. (…). Em 2009, 139 fizeram o pedido, menos 22 do que em 2008. *O MAI concedeu, apenas, três estatutos de refugiado, dois por cento da totalidade dos pedidos e quatro vezes menos que no ano anterior. Considerou que a grande maioria não tinha o perfil, acabando por atribuir 45 autorizações de residência por razões humanitárias, uma posição diferente da do CPR. "O CPR pronunciou-se favoravelmente a 77% dos pedidos quando a taxa de concessões foi de 34,5%. Continua a haver uma divergência", diz Teresa Tito de Morais, que recomenda que se conceda mais vistos por razões humanitárias e uma maior celeridade dos processos de admissão*" (Neves s/d, sublinhado meu).

Através deste texto, podemos inferir que, se existem, por um lado, acordos entre o Estado português – através das leis que promulga – e o próprio ACNUR, no sentido de se garantir neste país o cumprimento da quota de acolhimento de 30 refugiados reinstalados ao ano, por outro lado, a realidade é bem diferente, uma vez que o próprio Ministério da Administração Interna não toma em linha de conta as orientações dadas pelo CPR e os compromissos anteriormente firmados com o ACNUR, no sentido de atingir o objectivo mínimo anual de reinstalação previamente acordado.

1.5 – Lei de Asilo e saúde

No que diz respeito à saúde – tema central desta tese – poderemos igualmente verificar que existe uma desvinculação entre o que está consagrado na lei e a realidade quotidiana daqueles que, sendo refugiados, poderiam usufruir da protecção na saúde que a lei portuguesa lhes confere. No que se refere à lei de 2008, já mencionada, são de sublinhar várias inovações, como, por exemplo, a concessão de um vasto conjunto de direitos, designadamente o direito ao emprego, à *saúde*, à educação e à protecção social. Para o caso concreto da saúde, são de destacar dois artigos: o artigo 73.º e o artigo 80.º.

"*Cuidados de saúde* – 1 — Os beneficiários do estatuto de refugiado ou de protecção subsidiária e respectivos membros da família têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde, nas mesmas condições que os cidadãos nacionais. 2 — São assegurados cuidados de saúde adequados aos beneficiários do estatuto de refugiado ou de protecção subsidiária que se integrem nos grupos de pessoas particularmente vulneráveis nas mesmas condições que aos cidadãos nacionais. 3 — Considera-se que têm necessidades especiais para efeitos do número anterior, as grávidas, os deficientes, as vítimas de tortura, violações ou outras formas graves de violência física, psicológica ou sexual, os menores que sofreram qualquer forma de abuso, negligência, exploração, tortura, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes ou os efeitos de um conflito armado" (Lei n.º 27/2008, artigo 73.º).

"Vítimas de tortura ou violência – Às pessoas que tenham sido vítimas de actos de tortura, de violação ou de outros actos de violência grave é assegurado tratamento especial adequado aos danos causados pelos actos referidos, nomeadamente através da especial atenção e acompanhamento por parte do respectivo centro distrital do Instituto de Segurança Social, I. P., e serviços de saúde ou das entidades que com este tenham celebrado protocolos de apoio" (Lei n.º 27/2008, artigo 80.º).

Contudo, como referi, comparando as garantias que esta nova lei dá aos refugiados e requerentes de asilo e a sua aplicação na prática, nomeadamente no direito ao emprego, à educação e, em particular, à saúde, podemos afirmar que existe, por enquanto, uma enorme fragilidade na aplicabilidade destes direitos consagrados na lei, o que na prática vem contribuir para um agravamento no estado de saúde dos refugiados. A ausência de apoios de saúde estruturados entre o CPR e o Serviço Nacional de Saúde ou outras instituições de carácter não-governamental, a ausência de uma mediação cultural para a saúde com carácter formal e a ausência de um atendimento na saúde que tenha em consideração as diferenças culturais dos pacientes, bem como a sua recente história de vida num contexto de fuga e asilo, agrava ainda mais a difícil integração dos refugiados e requerentes de asilo, com o natural reflexo nas outras áreas sociais. Saliento igualmente que até agora, a meu ver, esta tem sido uma das áreas em que há menor investimento por parte do CPR. Foi também por esta instituição ter consciência duma situação ainda frágil no campo da saúde que me abriu a possibilidade de levar a cabo esta investigação, para além de, no ano de 2009, ter acolhido nas suas instalações o Projecto de investigação/acção levado a cabo pela associação Grupo Imigração e Saúde.

CAPÍTULO 2 – INTERSECÇÕES CONCEPTUAIS NO CAMPO DOS REFUGIADOS E DA SAÚDE

2.1 – Entre normas jurídicas e realidades sociais

Desenrolando o novelo dos enfoques teóricos

Por onde começar a escrever sobre refugiados e saúde, atendendo a que tanto um, como outro conceito têm os seus próprios enquadramentos políticos, sociais e culturais tão complexos e com corpos teóricos tão vastos e aparentemente autónomos?

Historicamente, ambos os conceitos têm produzido separadamente abordagens teóricas profícuas de carácter predominantemente sociológico e jurídico, em particular nos campos das políticas de saúde e das políticas de administração de conflitos provocados por guerras, violência e perseguição, sobretudo na área específica dos direitos humanos dos refugiados e dos requerentes de asilo. Porém, na última década, os fluxos migratórios transcontinentais e o processo de globalização, orientam o olhar da antropologia para o emergir de teorias inovadoras que privilegiem uma abordagem sociocultural sobre estas temáticas. Parte-se do princípio de que, por detrás das políticas de saúde adoptadas por cada *Estado europeu* com vista à maior ou menor integração e acessibilidade dos refugiados e requerentes de asilo nos sistemas nacionais de saúde, existem argumentos nacionais/locais, mais ou menos favoráveis à definição de permissão de acesso à saúde por parte destes, que dependem sobretudo das aparentes pressões demográficas que os mesmos exercem sobre *as portas de entrada* em cada um destes Estados. Significa isto que as abordagens teóricas nacionais ou até transnacionais – como é o caso do Espaço Schengen europeu – produzidas por estas temáticas cruzadas (refugiados e saúde) derivam e são condicionadas por complexas estratégias políticas, históricas e contemporâneas, relacionadas com processos coloniais e pós-coloniais; localizações geopolíticas de países com fronteiras mais ou menos próximas dos lugares *emissores* de refugiados e requerentes de asilo; políticas de Estado pretensamente integradoras ou assumidamente excludentes de imigrantes e refugiados; capacidade ou incapacidade de discussão pública por parte da sociedade civil sobre conceitos mais alargados como os direitos humanos e a cidadania; experiências próximas ou longínquas de lugares de conflitos armados, guerras, traumas e sofrimentos daí decorrentes e até,

existência de corpos académicos mais ou menos orientados para a investigação destas matérias.

A introdução destas temáticas (minorias, imigrantes, refugiados…) como eventuais agentes políticos construtores de uma epistemologia própria, ajudou a tornar os discursos jurídicos e sociais mais complexos e múltiplos, mas, sobretudo, ajudou a salientar a necessidade de uma interligação entre ambos. Podemos afirmar, portanto, que estamos no plano das normatividades fragmentadas, inerentes aos processos político-jurídico-sociais existentes no contexto de cada Estado e na relação entre Estados.[27] São as normatividades produzidas no campo jurídico (Habermas 1997), que começam agora, particularmente em Portugal, a ser questionadas pela investigação académica nas ciências sociais e humanas, mas também e mais precisamente pelo activismo militante de organizações sociais de base. Por um lado, fala-se da necessidade de reconhecer e legitimar a narrativa dos indivíduos que até há bem pouco tempo eram (e nalguns casos, continuam a ser) marginais ao sistema, e que falam a partir das suas experiências e carências quotidianas. Por outro lado, existe a imperatividade dos princípios legais que permite, ou proíbe a integração dos mesmos no *Estado-nação*, reconhecendo-lhes ou não o papel de cidadãos de pleno direito (como os refugiados em contexto de asilo, por exemplo). Coloca-se portanto a pertinência de dar sentido ao social, através da observação das práticas do quotidiano, destacando as contradições entre o sistema jurídico e as dificuldades da vida de todos os dias dos refugiados e requerentes de asilo.

As normatividades jurídicas que regem o acesso destes à saúde, por exemplo, carecem de maior flexibilidade e abertura à subjectividade, inerente à multiplicidade de perspectivas individuais, culturais, mas, sobretudo, sociais e políticas.

2.2 – Desbravando o campo das emoções

No quadro desta dissertação, proponho seguir distintas pistas de pesquisa que tendem a explorar as representações associadas aos conceitos de refugiado e requerente de asilo, tendo como pano de fundo a saúde física e mental. Parte-se do ângulo de visão teórica da antropologia médica crítica, sublinhando *lato sensu* um olhar multidireccional que aproxima duas linhas principais de indagação que ao largo desta dissertação, irão

[27] Já Jürgen Habermas (1997) tinha levantado a questão da necessidade de relação entre direito e ciências humanas, na obra *Direito e Democracia*.

encontrar-se no próprio terreno da pesquisa etnográfica. Já fora deste capítulo, procurarei explanar o panorama social e jurídico das políticas referentes aos refugiados e exilados. Neste campo, destaco: 1) como se assume em Portugal e nos outros países europeus (em particular no Espaço Schengen) a categorização de refugiado e requerente de asilo; 2) quais as condicionantes que estão na base do reconhecimento de asilo por parte das autoridades; 3) quais os actores nacionais responsáveis pela integração dos refugiados e de que modo actuam para levar a cabo essa integração.

Num outro enfoque, pretendo mostrar os desencontros entre as necessidades objectivas e subjectivas dos refugiados e requerentes de asilo relativas à saúde, e as "ofertas" terapêuticas que lhes são disponibilizadas.

De momento, proponho elaborar um levantamento das perspectivas teóricas no domínio da antropologia da saúde e da doença e da antropologia médica crítica (aplicada) que possam vir a esclarecer as escolhas de autores de referência que, pelos seus trabalhos, serviram de cenário à própria investigação e análise. Considero que o conceito de saúde e doença pela sua complexidade e diversidade é difícil de ser definido, pelo risco de se tornar redutor. Contudo, partilho a perspectiva de Kleinman e Petryna (2001: 4), ao afirmarem que para se perceber o significado de saúde, é necessário perceber os contextos locais. Ou seja, é através da observação da experiência quotidiana, dos conhecimentos locais, das redes sociais que influenciam a agencialidade pessoal e o acesso aos cuidados de saúde, bem como a observação dos modos de transmissão da doença que se pode começar a entender os significados da saúde e da própria doença. Nesta perspectiva, a doença é vista não como algo simplesmente originado nos indivíduos ou derivada de forças sociais, mas como o produto de interacções complexas entre indivíduos e os seus contextos sociais, históricos e políticos.

A opção pela antropologia médica crítica fez-se por me ter dado conta, a partir do terreno etnográfico, de que a temática da saúde dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, estava carregada de desencontros, contradições e desatenções que colocavam em ruptura um sistema de saúde público ou privado e as necessidades sentidas pelos sujeitos em análise (refugiados). Esses desencontros derivavam, em primeiro lugar, da posição hegemónica que a biomedicina exerce em Portugal, pouco adaptada à diversidade e a outras noções de sofrimento e mal-estar resultantes, não necessariamente de factores físicos ou mentais, mas de violências quotidianas passadas e presentes, a que estão sujeitos os refugiados e requerentes de asilo no seu processo de

inclusão na sociedade portuguesa. Para estes, claramente, a procura de cuidados de saúde é, acima de tudo, um pedido de atenção, de reconhecimento e de cidadania, estando longe de a assumirem como uma necessidade prioritária.

A antropologia médica crítica tem a particularidade de estar mais atenta às determinantes estruturais e às relações de poder que estão na base dos problemas de saúde. Isto é, dá particular atenção científica ao contexto social e político em que as problemáticas da saúde emergem, através da observação das dependências que vinculam a estrutura de saúde de cada contexto nacional às lógicas globais dos sistemas sociais, por um lado e por outro, aos conflitos pessoais e grupais que podem emergir dessas dependências ou desencontros. Digamos ainda que a preferência por este enfoque teórico resulta da observação da inadequação dos cuidados de saúde orientados para os refugiados e as reais necessidades destes, plasmados em contexto de consulta e na frequente ausência de relação entre médico e paciente. A inadequação de cuidados de saúde resultará em parte, das lógicas de poder de um sistema biomédico que reflecte as próprias lógicas estruturais da sociedade: o médico surge, na maioria dos casos, como autoridade incontestável, por oposição ao paciente "vítima", "vulnerável" e "ignorante" quanto aos seus padecimentos. Nas palavras de Pussetti:

> "As interpretações do sofrimento apelam a uma consciência da história do discurso que as elabora, e o seu contexto é sempre o das relações de poder locais: um posicionamento crítico considera necessariamente as práticas e estratégias terapêuticas no interior das relações de força que as geram e sustentam, avaliando a posição dos interlocutores e a ideologia veiculada pelas categorias diagnósticas" (2009: 21).

2.3 – A escassez dos estudos sobre refugiados e requerentes de asilo em Portugal

No que diz respeito a Portugal, ao contrário do que se passa no terreno da imigração e saúde, são por enquanto bastante escassos, ou praticamente inexistentes, os referentes teóricos antropológicos sobre refugiados e requerentes de asilo. Nas outras áreas das ciências sociais, a situação é análoga. Anteriormente ao tempo de duração desta investigação, foram produzidas três teses, duas de carácter antropológico e uma no âmbito das relações interculturais correspondendo uma delas a licenciatura (Haex 2007) e as outras a mestrado (L. Sousa 1999; M. J. Sousa 2003) sobre a temática da inserção dos refugiados em Portugal. Ambas, se bem que realizadas no mesmo contexto de

observação da presente dissertação – Conselho Português de Refugiados –, tinham como principal eixo de investigação a temática das relações entre requerentes de asilo residentes no Centro de Acolhimento da Bobadela (CPR/CAR) e das suas dificuldades de reconhecimento e integração na sociedade de acolhimento. O estatuto dos dois investigadores enquanto observadores de terreno foi também diferente do meu próprio: tanto Haex (2007) como L. Sousa (1999) solicitaram a sua integração na estrutura do CPR enquanto voluntários.[28] No que me diz respeito, foi claramente enquanto investigadora de antropologia que pretendia aprender com os refugiados sobre a sua percepção de saúde, doença, mal-estares, sofrimento e trauma, que fui aceite pela própria direcção do CPR, o que me permitiu assumir esse papel e não outro, pelo menos perante a instituição de acolhimento.

Atendendo a que não existem por enquanto, em Portugal, outros referentes teóricos no âmbito dos refugiados e da saúde, optei por seguir três percursos de investigação complementares e preferencialmente dialogantes. Por um lado, pretendo pesquisar, ainda que de forma sumária, os conhecimentos teóricos antropológicos e também de outras ciências sociais já produzidos no âmbito nacional, referentes à saúde física e mental no contexto mais geral dos imigrantes. Por outro, pretendo seguir o que se tem teorizado no contexto mais alargado na União Europeia e dos Estados Unidos sobre saúde (física e mental) dos refugiados. Finalmente, opto por sair do contexto relativamente mais confortável da antropologia, para pesquisar outros referentes e práticas terapêuticas do domínio da saúde mental dos refugiados. Aqui, os alvos das minhas pesquisas serão em particular a psiquiatria transcultural e a etnopsiquiatria, verificando do que se fala, quando se fala de saúde dos refugiados eventuais vítimas de sofrimento, tortura e trauma, e consequências mentais provenientes de guerras, conflitos, perseguições e torturas. Um dos campos de análise incontornável será, por conseguinte, a tão polémica e americanizada noção de PTSD – Post Traumatic Stress Disorder:[29] partindo das experiências de médicos, terapeutas e outros cientistas sociais provenientes dos terrenos de conflito, pretendo analisar e, se possível, dialogar com as suas opções científicas a partir dos locais de guerra em que estes trabalhavam.

[28] O CPR integra frequentemente na sua estrutura de acolhimento – o CAR – alguns candidatos a voluntários que vêm a desempenhar actividades pontuais de facilitação, acompanhamento e integração de refugiados. Na prática, estes voluntários são primeiro sujeitos a uma formação pontual dada pela própria instituição e acabam por ser uma ajuda ao trabalho desempenhado pelos próprios técnicos que já ali trabalham.

[29] PTSD: também designado por Post Traumatic Syndrom Disease (APA 1994).

A proximidade com estas pesquisas foi facilitada através de um curso de pós-graduação, conducente a uma "*community of practice"*, criada essencialmente pelo médico e professor Richard Mollica, também director do curso e autor de uma vasta obra sobre refugiados e trauma. O curso "*Mastery in Global Mental Health: Trauma and Recovery" do Harvard Program in Refugee Trauma,* está academicamente centrado na Universidade de Harvard (EUA) e tem parceria com o Ministério da Saúde em Itália, país em que se realizou (Orvieto, Itália) e no qual participei entre Novembro de 2008 e Maio de 2009. Optei por fazer esta formação por ter sentido necessidade de conhecer mais profundamente o tipo de abordagem científica que estava a realizar-se quer nos Estados Unidos da América, quer na Europa, no domínio específico da saúde mental dos refugiados vítimas de trauma. Uma das maiores motivações foi a de poder encontrar interlocutores que também desenvolviam as suas pesquisas com refugiados e requerentes de asilo na perspectiva abrangente da saúde, uma vez que, em Portugal, não existe ainda uma "comunidade de práticas" com quem partilhar experiências etnográficas e dúvidas científicas.

No ano em que participei, para além de antropólogos, havia também médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, sendo que a maioria trabalhava em contextos de guerra e conflito. Para além das ferramentas científicas e bibliográficas e das amplas discussões com base nos estudos de caso apresentados pelos alunos e discutidos e analisados pelos professores, o curso teve ainda a particularidade de ensinar a desenvolver projectos em parceria com múltiplas instituições, para além do âmbito da saúde. Os enfoques teóricos predominantes assentavam na competência cultural e diversidade terapêutica, saúde mental e direitos humanos. Este master estava ainda dividido nos seguintes módulos: Mental Health Policy and Legislation; Financing; Science-Based Mental Health Services; Building an Ongoing Program of Mental Health Education; Coordination of Mental Health Activities; Mental Health Linkages to Economic Development; Mental Health Linkages to Human Rights; Research, Evaluation and Ethics. Analisando retrospectivamente o curso, concluo que foi para mim bastante importante aprender com quem já tinha uma longa experiência de terreno no campo da saúde mental dos refugiados e que acima de tudo, sabia relacionar tanto na teoria como na prática, os efeitos do trauma com os contextos políticos que os produzem. A diferença mais substancial que encontrei quer com os colegas de curso quer com os professores, foi a de me sentir isolada em relação às práticas e experiências que todos eles já possuíam no campo da saúde. Isto é: os psicólogos, psiquiatras e

antropólogos do curso desse ano (pelo menos), estavam já inseridos em equipas multidisciplinares e transculturais no campo da saúde dos refugiados. Algo que em Portugal ainda não se verifica. Encontrar caminhos na saúde mental que não assentam unicamente na análise teórica mas que dão um passo mais além, mostrando ferramentas inovadoras para trabalhar através de redes e parcerias, fazendo-o sem descorar a importância política da intervenção em saúde mental dos refugiados, foi também o *leitmotiv* para o projecto de investigação-acção que mais tarde viria a coordenar (Santinho 2010).

Iniciando a pesquisa no contexto português, cabe-me fazer uma breve apresentação das razões que me levaram a considerar a importância da inclusão dos documentos relativos a um estado de alguma maneira diferente dos refugiados e requerentes de asilo – o dos imigrantes. Desde logo, refiro-me ao *estado de estar* imigrante e ao *estado de estar* refugiado, não no sentido de condição de permanência relativamente a um estatuto ou a uma identidade, mas no que se refere às experiências quotidianas marcantes, passadas e presentes, que determinam a sua relação com as instituições: as fronteiras, os hospitais, a Segurança Social, o Instituto de Emprego, para nomear apenas algumas. A necessidade de reinventar, por parte dos refugiados e requerentes de asilo, no tempo presente, uma experiência de superação em relação às separações, e às perdas reais e simbólicas, é substancialmente diferente das experiências porque passam a maioria dos imigrantes que alcançam o território português. Os primeiros: os imigrantes, não compartem com os segundos: os refugiados e requerentes de asilo, os contextos de guerra, conflito, perseguição e até tortura que um dia os obrigou a fugir dos seus contextos territoriais e étnicos, aos quais não podem regressar por um longo ou mesmo incessante período de tempo, sob pena de verem as suas vidas de novo em risco, para além de raramente o percurso de fuga ser linear ou directo, sendo comum na maioria dos casos etnografados, uma viagem tortuosa, indirecta, clandestina e solitária que tardou meses e até anos e que incluiu passagens por muitos outros países e territórios, desde o momento da fuga até ao pedido de entrada no país de asilo. Esse *estar refugiado ou requerente de asilo*, ou essa condição, ou estatuto, definido juridicamente e socialmente como diferente do estatuto de imigrante, faz com que a forma de se relacionarem no contexto de asilo, os coloque aqui em Portugal, num limbo de ausência de reconhecimento e até indiferença por parte da sociedade de acolhimento, referindo todos eles, refugiados e requerentes de asilo com os quais trabalhei, uma narrativa de sofrimento e verbalização de vitimização assumida pelos

próprios, sempre associada à sua condição de asilo, referindo igualmente que essa vitimização lhes é imposta pela sociedade portuguesa, nas violências quotidianas plasmadas na incessante procura por um emprego, ou no apelo ao reconhecimento social das suas capacidades criativas e dos seus saberes para a sociedade que lhes deu asilo, mas que raramente lhes dá oportunidades.

2.4 - Sobre o conceito de refugiado

Qual a maneira mais adequada de conceptualizar a ideia de imigrante ou a ideia de refugiado? Porque é que necessitamos de encontrar os contornos reais e simbólicos das palavras que significam pessoas, num momento histórico em que a chamada "globalização" caracterizada essencialmente por mudança de paradigmas económicos e sociais, tem produzido na última década, uma severa crise económica que afecta tanto os países do norte, como do sul? A mobilidade das populações existe em grande parte, por razões que se prendem com a ausência de recursos financeiros (mas também por situações ambientais catastróficas) que garantam a vida digna dos indivíduos. Desde 2003, o número de *migrantes* no mundo (incluem-se aqui obviamente as migrações sul/sul e norte/norte) tem oscilado entre 100 e 200 milhões (Castles 2003). De acordo com Michel Agier (2008a), em 2008, 50 milhões equivalem a *migrantes forçados* e entre estes, incluem-se todos os que são varridos pela "indústria migratória", nomeadamente pessoas vítimas de tráfico e contrabando.

Um dos modos possíveis de tentativa de distinção dos conceitos de "imigrantes" e "refugiados" é pensando no termo metafórico (e não inocente, uma vez que estas definições, são usados fundamentalmente pelos que têm necessidade de categorizar os termos, ou seja: os países receptores, e não necessariamente pelos próprios migrantes): *forced migrants* (Stein 1981; Turton 2003). Esta categoria de "*migrantes forçados*", corresponde a "pessoas vulgares", emersos em situações históricas, políticas e sociais que ao longo dos anos foram sendo alvo de preocupações políticas, mas que não encontram necessariamente correspondências ao nível da observação empírica. Os migrantes não correspondem contudo a uma *massa informe* pronta para *invadir* as fronteiras dos "*Estados civilizados*", como frequentemente são percepcionados pela sociedade dos países receptores que se preparam para estancar ou abrir as portas a estes "fluxos*"*, regulados inevitavelmente pela maior ou menor necessidade de força laboral. Tão pouco os *migrantes forçados,* correspondem a massas de vítimas indigentes,

dependentes e passivas que se conduzem a elas próprias na direcção de países pacíficos. Muitos dos que chegam às fronteiras da Europa por exemplo, desconhecem de todo o termo *refugiado* ou *requerente de asilo*. Também não se definem a eles próprios em torno a estes conceitos.[30] De facto, o que cada um dos potenciais refugiados possui ao chegar a Portugal e a idiomas reais e simbólicos que desconhece é a sua experiência de vida, a sua história mais ou menos dramática, não a de um hipotético colectivo pré-conceptualizado por outros.

Do lado de fora das definições jurídicas, resultantes da necessidade de encontrar leis que regulamentem a condição específica dos migrantes (em particular a partir da Convenção de Genebra de 1951), podemos encontrar, por parte dos cientistas sociais, tentativas de entendimento destes conceitos (*imigrante, refugiado, requerente de asilo, imigrante ilegal ou indocumentado*…). Como menciona Soguk, não pode existir um paradigma intrínseco associado à figura do refugiado, pronto a ser reconhecido e registado, sem que se deva tomar em consideração a sua experiência particular ou a contingência histórica. Pelo contrário. Nas palavras deste autor: "Há mil experiências variadas de refugiados e mil figuras de refugiados cujos significados e identidades são negociados no processo de deslocamento no tempo e no espaço" (Soguk 1999: 4). Já para Hannah Arendt (1978 [1943]), por exemplo, um refugiado é aquele que não tem um país. A cidadania deveria ser por conseguinte a salvaguarda dos direitos dos seres humanos, ou seja: "the right to have rights". Giorgio Aganben (1997) recupera esta ideia, para fazer coincidir o conceito de refugiado à ideia de *homo sacer*, simbolizando a ideia de vida despida condenada a desaparecer. Zygmunt Bauman (1998) vai mais longe, referindo-se à situação de refugiados como "human waste", no sentido em que são pessoas que se tornaram redundantes na sua própria sociedade e por conseguinte, perderam o direito de aí permanecer.

A que corresponde então a categoria de *migrantes forçados* e porquê relacioná-la com os refugiados? Uma das propostas de Turton (2003) e Bauman (1998), é a de focar a abordagem não necessariamente nas experiências e necessidades destes – [fuga a contextos de guerra, torturas, perseguições, em suma, "…the poor majority who are prepared to take tremendous risks in order to escape the 'the discomforts of localised

[30] No aeroporto de Lisboa, um polícia de fronteira dirigiu (em inglês), a um potencial requerente de asilo de origem paquistanesa, a seguinte pergunta: "Você é refugiado… quer pedir asilo?". Obteve como resposta, num inglês difícil de se entender: "Refugiado eu? Não sei o que isso é, não sou nada disso de que me acusa. Também não pedi nada disso. Eu só não posso voltar para trás. Apenas quero poder ficar a viver neste país!"

existence'" (Bauman 1998: 2) – mas pelo contrário, em nós próprios. A razão para este enfoque, está no facto de que os *migrantes forçados* – refugiados e requerentes de asilo – ao contrário dos imigrantes, esperarem algo de nós. Solicitam-nos cidadania, solicitam-nos protecção por razões humanitárias, solicitam-nos asilo (mesmo sem que tal seja entendido pelos próprios como algo que corresponda a uma categorização jurídica, como acabámos de ver), num contexto que se auto-define como sociedade democrática e liberal e para mais, defensora dos direitos humanos. Ou seja: levam-nos a confrontar com as nossas próprias assunções ideológicas, morais e éticas e com as correspondentes responsabilidades que retoricamente assumimos, quando enfrentamos pessoas estrangeiras em situação de aflição e sofrimento: "Por outras palavras, eles levam-nos a questionar quem somos – o que é ou deve ser a nossa comunidade moral e, em última instância, o que significa ser humano" (Turton 2003: 8).

Resta contudo um problema ético e metodológico: ao conceptualizarmos de forma diferenciada "migrantes" de "migrantes forçados", por outras palavras: "migrantes indesejáveis", como de resto Michel Agier (2008a) os denomina no seu livro *Gérer les indésirables: Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, estamos a atribuir classificações hierárquicas que na realidade, são mais complexas do que aparentemente se possa julgar e que passam por exemplo, pelos diferentes estatutos jurídicos atribuídos em Portugal aos refugiados e aos requerentes de asilo.

Se bem que é praticamente inquestionável que os *migrantes forçados* – refugiados e requerentes de asilo, possuem razões urgentes de fuga e que a sua existência fica comprometida se não conseguirem concretizá-la, não significa contudo, que a categoria mais restrita de migrantes, não deva incluir pessoas que por motivos sociais e económicos (depauperação ecológica, fome ou ausência de trabalho que garanta a sobrevivência), necessitem igualmente de sair do seu contexto, para garantir a sua vida e as vidas que deles dependem [sobre este assunto, consultar também: Richmond (1994: 59) e Van Hear (1998: 44). Também Amartya Sen (1981) teorizou que frequentemente se morre de fome, porque não se tem acesso suficiente aos alimentos e não porque não haja alimentos suficientes. É portanto uma questão fundamentalmente política. No entanto, tanto uns como outros, possuem atributos que são frequentemente ignorados, ou colocados à margem das políticas de inclusão: a inerente, ainda que por vezes limitada, capacidade de agência (*agency*) que na verdade, não é apenas intrínseca aos imigrantes ou refugiados, mas a todos os seres humanos. Esta agencialidade, por sua vez, não é vivida de igual modo por todos, nem surge (ou se dilui) apenas na chegada ao

país de asilo. Depende logo na origem, de factores tão diversos como a idade, o sexo, a classe social e o poder económico que, no caso dos refugiados, lhes irá ou não garantir o pagamento de quantias por vezes avultadas de "passaportes para a fuga", ou ainda da saúde e dos contactos com redes sociais internas ou externas. É também essa maior ou menor capacidade para decidir sobre as suas vidas (não ignorando de todo, os constrangimentos das políticas de asilo que lhes corta muitas vezes os passos, confinando-os em lugares encerrados, ou ainda que nos centros de acolhimento temporário são as instituições – ONG que gerem o quotidiano por eles, controlando-os) que vai fazer com que no país de asilo, decidam pela sua resistência a um longo caminho de espera por uma decisão burocrática, referente à definição do seu estatuto ou por outro lado, desapareçam nas malhas do sistema ou das fronteiras, em busca de novas e mais dignas condições de vida noutros países.

Refira-se ainda que os conceitos normalmente usados nos contextos académicos para entender as várias categorias de migrantes (imigrantes, refugiados, requerentes de asilo, migrantes forçados, deslocados internos…), correspondem num primeiro cenário a conceitos inicialmente definidos pelas políticas de asilo dos diversos Estados, de forma a melhor categorizar, controlar e gerir os fluxos migratórios: *"This dehumanising effect of the language of forced migration"* como eloquentemente afirma Turton, a partir da concepção de Foucault sobre *disccursive formation.* Estas categorias necessitam contudo de dialogar com a investigação etnográfica a nível local, de modo a desconstruir primeiro, reconstruindo depois, através dos significados e interpretações, dadas em primeiro lugar, pelos próprios sujeitos em análise: as imagens por trás das pessoas e das suas experiências, situando-as num cenário mais alargado nas determinantes políticas, económicas, sociais e culturais que influenciam as histórias de vida de cada pessoa.

Contudo, num contexto mais restrito da saúde, tanto imigrantes (documentados e indocumentados) como refugiados e requerentes de asilo – estes últimos, passam frequentemente e involuntariamente de *requerentes de asilo por razões humanitárias* a *indocumentados*, com todos os problemas sociais, e psicológicos que esse *não estatuto* acarreta – são alvo das mesmas descriminações. Se não na lei, mas por vezes na relação com a sociedade portuguesa, no que diz respeito ao acesso (como sinónimo de entrada) e à acessibilidade (como sinónimo de atendimento efectivo após o acesso) relativa ao Serviço Nacional de Saúde e nas consultas de domínio privado, e também à ausência de

respostas culturalmente competentes e sensíveis tanto no domínio da saúde física como mental.

Na prática, a protecção da saúde e o acesso aos cuidados de saúde, nem sempre são reconhecidos como um direito inerente à pessoa, seja ela refugiada, requerente de asilo, imigrante documentada, imigrante indocumentada ou mesmo cidadã autóctone. A violência simbólica e discriminatória que está na base dos cuidados de saúde dos refugiados e imigrantes, faz parte de um contexto mais alargado, em que a violência possui uma complexa relação com as políticas de cidadania e de direitos humanos. As representações da violência discriminatória ou simbólica, são parte integrante de muitas das narrativas de exílio, à volta das quais os movimentos diaspóricos se constituem a si próprios.

2.5 – O contexto português

No contexto português, são vários os cientistas sociais que nos anos mais recentes, se têm dedicado ao estudo da saúde dos imigrantes. Salienta-se uma maior profusão de informação sobre esta temática que, embora dispersa por várias instituições e áreas científicas, se tornou mais notória na sequência da presidência portuguesa na União Europeia. [31] Comparativamente a outras áreas de domínio da investigação sobre imigração em Portugal, o campo da saúde tem sido um dos mais profícuos, a avaliar pelos projectos e teses dedicadas ao tema.

Nos últimos anos (mais precisamente a partir de 2007), tem-se também assistido a uma considerável abertura das instituições públicas de saúde (Alto Comissariado da Saúde; Direcção Geral de Saúde, por exemplo) ao diálogo com a academia, mas também com a sociedade civil e seus representantes, como por exemplo as Associações de Imigrantes e Organizações Não Governamentais. Esta aproximação formal, que resulta idealmente da tentativa de adaptação das políticas públicas às realidades da migração e transculturalidade, deve-se a dois factores, sendo que um deles é a própria necessidade de os profissionais de saúde mais sensíveis à diversidade, encontrarem outras ferramentas metodológicas que lhes permita lidar com a realidade migratória. O outro, resulta da própria organização da sociedade civil – em particular as associações

[31] Salienta-se nomeadamente, a conferência internacional "Saúde e Migrações na UE: melhor saúde para todos numa sociedade inclusiva", organizada no âmbito da Presidência Portuguesa da EU e realizada na Fundação Calouste Gulbenkian.

de imigrantes – que têm sido razoavelmente interventivas e reivindicativas uma vez que se situam mais próximo do encontro quotidiano com as necessidades dos próprios imigrantes, expressando assim com um maior conhecimento, fruto da proximidade no terreno, as principais necessidades e problemas com o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, introduzindo novos indicadores aos determinantes de saúde, como os factores de ordem económica, social e cultural. Como exemplo do que acabo de afirmar, reporto-me ao encontro promovido pelo Alto Comissariado da Saúde em Coimbra, em Novembro de 2006 (ACS 2007), intitulado Fórum Nacional de Saúde e que reuniu uma série de altos cargos do Serviço Nacional de Saúde (Direcção Geral de Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde), profissionais de saúde – médicos e enfermeiros, mas também representantes académicos e pela primeira vez, entidades da sociedade civil, com particular destaque para a presença de uma associação de imigrantes (PROSAUDESC).[32]

Em 2007, o Observatório da Imigração (OI) estrutura com estreita ligação ao actual Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), publicou um primeiro número da *revista Migrações* com a temática "Imigração e Saúde" (Dias 2007). Nesta revista, são apresentados diversos tipos de análises (científicas e de opinião) sobre as condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde portugueses (Fonseca *et al.* 2007); as oportunidades dos profissionais de saúde imigrantes ao mercado de trabalho (Baganha e Ribeiro 2007); a descrição de uma investigação realizada na área da saúde materna e infantil, com o objectivo de avaliar o acesso e os níveis de saúde da população imigrante (Machado *et al.* 2007); os resultados de um estudo epidemiológico com imigrantes africanos na área das doenças sexualmente transmissíveis (Távora-Tavira *et al.* 2007); e, finalmente, uma crítica à medicalização da condição imigrante no contexto da saúde mental, como resultado da desadequação "da lógica prescritiva que lhe está subjacente quando aplicada à vida específica de cada pessoa" (Lechner 2007).

Uma parte considerável dos artigos constantes desta revista, mantem um enfoque essencialmente epidemiológico, associando o tema da imigração com aspectos relacionados com patologias supostamente associadas à condição de imigrante, como por exemplo as doenças infecto-contagiosas (tuberculose, hepatites, Hiv-sida) ou com assuntos relacionados com saúde materno-infantil. Apesar de poderem ser pertinentes,

[32] PROSAUDESC: Associação Pró-Saúde e Desenvolvimento Comunitário. Esta associação multicultural estava sediada na então Quinta do Mocho (actualmente reconhecida como Terraços da Ponte).

não constituem o enfoque desta dissertação, por isso, falarei mais detalhadamente sobre o artigo de Távora-Tavira *et al*. Neste artigo, aborda-se igualmente a saúde dos imigrantes de um ponto de vista essencialmente epidemiológico, fazendo alusão a um projecto que tem sido desenvolvido no contexto do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT-UNL), denominado projecto EpiMigra.[33] Neste, faz-se pela primeira vez referência a um projecto também desenvolvido com refugiados, e requerentes de asilo (e também imigrantes), sendo este o primeiro artigo científico escrito em Portugal sobre a saúde destes, tendo como ponto de abordagem específico as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Távora-Tavira conclui o seu estudo, afirmando que as taxas de prevalência encontradas na população alvo são semelhantes às da população portuguesa não-migrante, com enquadramento social e económico semelhante ao da população estudada. Afirma ainda: "A migração da África subsariana não parece constituir um factor isolado especialmente crítico de risco para a saúde pública nestas populações" (2007: 129), se bem que, ao longo do artigo, não fica clara a percentagem de refugiados e requerentes de asilo incluídos no estudo, por comparação aos da população imigrante aí referenciada, ainda que se mencione que a população-alvo é constituída por pessoas recentemente chegadas a Portugal, tendo a maioria (77,7%) entrado há menos de dois meses, uma vez que esta população é para aí (IHMT) encaminhada pelo Centro de Acolhimento do Conselho Português para os Refugiados, um dos principais parceiros deste projecto. Os objectivos específicos, segundo os autores, foram:

> "… a criação, implementação e divulgação de um Núcleo de Diagnóstico, Prevenção e Controlo de doenças transmissíveis, tendo em vista: i) a caracterização epidemiológica das doenças transmissíveis na população-alvo, ii) definir o padrão das grandes doenças endémicas nesta população e seus factores de transmissão, iii) caracterizar as doenças de importação associadas à migração, iv) estabelecer protocolos adequados à prevalência e tipo de patologias encontrados e, v) promover na população abrangida e seus contactos, atitudes preventivas com base em acções de educação para a saúde, nomeadamente em relação à tuberculose, SIDA e doenças de transmissão sexual" (Távora-Tavira *et al.* 2007: 132).

[33] Este projecto, financiado por verbas próprias e pela Fundação Calouste Gulbenkian, designa-se EpiMigra – Núcleo de Estudo Epidemiológico de Doenças Transmissíveis em Populações Migrantes. É liderado pela Unidade de Clínica das Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa). Parceiros iniciais: Unidade de Doenças de Transmissão Sexual (IHMT), Conselho Português para os Refugiados, Liga dos Africanos e Amigos de África, AGIR XXI, e Associação dos Jovens Promotores da Amadora Saudável (AJPAS).

Na análise deste estudo, salientamos essencialmente os aspectos que nos parecem positivos e também outros aspectos que do ponto de vista da antropologia médica, poderão levantar algumas questões que requerem uma reflexão mais aprofundada.

Começando pelos primeiros: O estudo refere-se a uma população composta por 171 homens e 49 mulheres, com uma idade média de 33,1 anos, tendo a maioria chegado a Portugal em média, 1,2 meses antes da data da consulta. Os países de origem mais frequentes são, por ordem decrescente, os seguintes: Serra Leoa, Angola, Guiné-Bissau; Nigéria e Libéria. Existe por conseguinte, uma enorme diversidade linguística e cultural que implica neste caso, o desconhecimento do grupo alvo em relação à língua e sociedade portuguesa. Um dos aspectos positivos deste trabalho é também, segundo Távora-Tavira: a necessidade de levar a cabo estudos científicos baseados na evidência dos resultados e não em pressupostos baseados em "*visões distorcidas do problema*". Efectivamente, segundo os próprios autores afirmam, "ideias não baseadas na evidência sobre estas populações levam frequentemente a considerá-las como núcleos de alta transmissão ou grupos de risco para a transmissão e disseminação de doenças transmissíveis com relevo para as transmissões sexualmente transmissíveis" (Távora-Tavira *et al.* 2007: 136). Os autores, elucidam que estudos comparativos entre migrantes africanos e não africanos (particularmente europeus) não demonstram diferenças significativas entre ambas populações, referindo que são escassos os estudos que associam o factor socioeconómico e as condições de vida, como um indicador mais pertinente do que o factor imigração que por si só, não parece constituir um factor-chave de influência. Referem também que as taxas de prevalência encontradas, são semelhantes às descritas para a população portuguesa não-migrante considerada de alta-frequência de transmissão de IST com enquadramento social e económico semelhante ao da população estudada.

Outro aspecto a salientar neste trabalho e que não fazia parte dos objectivos iniciais, é a referência aos distúrbios comportamentais ou psicológicos existentes na população em estudo, sendo que os autores referem como necessidade prioritária, oferecer diagnóstico e apoio psicológico reforçado (Távora-Tavira *et al.* 2007: 136). Para além deste aspecto, saliento como factor constituinte de uma reflexão mais aprofundada, o seguinte: de acordo com o estudo, "Todos os indivíduos foram submetidos a um questionário padronizado incluindo questões sobre história pregressa de infecções sexualmente transmissíveis, número e tipo de parceiros sexuais, história ginecológica e obstétrica na mulher e abuso de substâncias" (Távora-Tavira *et al.* 2007:

137). Os autores fazem ainda referência à metodologia de análise adoptada, que consistia num inquérito e consulta com recolha de sangue por venipunção e exsudado genital – uretral nos homens e vaginal e cervical nas mulheres. Relativamente a estes aspectos, saliento a necessidade de, do ponto de vista da antropologia médica e da sensibilidade cultural, se prestar uma maior atenção aos valores sociais e culturais das populações alvo dos estudos, em particular quando se encontram em momentos fragilizados, como é o caso dos requerentes de asilo que se encontram em processo de grande desorientação social. Para além disso, a aplicação de questionários padronizados e não particularmente adaptados à população em estudo, corre o risco de se tornar invasiva, se tomarmos em consideração que pelo menos parte considerável desta população é requerente de asilo, o que significa que passaram recentemente por situações marcadamente traumáticas como os inquéritos policiais, as torturas, os conflitos e a guerra. Sobre a aplicação de questionários para efeitos de investigação científica, remeto não só para o que afirma Lechner sobre a sua experiência com uma refugiada na Consulta do Migrante (Lechner 2007: 95), como para a sua citação de Didier Fassin (2004) sobre o uso da "escuta" descontextualizada da percepção social, cultural e política que pertence àquele que é ouvido.

Na minha experiência de trabalho de campo, foram também manifestas algumas intenções por parte dos refugiados de: "não relembrarem o passado para não lembrarem coisas más". Outros havia que me procuravam manifestamente com o intuito de contarem a sua história "por se sentirem mais aliviados quando falavam, apesar das memórias". Cada pessoa portanto tem o seu modo de cicatrizar as feridas físicas e mentais, sendo por isso necessário respeitar a vontade de responder ou não responder aos inquéritos científicos.

No que diz respeito à saúde dos refugiados e requerentes de asilo, estou em crer que só um método de investigação é eficaz: aquele que respeita as vontades, os desejos, as necessidades de cada pessoa no terreno, fazendo de cada um dos nossos "informantes", o nosso professor, aquele com quem vamos aprendendo os territórios serpenteados do sofrimento. Digamos pois que este tipo de temática de investigação é "caprichosa", no sentido em que, para que haja garantia de adequação e competência na abordagem da saúde dos refugiados, somos nós, investigadores, que temos de seguir a disponibilidade e a vontade das pessoas, e não o contrário.

Se, por um lado, é de louvar a necessidade de apresentar resultados que não embarquem em ideias pré-concebidas sobre a aparente "perigosidade" de transmissão

de doenças por parte da população imigrante, por outro lado, consideramos que há ainda um longo caminho a percorrer no que diz respeito à assumpção por parte das ciências sociais e humanas e em particular por parte da medicina e epidemiologia, de que é necessário reflectir sobre a necessidade de levar a cabo estudos que tenham em primeiro lugar em linha de conta a sensibilidade cultural das pessoas às quais se dirigem. O risco da perpetuação de situações traumáticas relativas em particular em refugiados e requerentes de asilo já anteriormente expostos a situações de trauma, é um risco a considerar previamente. De igual modo, é importante obter o consentimento devidamente esclarecido por parte das pessoas que são alvo de estudo, o que pressupõe uma mediação cultural e linguística prévia. O próprio estudo de Távora-Tavira *et al.* reconhece dificuldades nesta matéria:

> "Uma parte considerável dos indivíduos consultados (cerca de 20%) não efectuou a totalidade dos exames complementares protocolados no estudo. Na maioria dos casos, tal resultou de desacordo com exames invasivos e/ou não assinatura do termo de consentimento informado, bem como da não entrega de produtos biológicos em data posterior à consulta. O receio, não dissipado, de consequências legais de testes positivos seguramente está sempre presente, sobretudo em refugiados e requerentes de asilo" (Távora-Tavira *et al.* 2007: 135).

Depreende-se desta afirmação, que existem razões óbvias para a recusa manifesta dos exames protocolados, para além das explicações dadas pelos autores e que são bastante reais (o receio não dissipado das consequências dos testes positivos nos refugiados e requerentes de asilo). Mesmo com a protecção na saúde que implica a acessibilidade ao sistema e a confidencialidade relativa aos tratamentos e às consultas, existe em paralelo por parte das instituições de acolhimento (nomeadamente o CPR), a possibilidade de que os resultados – no caso de serem positivos – condicione a sua presença no Centro de Acolhimento de Refugiados (CPR/CAR), como eventualmente poderá acontecer para resultados positivos relativamente a diagnósticos de tuberculose. Para além disso, a existência de uma investigação biomédica e a ausência de uma abordagem culturalmente competente no campo da saúde, tendo em conta a história de vida de cada requerente de asilo e a sua eventual história de trauma, pode comprometer a relação entre os indivíduos alvo do estudo e os diferentes serviços prestadores de saúde. Salvaguardar a existência de estudos no domínio da saúde, que prezem as diferentes subjectividades relativas ao corpo e à mente dos pacientes e em particular os

processos políticos, económicos e sociais que definem o universo da sua vida actual, implica também, evitar a criação de processos hegemónicos que dominem os indivíduos, através de desequilíbrios de poder entre a sociedade de asilo e aqueles que a procuram.

Finalmente um outro aspecto que salientamos no estudo mencionado, é a referência à incapacidade da Segurança Social para fazer o acompanhamento e encaminhamento para o Serviço Nacional de Saúde dos indivíduos diagnosticados com patologias, em particular, daqueles que ainda se encontram em situação de imigrantes indocumentados ou sem os respectivos papéis da Segurança Social, como acontece a muitos requerentes de asilo que passam pelo Conselho Português de Refugiados. Este facto evidencia uma outra questão: a promoção de estudos biomédicos, ao invés de reverter eficazmente a favor dos próprios indivíduos, tendo como objectivo o encaminhamento e acompanhamento terapêutico adequado no SNS, acaba por produzir resultados orientados em particular para a comunidade científica, o que a meu ver é insuficiente, pois marca de forma indelével, a relação hegemónica entre técnicos de saúde e refugiados, sendo que os primeiros detém o poder de decidir sobre o corpo dos segundos. É pois esta relação desigual no campo terapêutico dos refugiados que tem marcado até agora as políticas de saúde e asilo em Portugal. Neste sentido, elas manifestam, não apenas os problemas dos refugiados e requerentes de asilo, mas também os problemas da sociedade e das instituições que com eles se relacionam.

No campo da saúde mental, Elsa Lechner, antropóloga, desenvolve no seu artigo "Imigração e Saúde Mental" (2007) uma perspectiva sobre a oferta de apoio psicológico a imigrantes em três contextos: Portugal, França e Itália, fazendo também uma breve referência à saúde mental dos refugiados

Lechner estabelece também um paralelismo com a crítica manifesta de Didier Fassin (2004) ao referir-se aos "locais de escuta" em diversas instituições de saúde mental em França que, ao invés de pensarem a acção social/terapêutica num campo mais vasto de uma consciencialização e crítica política que logre admitir as histórias "que não se podem contar", acabam por forçar as acções de escuta, sem abrir espaço para a reivindicação pessoal, ou denúncia das violências institucionais, ou ainda para a procura de respostas terapêuticas adequadas e eficazes. Esta é a única referência de Lechner (2007) ao atendimento de refugiados nas consultas de saúde mental. Sublinha também a importância de analisar a experiência dos imigrantes e das suas histórias de vida, sem essencializar a condição de migrante. Reflecte ainda sobre a velha noção de

"identidade", aludindo que muitas das histórias de vida dos imigrantes testemunham a des-territorialização das suas biografias também sujeitas a rupturas e ao sofrimento provocado por aquilo que Sayad apelida de "dupla ausência":

> "Os migrantes deslocam-se entre contextos espaciais que correspondem a territórios nacionais e, porventura, continentais diferentes. Neste sentido as identidades são interterritoriais e o sentimento de pertença quase extra-territorial, desafiando formas convencionais de representação das identidades" (Sayad 1999: 81).

Para além dos imigrantes são também e particularmente os refugiados que se vêm obrigados a fugir do seu contexto, cruzar vários territórios, regiões e continentes, numa constante procura de apaziguamento e de pacificação que, na maioria das vezes, resulta em mais perseguições, prisões, expulsões, desrespeitos permanentes à sua própria razão de existir como pessoa que procura um lugar onde possa redefinir identidades, tantas vezes múltiplas.

O conceito de "identidade" é também reequacionado por grande parte dos refugiados com quem conversei ao longo do trabalho de campo. A necessidade de fuga teve frequentemente na origem, o repúdio à obrigatoriedade de se submeterem inquestionavelmente, no seu território de "origem", a regimes militares insurgentes, supremacias étnicas ou religiosas subitamente reinantes e que os próprios repudiavam por não se identificarem com estes movimentos.

Finalmente, em 2009, Chiara Pussetti é a autora e coordenadora de um estudo intitulado Migrantes e Saúde Mental: A Construção da Competência Cultural (Pussetti *et al.* 2009). Neste estudo colaboram também Júlio Ferreira, Elsa Lechner e Cristina Santinho. Esta publicação reveste-se de particular relevância porque aborda pela primeira vez a saúde mental dos imigrantes e refugiados. Importa também referir que este é um trabalho definitivamente inscrito na área científica da antropologia médica crítica e que teve como intuito principal, partilhar (com a academia, mas principalmente com as instituições da sociedade civil no campo da saúde) a necessidade de prestar aos imigrantes e refugiados, uma saúde mental culturalmente competente. Pussetti e os restantes autores, tiveram como propósito, conhecer o modo como os serviços de saúde mental em Portugal dão, ou não, resposta às necessidades da população imigrante e refugiada, questionando a ausência de formação adequada dos profissionais de saúde mental, para a necessidade de uma abordagem culturalmente competente. Este questionamento é feito na base de um trabalho de campo aprofundado que incluiu

entrevistas a médicos de saúde mental, psicólogos e psiquiatras, em particular na já extinta "Consulta do Migrante" da responsabilidade da psiquiatra Inês Silva Dias, e que funcionou no Hospital Miguel Bombarda.

Para além desta publicação, refiro ainda uma outra, organizada por Luís Silva Pereira e Chiara Pussetti (2009) que reúne artigos de vários autores sobre a questão da saúde e da imigração, entre os quais o capítulo: "Labirintos do Trauma: a Verbalização do Sofrimento nos Refugiados em Portugal" (que fará parte de um dos capítulos desta dissertação), concluindo assim todas as referências a refugiados publicadas em Portugal até ao momento.

2.6 – Antropologia médica e biomedicina

Alargando o contexto referencial

Após a apresentação sumária do panorama das produções académicas, no campo da medicina e da epidemiologia sobre refugiados e saúde em Portugal, cabe-me agora fazer uma menção mais aprofundada do que se entende por biomedicina a partir da crítica antropológica do antropólogo J. Armando Haro (2008). O termo biomedicina é utilizado em Antropologia Médica, em referência à medicina convencional com origem no ocidente, numa perspectiva predominante biologista. Distingue-se de outras medicinas ou sistemas terapêuticos praticados noutros contextos culturais (Hahn e Gaines 1985), desvalorizando-os, no sentido em que lhes retira o carácter *científico.* Remete estes outros sistemas para noções entendidas como "crenças" relativas às noções de saúde e corpo, sem lhes reconhecer o carácter científico validado pelo ocidente. O saber biomédico (ou também denominado "medicina profissional"), tem-se legitimado no mundo ocidental em contextos institucionais, com profissionais reconhecidos pelo Estado e pela comunidade científica, os quais são sempre formados em instituições académicas formais que passam a constituir-se como paradigma dominante e por conseguinte, hegemónico. Foucault (1990) assinala quatro grandes processos, através dos quais a prática médica se torna social: 1) o aparecimento da autoridade médica, com poder de decisão sobre o social e o político; 2) a abertura de um campo de intervenção distinto do da cura de doenças: a saúde; 3) o desenvolvimento de um dispositivo hospitalar, como lugar de cura colectiva; 4) a introdução de mecanismos de administração e controlo médico. Oitenta anos antes das reflexões de Foucault,

Abraham Flexner (1910) publicou "Medical education in the United States and Canada: a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching". A essência da sua mensagem era a de que a medicina é sobretudo um sistema educativo e que a qualidade médica é também uma responsabilidade social. Nesta publicação, o autor defendia já a teoria de que a medicina era uma parcela da ciência e que todas as patologias eram o resultado de processos químicos ou biológicos. Com base neste relatório, a AMA (American Medical Association) exerceu pressão para que se encerrasse um sem-número de escolas onde existiam práticas terapêuticas não baseadas em experimentação laboratorial.

Os primeiros cientistas sociais a debruçar-se teoricamente sobre a medicina como ciência, provêm da sociologia da década de 50 e 60 (Parsons 1982 [1951]; Goffman 1990 [1961]; Strauss 1997). Contudo, não se tinha ainda problematizado a essência cultural do conhecimento médico, sendo que esta veio a ser objecto de reflexão a partir da constatação de que a percepção popular sobre saúde e doença extravasava a própria prática médica (Parsons 1982 [1951]). A partir dos anos 70, 80 e 90 do século passado, a biomedicina passou também a ser objecto de reflexão da antropologia, passando a ser considerada como um elemento distintivo dentro da cultura que incluía um conhecimento especializado, com diferentes práticas derivadas da mesma. Contudo, neste período, a antropologia defendia que a biomedicina se encontrava para além da influência da cultura, enquanto se continuava a assumir a existência de outros sistemas médicos culturalmente tendenciosos e sem relevância científica. A experiência da doença era vista como algo despojado do seu conteúdo e contexto semântico, pessoal e local (cf. Ember e Ember 2004).

Foi a partir do estudo de outras referências médicas não ocidentais, entre as quais a medicina ayurvédica, a medicina japonesa e a medicina tradicional chinesa, que os antropólogos passaram a considerar nas suas pesquisas o estudo da biomedicina, como um produto do contexto social e cultural em que está inserida (Leslie 1976; Lock 1980; Kleinman 1980; Kleinman *et al*. 1976). A antropologia médica, resultou igualmente do esforço realizado por alguns antropólogos em trabalho de campo nos então denominados países do *terceiro mundo*, ao pretenderem colocar a antropologia, ao serviço da melhoria dos serviços de saúde pública, nessas sociedades. A discussão sobre a representação da cultura e a sua relação com os idiomas do sofrimento ou as representações sociais da doença, abriu o campo a esta disciplina que, nas palavras de

B. Good (1994: 5), representa um esforço por renovar a compreensão sobre a experiência humana.

Hahn e Gaines (1985) definem a biomedicina como um "sistema sociocultural" (representação colectiva da realidade), chamando a atenção para a sua complexa construção histórica e cultural, que resulta numa série consistente de convicções internas, regras e práticas. A biomedicina passou assim a ser encarada como mais um sistema que, como todos os outros, reflecte os valores, as normas e até as categorias discriminatórias (baseadas na classe social, na idade, no género, na pertença cultural ou "étnica"…) das sociedades que a produziram, e que possui os seus próprios sistemas hierárquicos, múltiplos e complexos. Também no contexto português, Cristiana Bastos refere a propósito do conhecimento médico que ele é: "socialmente produzido e historicamente situado" (2002: 29). Ainda de acordo com Armando Haro (2008), a biomedicina reproduz-se a si mesma através de estudos que confirmam as práticas estabelecidas. Isto é: a qualidade das práticas médicas baseia-se quase em absoluto nas provas de verificação científica, também ela condicionada por sistemas ideológicos e políticos, hegemónicos. Nos últimos anos em Portugal, temos vindo a assistir a outros fenómenos de avaliação dessas práticas que, para além dos normais procedimentos médicos validados pela ciência, tende também a valorizar cada vez mais, os critérios de produtividade e rendimento no cuidado médico, em detrimento da qualidade (número de consultas por dia, semana ou mês), aproximando-se assim perigosamente de um modelo de base Taylorista.

Ainda reflectindo sobre a perspectiva biomédica inicial, sabemos que esta parte do princípio de que as doenças e os corpos, são entidades objectivas que podem não ter uma relação directa com o mundo social e cultural. Mas já Evans-Pritchard (1976 [1937], com o seu trabalho etnográfico entre os Azande, tinha reflectido sobre as práticas de feitiçaria, dando-nos elementos de como a saúde e a doença dela resultante estava inserida num campo mais vasto da subjectividade, da natureza, ou da ordem natural exterior ao indivíduo. Aliás, toda a tradição antropológica nos habituou a explorar as relações entre as diferentes cosmologias religiosas e a saúde ou doença, a partir de uma análise simbólica. A eficácia das práticas religiosas, associada à eficácia na obtenção da cura através dos sistemas divinatórios, não estará assim tão longe da eficácia do diagnóstico na detecção da doença, uma vez que ambos resultam do próprio contexto referencial.

Tal como refere Cristiana Bastos, é a partir dos anos 70 que tanto Bourdieu, com a sua análise do campo científico, como Mulkay, reflectem sobre a importância de se considerar a necessidade de olhar para as condições sociais para abrir o caminho à mudança de paradigma: "Situando a análise das "redes dos problemas" que constituem as sociedades científicas, Mulkay sugeria que se pesquisasse o impacte dos factores sociais externos às redes científicas na definição dos conteúdos da ciência" (Bastos 2002: 28). Anteriormente, como vimos, Michel Foucault (1980) já tinha dissertado sobre a importância do espectro político na definição dos objectivos da ciência médica, em particular no campo da psiquiatria, e da complexa relação entre poder e conhecimento, bem como a relação entre o poder institucional e individual.

Para além deste espectro político, lupa de observação preferencial deste autor, outro factor poderemos ainda considerar: a existência de uma cultura particular a cada ciência, que tende a possuir os seus próprios sistemas de valor, linguagens específicas e metalinguagens ideológicas e simbólicas. Nesta perspectiva, a ciência médica ou biomedicina, não escapa a este paradigma: as doenças, os mal-estares, os corpos, têm uma linguagem própria, objectiva, uma sequência de causa e efeito que se encontra no interior de um sistema coerente e objectivo, não necessitando por conseguinte de elementos explicativos – na maior parte das vezes abstractos e hipoteticamente não científicos – que interfiram na avaliação pragmática do que causa a vida ou a morte.

A primeira tarefa da medicina é frequentemente, a definição do diagnóstico (B. Good 1994), ou seja: a interpretação dos sintomas do paciente, a partir dos meios de investigação complementares (análises, raio-X, aplicação de questionários ou de consultas, no caso da saúde mental, etc.) e que localizam invariavelmente a doença ou sofrimento, no espaço confinado do corpo. O diagnóstico é algo que faz sentido quando existe um universo de referências comuns entre especialista da saúde e paciente: localiza o mal, chama-o pelo nome, domina-o e portanto, controla-o, iniciando um processo de apaziguamento do sofrimento. O diagnóstico é também tão importante para a biomedicina, como as estratégias divinatórias para os sistemas terapêuticos tradicionais, em variados contextos.[34] Contudo, quando o universo referencial não é coincidente, a designação do diagnóstico torna-se perigosa, porque reduz o espectro das causas do sofrimento, confundindo o paciente que não partilha do mesmo universo de

[34] Sobre este assunto, ver, por exemplo, Granjo (2009).

referências nosológicas. Tal acontece frequentemente nas consultas médicas para onde são encaminhados os refugiados.

A proposta da antropologia médica (Good *et al.* 1994) sustenta uma outra perspectiva da doença, ou sofrimento, afirmando que estas pertencem a um universo de representações colectivas e não individuais, não constituindo portanto uma entidade, mas sim um modelo explanatório que necessita de dialogar com outros factores, como por exemplo, a experiência subjectiva do paciente inserido num determinado contexto social:

> "A doença pertence à cultura, em particular à cultura especializada da medicina. E a cultura não é apenas um meio de representação da doença, é essencial à sua própria constituição como realidade humana" (B. Good 1994: 53).

A antropologia médica através da aplicação do seu método de estudo etnográfico, estará pois em condições de fornecer elementos de proximidade, de forma a dialogar com a cultura da própria biomedicina, ampliando para ambas as partes (médico e paciente) o espectro de conhecimentos sobre os determinantes socioculturais da saúde. A inclusão de representações das experiências e linguagens locais sobre corpo, doença e sofrimento, é um dado crucial para a reconfiguração da saúde/doença no discurso médico e dos debates sobre as políticas da saúde, num contexto em que a própria verbalização do sofrimento é condicionado por factores tão complexos como o idioma, a cultura, ou o eventual trauma, como é o caso do dos refugiados e requerentes de asilo. Neste caso específico dos refugiados, assistimos a uma *décalage* entre os idiomas do sofrimento físico ou mental, condicionadas culturalmente e socialmente (também por motivos políticos, e económicos) e a usual linguagem médica ou psicológica, frequentemente hermética e portanto manipulável por quem a domina sem a descodificar, alargando assim o fosso de entendimento entre médico e cliente.

Uma outra crítica apontada à biomedicina (Davis-Floyd e St. John 1998) prende-se com a tendência para separar a mente do corpo, o indivíduo em várias partes de acordo com os órgãos, a doença em elementos constituintes, o tratamento em segmentos mensuráveis, a prática médica em especialidades múltiplas e fragmentadas e o paciente, das suas relações sociais e da sua cultura. De acordo com Kleinman (1980), o paradigma da medicina centra-se numa posição dualista e cartesiana de carácter ontológico do tipo: corpo/mente; normal/patológico, uma vez que a formação em medicina está condicionada historicamente por uma ciência positivista decorrente de

uma cosmogonia monoteísta característica da civilização ocidental. Embora a concepção da saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde a encare de um ponto de vista holístico – "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças"[35] – definir a saúde como um estado de *completo* bem-estar faz com que a saúde seja algo quase inatingível, pouco concreto, mais uma intenção colocada no papel mas com pouca correspondência na prática médica quotidiana, para além de que esta mesma definição terá também possibilitado uma excessiva medicalização da existência humana, assim como abusos por parte do Estado ao nível da promoção de saúde.

As *condicionantes sociais da saúde*, também denominadas *determinantes sociais da saúde*, de acordo com aquela organização (OMS), referem ainda a necessidade de se olhar para o contexto social dos indivíduos e para as suas condições de vida, explorando as condições de desigualdade económicas e políticas como uma ligação indelével que conduz às desigualdades na saúde. No século XIX, já Friedrich Engels (1987 [1845]) alertava para o facto de que a saúde dependia essencialmente das condições de vida do povo e das estruturas políticas e económicas em que estavam inseridos. No *site* da OMS (2008) está escrito:

> "Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Estas circunstâncias são moldadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos a nível global, nacional e local, sendo estes aspectos influenciados por opções políticas. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas desigualdades na saúde – pelas diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde que são visíveis no interior de cada país e entre países."[36]

Porém, o debate sobre as condicionantes sociais da saúde é feito preferencialmente no limitado espaço da saúde pública, e ainda assim, continua a estar restringido ao meio académico, ou eventualmente às reflexões em debates e conferências que resultam nalguns documentos de intenção, produzidos essencialmente por decisores políticos.

O processo que leva à passagem das pesquisas científicas ou destes discursos, para o campo da implementação prática das decisões no terreno, é sempre difícil e

[35] In http://www.who.int/topics/mental_health/en/.

[36] In http://www.who.int/social_determinants/en/.

moroso, pois implica rever e transformar estruturas de saúde muito complexas e em grande parte determinadas por condicionantes económicas e funcionais. Desse modo, os médicos e restantes profissionais de saúde que na sua prática quotidiana tentam (por vezes com êxito) aplicar na prática as orientações teóricas e políticas relativamente sobre as condicionantes sociais de saúde, fazem-no frequentemente à custa de grandes sacrifícios e associando a actividade médica de consulta com o desempenho de actividades também médicas mas em contexto associativo.

Alguns autores que têm produzido trabalhos académicos no campo da medicina e sociologia, como Blane, Bartley e Davey Smith (1997), Power (1994) e Wilkinson (1996) têm reflectido sobre o modo como os processos de exclusão social, o racismo, ou a ausência de redes sociais de apoio, possuem um impacte nefasto na saúde física e mental, ao condicionarem o acesso aos cuidados médicos. Contudo, como já mencionámos, existe ainda um hiato considerável entre as investigações académicas e a implementação de políticas públicas, que levem em linha de conta, a necessidade de integrar a reflexão sobre os condicionantes sociais da saúde nas práticas médicas e terapêuticas. No que diz respeito às condicionantes culturais e/ou políticas da saúde, têm sido por enquanto, quase exclusivamente os antropólogos a reflectir sobre elas.

2.7 – Desenvolvimento de novas estratégias de acesso a cuidados de saúde

> "If access to health care is considered a human right, who is considered human enough to have that right?" (Farmer 2003: 206)

O médico e antropólogo Paul Farmer que ao longo da sua vida tem participado em inúmeras campanhas médicas no terreno, desde o Haiti até ao Peru, reflecte profusamente sobre os métodos associados à epidemiologia e à saúde pública internacional (Farmer 2001, 2003).

Uma das suas maiores críticas – aos modelos médicos que privilegiam as estratégias explanatórias, que vão desde uma abordagem baseada nos custos de produtividade até aos argumentos de incumprimento do próprio paciente, no que concerne às prescrições médicas e terapêuticas – diz respeito à constante tendência de atribuição de responsabilidades aos pacientes. Embora não se referindo especificamente aos determinantes sociais da saúde, mas às *desigualdades na saúde,* o seu trabalho de intervenção e de pesquisa, tem ponderado sobre as políticas de saúde globais e locais,

que determinam a razão pela qual algumas pessoas são mais vulneráveis, enquanto outras estão protegidas dos riscos associados às doenças.

Farmer (2001: 23) designa como "*immodest claims of causality"* um dos seus interesses centrais de pesquisa, isto é, considera por exemplo, que se produzem inúmeros documentos de várias disciplinas sobre a expansão do HIV, ou a razão pela qual existe uma enorme mortalidade provocada por uma doença tratável como a tuberculose, sem que se retirem conclusões explicativas substanciais (do ponto de vista do contexto económico ou político) para que tal aconteça. Farmer experienciou a necessidade de uma formação bastante mais específica, sobre o modo como a pobreza está relacionada com a doença. Essa formação que lhe iria permitir desenvolver um eixo de ligação entre a aprendizagem médica e as necessidades das pessoas no terreno, foi-lhe dada pela antropologia. Para ele, falar em *tecnologia médica apropriada* ou de *sustentabilidade*, num contexto em que grande parte da população haitiana vivia drasticamente afectada pela pobreza e pela doença, era algo desadequado às reais necessidades daquele povo. "*Medical futility"* (2001: 21), segundo as suas próprias palavras.

No contexto português, continuamos a assistir a uma enorme discrepância entre as tecnologias médicas altamente sofisticadas, que correspondem à actual escalada que Farmer apelidou de "*hipocrisies of development"* (2001: 21) e por outro lado, as reais necessidades da população afectada pela pobreza e pela doença ou sofrimento que necessita em primeiro lugar, melhorar as suas reais condições de vida.

No Peru, Farmer dá o exemplo de como foram necessários muitos anos para inflectir os projectos resultantes de políticas de saúde importados do exterior, e desenhados por especialistas médicos e autoridades internacionais, mas altamente ineficazes porque desapropriados às realidades locais. A partir da realidade encontrada em múltiplos terrenos, a proposta que Farmer apresenta no sentido de alterar esta situação, baseia-se na ideia de que é necessário avançar com novas estratégias que envolvam transversalmente desde os decisores políticos de organizações como a OMS, até às pessoas necessitadas de apoio médico. Escutar as reais necessidades dos próprios doentes, prevenir a transmissão da doença, rectificar os erros clínicos (e também políticos) são segundo este autor, os requisitos necessários para contrariar a escalada da tuberculose ou do HIV-Sida nas camadas socialmente desfavorecidas. Do mesmo modo, poderemos afirmar que a metodologia de *escuta* aplicada aos requerentes de asilo e refugiados iria desvelar uma realidade em que são principalmente os factores de

sobrevivência quotidiana, o motivo prioritário pelo qual os refugiados sofrem, relegando para segundo plano as suas preocupações sobre saúde.

Ilustração 3 – Pesadelos

2.8 – A construção moral da doença

Os autores Conrad e Schneider (1992) chamaram a atenção para o problema da medicalização do que nesse período, a medicina considerava "desvio". Neste conceito, eram abrangidos todos aqueles a quem a sociedade marginalizava pelos seus comportamentos, fora daquilo a que se considerava "norma". Entre estes encontravam-se por exemplo loucos, alcoólicos, homossexuais, delinquentes. Já em 1990, estes autores referem que o leque de casos considerados "desviantes" e por conseguinte, objecto de medicalização, foi-se abrindo à violência doméstica, hiperactividade infantil, dificuldades de aprendizagem, entre outros. A principal questão que aqui se coloca é a de que a partir do momento em que uma determinada sociedade define o que é considerado "doença" ou quem é considerado "doente", passa inevitavelmente a ser inserido numa categoria potencialmente interessante para um enfoque técnico, ou mais precisamente biomédico. O modelo médico tem sido usado na construção social da realidade dos problemas sociais, através da conotação moral da doença que sublinha a percepção humanitária do doente como vítima, sendo que o efeito da medicalização dos problemas públicos, acaba por ser a sua despolitização. Esta questão é também levantada no tratamento dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, na medida em que o enfoque dos seus sofrimentos físicos ou mentais é desprovido de uma aproximação ao seu passado histórico e presente, configurado fundamentalmente por razões políticas de atentados aos direitos humanos ou também por políticas de saúde nacionais que obstruem o contexto mais alargado da sua história de vida.

A construção social da doença é mascarada pelas "evidências" biofisiológicas que analisadas *per se*, não configuram necessariamente uma doença – em particular no domínio da saúde mental dos refugiados – sendo que as doenças são essencialmente, segundo Conrad e Schneider, construções sociais: "Illness and disease are human constructions; they do not exist without someone proposing, describing, and recognizing them" (1992: 30). Ainda de acordo com estes autores, todas as desordens mentais funcionais, não possuem uma evidência fisiológica que lhes corresponda. Contudo, são definidas e tratadas como doenças (1992: 31). A este propósito considero pertinente estabelecer um paralelo com a visão de Fassin e Rechtman (2005), ao reportarem-se à excessiva patologização do trauma dos refugiados, ainda que no caso francês se registe o oposto do que Conrad e Schneider propõem, na medida em que em

França, existe de facto uma apropriação política da doença, para efeitos de atribuição do estatuto de asilo, o que não acontece por enquanto em Portugal.

Nos contextos onde a biomedicina é mais praticada, tende-se a assumir que a maior parte das doenças têm uma correspondência de base orgânica ou biofisiológica, mas esta não é por si só, a condição necessária para que algo seja definido como doença. Identificar algo como doença na sociedade humana, tem consequências, independentemente dos efeitos na condição biológica do organismo (Conrad e Schneider 1992: 31). É acrescentado um estado social ao estado biofísico, ao acrescentar significado à doença. Desse modo, quando a doença ou mal-estar é deficientemente entendida, pode resultar num agravamento da situação do próprio doente, em particular quando o seu estado de enfermidade provém de um mal-estar social.

Os modelos médicos ocidentais assumem-se também como tendo uma base científica e portanto, são encarados tanto pela comunidade científica como pela maioria dos utentes com neutralidade ou isenção moral, mas acima de tudo com legitimidade de diagnóstico ou intervenção clínica. Não são considerados como contendo juízos de valor, políticos ou económicos, mas sim como resultantes de condições racionais, cientificamente provadas e portanto indiscutíveis. É esta *hegemonia de modelos médicos*, que em parte justifica a ausência de um enfoque social e cultural nos cuidados de saúde dos refugiados. Os cuidados médicos são repetidamente deixados a cargo exclusivo dos médicos dos centros de saúde, hospitais ou consultórios psiquiátricos, sem que haja uma articulação estruturada e permanente com as entidades responsáveis pelo seu acolhimento (CPR/CAR). Isto explica em parte, a descontinuidade dos tratamentos por parte dos refugiados que, não lhes reconhecendo por si só, o alívio ou a eficácia desejada, são relegados para segundo plano, e rapidamente substituídos pela necessidade de procurar trabalho, ou casa para viver.

Também Kleinman e Van der Geest (2009), num artigo bastante recente, propõem um olhar sobre a biomedicina e os cuidados médicos, questionando até que ponto é que estes incluem o *care*[37] como um valor moral e existencial. Estes autores argumentam

[37] O conceito de "*care*", em inglês, implica a meu ver, algo mais do que a tradução portuguesa "cuidado", na medida em que, segundo Kleinman e Van der Geest, "… care is – or should be – an indispensable part of dealing with any type of human suffering, including suffering that is treated by curative medicine. (…), "The term 'care' has various shades of meaning. Its two basic constituents are emotional and technical/practical" (2009: 159). Assim sendo, opto por doravante não traduzir a palavra *care*.

que a biomedicina necessita uma actualização que envolva o *care,* que caracteriza o mundo moral da experiência humana.

> "O cuidado [care] tem também um significado emocional; exprime preocupação, dedicação e apego. Fazer algo com cuidado [care] ou cuidadosamente implica que se age com especial devoção. Dependendo do contexto, alguns aspectos podem dominar, ou mesmo anular o outro. Nos «cuidados de saúde» este termo assumiu um sentido quase totalmente técnico. Nos relacionamentos interpessoais, prevalece o significado emocional *(«I care for you»/«I don't care»)*" (Kleinman e Van der Geest 2009: 159).

Care: cuidar, representa pois uma qualidade moral, no sentido que normalmente se lhe atribui: "tomar conta do outro", o que é normalmente assumido no contexto da família, amigos, ou grupo mais ou menos alargado, dependendo do contexto cultural. É igualmente algo que implica uma experiencia interpessoal e emotiva que envolve preocupação, assistência, responsabilidade. Todavia, a proposta que Kleinman introduz, é a de que esta qualidade moral seja transformada em responsabilidade política.

Na perspectiva de Kleinman e Van der Geest, a classe médica não tem sido formada numa perspectiva de prestação de cuidados, uma vez que a "indústria médica e biotecnológica" possui uma cultura política que se orienta preferencialmente para o mercado de consumo de medicamentos, a par de uma contenção de custos no que implicaria um atendimento mais personalizado e moroso que deveria estar necessariamente na base, da prestação de cuidados.

> "Podemos dizer que a prestação de cuidados [care] começa com o acto ético de reconhecer a situação do paciente em contexto clínico, confirmando os seus esforços e os dos familiares e amigos na resposta à dor e à incapacidade e demonstrando solidariedade moral e emocional com esses esforços. (…) Passa por trabalhar no seio de uma rede de conselheiros (legais, financeiros, religiosos), co-profissionais de saúde (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e assistentes de cuidados de saúde domiciliários), prestadores de cuidados na família ou em redes sociais de apoio. (…) E significa passar tempo real com os pacientes, ouvir empaticamente as narrativas das suas afecções, suscitar e responder às suas explanações, e envolver-se nos processos psicossociais relacionados com o facto de ter de se lidar com o prolongamento ou a terminação da vida" (Kleinman e Van der Geest 2009: 163).

Os actuais financiamentos e gestão dos sistemas de saúde "ocidentais" são, segundo este autor, verdadeiras barreiras que impedem os profissionais de saúde de

disponibilizarem mais tempo para ouvir, e entender os mal-estares dos seus pacientes, proporcionando-lhes desse modo, os cuidados adequados a cada caso. Acrescento que esta situação se aplica no caso de Portugal, em particular nos médicos, embora haja com toda a certeza médicos que também partilham esta atitude. Os enfermeiros desenvolvem uma proximidade tendencialmente maior com os pacientes, tanto em tempo, como em atenção, estando por isso mais disponíveis para o *care*, o que é demonstrado em numerosos estudos (Feirman) e que pude igualmente constatar através da observação.

De acordo com os testemunhos da maioria dos médicos alvo das minhas entrevistas, a falta de tempo para atender os pacientes (refugiados ou não), a dificuldade assumida por alguns pela incompreensão relativa aos idiomas de sofrimento, e a obrigatoriedade de cumprir as orientações dos gestores hospitalares, relativas à necessidade de observância de um número de consultas diárias, impede um atendimento mais personalizado. Relativamente à minha pergunta, se estariam dispostos a dedicar mais tempo ao desenvolvimento de uma consulta mais especializada e orientada para as necessidades dos refugiados, uma das médicas dizia-me: "Acho que sim, não sei. Duvido que haja recursos para isso, mas acho muito bem. Até para os nossos não temos esses recursos ideais, quanto mais para esse nicho. Mas acho que sim, para eles é bom e para nós facilita o trabalho".

Esta afirmação denota a vontade e a necessidade de uma formação adequada às especificidades que certos grupos de pacientes apresentam – em particular os refugiados – algo que por enquanto, não está ainda previsto nem estruturado, no Sistema Nacional de Saúde.

2.9 – Entre direitos humanos e humanos sem direitos

As constantes violações aos direitos humanos (Farmer 2010; D. Green 1999; Galeano 1971; Messer 1993), não são fruto de um acidente ou de um acaso, mas pelo contrário, fazem parte dos sintomas de patologias profundas associadas ao poder, com relação directa às condições sociais que determinam quem sofre abusos e quem está protegido deles. A própria *Declaração dos Direitos Humanos* peca por ineficaz, quando os direitos políticos e económicos das populações fragilizadas, não são salvaguardados e quando esses direitos são silenciados por tecnocratas que os concebem através de ideologias minimalistas e desadequadas às necessidades dos oprimidos. Assistimos, de novo, a uma enorme inadequação entre as políticas decididas nos escritórios e

academias das grandes metrópoles, e as pequenas vilas e aldeias da América Latina, África ou Ásia, mas também da Europa como é o caso de Portugal, onde as políticas migratórias produzem por vezes legislação bastante adequada no que diz respeito à defesa dos direitos dos refugiados e requerentes de asilo, mas que continuam a ter um impacte muito aquém do desejável, no que concerne à solução dos seus problemas quotidianos. A antropologia tem dado algum contributo crítico para a discussão sobre os direitos humanos (Messer 1993), propiciando uma perspectiva transcultural (*cross-cultural*), através de questões como: "*o que são direitos?*", ou "*quem é considerado como* '*pessoa*' ou '*ser humano*' verdadeiramente elegível para usufruir desses direitos, ou ainda, questionando os abusos sucessivamente cometidos sobre os mesmos. Em suma, a questão dos direitos humanos tem sido ampliada através das reflexões sobre os discursos internacionais que passaram a incluir direitos colectivos ou indígenas, com detalhes mais específicos sobre direitos económicos, sociais e culturais. Contudo, não é fácil a abordagem desta temática por parte dos antropólogos. Neste campo, Farmer não os isenta de crítica, considerando-os muitas vezes "cegos" na defesa dos direitos humanos e na interpretação daquilo que denomina "*violência estrutural*". Não é pelo facto de se demonstrar a falha no sistema, através de seminários e conferências, que leva aos atentados aos direitos humanos que se altera o estado de coisas. Apela-se inclusivamente à necessidade de uma "*solidariedade pragmática*", ou "*solidariedade pragmática, ou orgânica*" nas palavras de Agier (2008a), num campo em que a investigação e o ensino, são já insuficientes. Quando Isbell, Skar e Zuidema (cit. in Farmer 2003: 12) descrevem os rituais de casamento ou as trocas cerimoniais em Ayacucho, por exemplo, raramente são mencionadas pelos antropólogos as dificuldades que estes andinos sofrem, quando uma mulher morre de hemorragias no parto, ou quando uma rapariga tem um grave abcesso sem que exista médico nas imediações, que a possa socorrer.

Uma das dificuldades reside no facto de existirem por vezes, motivos legais objectivos que impedem a investigação etnográfica, no terreno político em que os direitos humanos são violados. Quando as violações aos direitos humanos são reportadas por exemplo pelos antropólogos, levantam-se legitimidades políticas dos Estados soberanos, o que por oposição, passa a constituir motivo de críticas à antropologia associando esse vazio a um possível envolvimento de alguns antropólogos em políticas coloniais ou pós-coloniais (Messer 1993). Assim, a abordagem desta temática tem sido incluída num campo mais vasto da chamada *engaged anthropology*,

ou antropologia militante (Scheper-Hughes 1995, 1996; Sheper-Hugues e Lock 1987), levada a cabo principalmente através de investigações temáticas como a do HIV-Sida, os "sem-abrigo", a pobreza e a fome, ou ainda nas questões que envolvem imigrantes e refugiados que desde logo, tem constituído um desafio para a ética do trabalho de campo, em particular quando também é levado a cabo em contextos institucionais, como aliás foi em parte, a investigação que deu origem a esta dissertação. Neste campo em particular, existe a possibilidade real de confronto entre o apoio (através da denúncia) às reivindicações pragmáticas dos grupos objecto de investigação (os refugiados e requerentes de asilo, por exemplo) e os contornos legais e políticos que envolvem os Estados e as instituições que dele fazem parte e que têm por obrigação providenciar protecção, dentro de um determinado quadro legal. Surge portanto um dilema difícil de resolver, que opõe duas escalas diferenciadas: a local, (ainda que com problemas universais), e a nacional ou transnacional, onde se incluem por exemplo, as políticas de asilo. Uma das possíveis formas de contornar este problema, reside na análise da retórica produzida pela legislação que assume a protecção dos grupos mais desfavorecidos, confrontando-a com a realidade desses mesmos grupos. Ou ainda, como relembram Fassin e Rechtman, "It is at the point where violence disappears from our field of vision that the work of anthropology becomes crucial" (2007: xiii).

No que diz respeito ao incumprimento dos direitos humanos em contexto de guerra ou conflitos armados (Rylko-Bauer, Whiteford e Farmer 2009), sabemos que, segundo a Organização Mundial de Saúde, apenas no ano de 2000, morreram vítimas de violência relacionada com a guerra, 1,6 milhões de pessoas. A violência, por conseguinte, está intrinsecamente relacionada com a ausência dos direitos humanos e claro: com a saúde e com o sofrimento que os efeitos da violência acarretam. Nos nossos dias, a guerra e a violência são tópicos de debate dos cientistas sociais e da antropologia médica crítica (Appadurai 1996; Das *et al.* 2000; Das *et al.* 2001; Farmer 2003; A. Feldman 1991; Scheper-Hughes e Bourgois 2004; 2009; Kleinman, Das, e Lock 1997), trazendo para o terreno da discussão, as diversas formas da violência: a violência física, psicológica e simbólica que se apresenta frequentemente no cenário da vida de todos os dias. De acordo com Farmer (2004), esta "violência estrutural", é directamente causada pela injustiça das estruturas sociais e dos processos que marginalizam as pessoas e sustentam as desigualdades sociais. Em particular no campo da antropologia médica, a saúde (ou a ausência dela), é entendida a partir de uma visão global e percepcionada a partir de um ângulo abrangente (ou holístico) que compreende

o bem-estar social, emocional físico e mental, num quadro não só biológico, mas igualmente sociocultural, político, económico, e ambiental. Paul Farmer explica que "life choices are structured by racism, sexism, political violence, and grinding poverty" (1996: 261). São pois todos estes factores que condicionam a saúde e o bem-estar das populações e das pessoas em particular.

A violência é, em boa verdade, um dos factores de impacte mais negativo na saúde, criando rupturas em diversas áreas do social e do individual. No conceito de "violência estrutural" proposto por Farmer, existe a assumpção – implícita ou explícita – de que esta é a barreira que impede a saída da pobreza. Isto é, a pobreza extrema persistiria principalmente, pela exploração causada pelos ricos e poderosos. Apesar de largamente apreciado pelo trabalho desenvolvido em contextos de pobreza (nomeadamente no Haiti), Farmer não está isento de críticas. Nomeadamente Sachs (2008 [2004]), considera-o neo-marxista pelo facto de sobre-valorizar um determinado ângulo de análise. Segundo este autor, existem muitas outras causas estruturais para a existência da pobreza extrema, nomeadamente a alteração radical das condições climatéricas, o isolamento físico, o aparecimento de determinadas doenças – como a malária, ou ainda os solos pobres que impedem a produção agrícola. De acordo com esta perspectiva, Sachs afirma:

> "… No entanto, o verdadeiro combate que enfrentamos, não é a luta dos pobres para se libertarem das obrigações para com os poderosos. Pelo contrário, a batalha consiste em incutir um sentimento profundo de que há obrigações mútuas entre ricos e pobres. Os ricos têm uma obrigação para com os pobres, a de ajudarem os pobres a manter-se vivos face a obstáculos estruturais de dimensão letal. Os pobres têm a obrigação de trabalhar juntamente com os ricos, para garantir que o auxílio é bem utilizado e entregue àqueles que necessitam dele com maior urgência. E todos nós temos a obrigação de dar atenção ao testemunho profundo da nossa humanidade comum que Farmer nos oferece" (2008 [2004]: s/p).

Apesar de podermos concordar com Farmer em que, historicamente, os pobres têm sido a consequência de políticas económicas injustas e avassaladoras, há algo na teoria da "violência estrutural" que parece ser um pouco redutora ou até determinista. Poderemos questionar-nos se não caberá também aos pobres o direito de se manifestarem contra esta violência através do uso da agencialidade. Porém, no espectro mais amplo do asilo em Portugal, a maioria dos refugiados são vítimas de uma

"violência estrutural", no sentido em que são sistematicamente condicionados por um sistema político e económico e portanto institucional – onde se podem incluir instituições filantrópicas que pretendendo "fazer o bem", acabam involuntariamente por lhes causar maiores danos, uma vez que não estão cientificamente preparadas para junto deles, encontrarem as soluções que necessitam para sair do sofrimento. Ao negarem-lhes reconhecimento como agentes activos de mudança, são coarctados do seu direito a fazerem uso efectivo das instituições que, não estando suficientemente preparadas para integrar a diferença, acabam por os remeter a um silêncio sofredor.

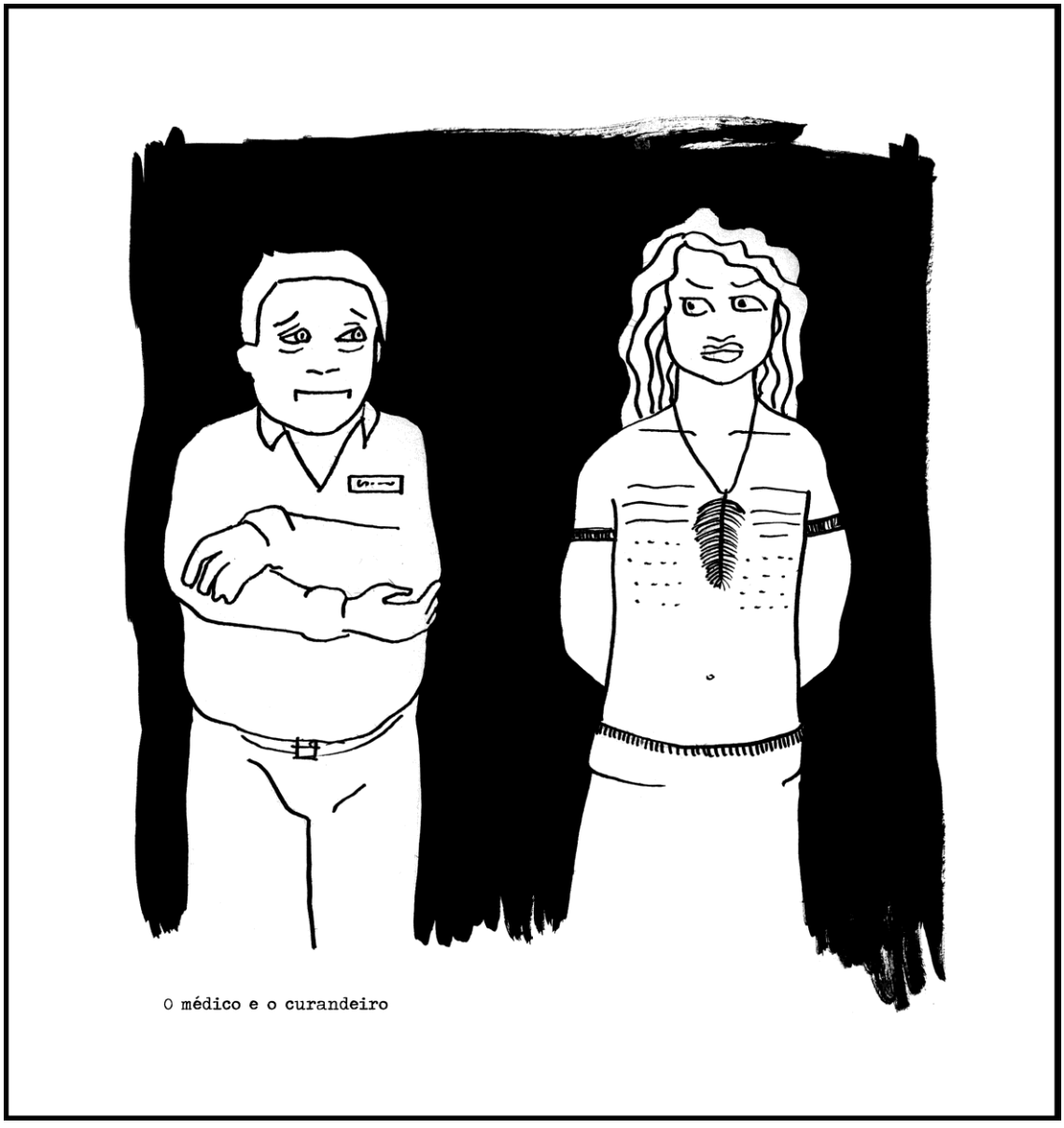
No campo da saúde dos refugiados, são vários os agentes que contribuem para o seu sofrimento. Desde logo: a desestruturação das famílias e das comunidades; o deslocamento forçado das populações - deixando-as à mercê da fome e da miséria, da doença e consequentemente de outras formas de violência (violações, humilhação, exploração sexual, tortura); o rompimento das redes sociais; a angústia e stress causado pelo medo e incerteza; o impacte incorporado do trauma originado pela tortura e assassínio ou seu testemunho. Mas também a limitação do acesso aos cuidados de saúde; a desestruturação dos sistemas de saúde, a desadequação desses mesmos sistemas em relação às particularidades socioculturais e linguísticas das populações vítimas de guerra, conflitos e violência.

Uma outra forma igualmente viciosa de contribuir para o sofrimento de todos aqueles que foram ou são vítimas de guerra, é a invisibilidade social a que por vezes se votam essas pessoas, consubstanciada através da aceitação ou negação do *status quo* criado à sua volta, explanado através da expressão "*states of denial*" (S. Cohen 2001). Este é o caso de grande parte dos requerentes de asilo e refugiados em Portugal, que são desconhecidos pela maioria da população portuguesa (onde também se incluem as instituições, em particular no domínio da saúde) confundidos que são com imigrantes económicos. Uma das formas mais efectivas de garantir os seus direitos humanos, é através do enfoque na saúde, como um dos lugares a partir dos quais se podem centrar também os direitos sociais e económicos (Farmer 2003, 2008). Garantir os direitos através da lei (como acontece em Portugal relativamente às mesmas condições de acesso que os cidadãos nacionais), não é só por si suficiente, como já vimos. O *estado de negação* que sugere Cohen, encontra-se por exemplo, na ausência de cuidados de saúde adequados às suas carências e que, acima de tudo, tenham em consideração a necessidade de providenciar condições mínimas de bem-estar, para minorar o sofrimento, como o direito ao trabalho efectivo, o direito a reconstituir as redes

familiares, o direito a decidirem eles próprios, as suas trajectórias de vida. Estes direitos, não serão suficientes, apenas porque estão consagrados na lei. Necessitam ser efectivos para que constituam por si próprios, uma barreira contra o sofrimento. A saúde surgirá, dependendo de dois factores fundamentais: garantindo políticas que de modo pragmático, reconheçam que a necessidade de implementar na prática, o que está escrito na lei relativa à efectivação da possibilidade de encontrarem trabalho, casa, reconstituírem as suas redes familiares e de amizade, enfim, serem cidadãos de pleno direito, e em paralelo, no contexto restrito do cuidado físico e mental, desenvolvendo projectos e acções que dentro e fora do Estado, se foquem nas idiossincrasias de cada pessoa, na sua história de vida, na história de sofrimento e essencialmente na sua capacidade de resiliência, não somente na sua capacidade de adaptação mas essencialmente de transformação, dando sentido à sua aptidão para encontrarem formas de resistência e luta pela concretização do que está previsto na lei de asilo (emprego, reagrupamento familiar, por exemplo) mas que dificilmente se traduz em realidades concretas. Sobre esta questão falarei mais tarde aquando da referência à constituição recente da Associação de Refugiados em Portugal.

No caso concreto dos requerentes de asilo, cujo direito à saúde está protegido por lei, será que podemos afirmar que os seus *direitos humanos* estão a ser salvaguardados, quando frequentemente são empurrados para a ilegalidade se não têm os seus documentos revalidados a tempo pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras? Quem os protege nessa situação? Quem é suficientemente corajoso para lhes dar trabalho (a hipótese de um contrato nem se coloca uma vez que ficaram ilegais), ou arrendar casa? Como poderão sobreviver se, como consequência da ilegalidade a que os votou o SEF, o parco subsídio que antes recebiam, foi automaticamente cancelado pelo facto de estarem indocumentados? Como podem ter saúde, se nem dinheiro têm para comprar alimentos, nem redes sociais que os assistam? Quem violou aqui os *direitos humanos?* Neste caso, de que serve em concreto, uma lei que protege os indocumentados à saúde, quando todo o resto necessário à sobrevivência física e mental da pessoa, falha: a casa para viver, a comida para colocar no prato, a escola para abrir horizontes? Qual é, ao fim e ao cabo, a "resposta pragmática à *violência estrutural"*? (Farmer 2003: 220). A resposta a essa pergunta, passará por uma mudança também estrutural nas práticas quotidianas das instituições responsáveis da integração dos refugiados, bem como uma profunda alteração de mentalidades, no que diz respeito ao verdadeiro sentido do conceito de direitos humanos.

Ilustração 4 – Outros saberes da cura



2.10 – Quando o conceito de cultura se torna redutor

Analisar o contexto etnográfico local, a partir da óptica meramente "cultural" sem colocar em perspectiva o que acontece ao nível das políticas nacionais ou internacionais (inevitavelmente com elas relacionadas), é semelhante ao que alguns antropólogos fazem, quando analisam a morte dos órfãos da região maia, sem os relacionar com os motivos porque morreram os seus pais (Farmer 2003; D. Green 1999). O conceito "cultura" tem sido ultimamente utilizado como uma característica estática que frequentemente legitima as diferenças (em relação a uma sociedade mais lata) e abre a porta a interpretações erradas, usadas posteriormente pelo poder, como forma de descriminação das diferenças. O conceito de *cultura* substitui frequentemente na actualidade, o conceito de *raça*, *nacionalidade* ou *religião,* como forma de discriminar as diferenças. Também em Portugal, os desencontros terapêuticos entre médicos e requerentes de asilo ou refugiados, são frequentemente justificados pelos primeiros, como incompatibilidades culturais ou de "raça". As manifestações de racismo também são frequentemente incorporadas na forma de tratamento da doença, ainda que por vezes, estejam escondidas pelo véu do assistencialismo. As forças que dão lugar a epidemias como o HIV-Sida, ou o modo como se pretende esconder uma tuberculose entre os requerentes de asilo institucionalizados, remetendo-os para longe dos olhares dos técnicos (sem explicar aos próprios requerentes de asilo porque razão estavam proibidos de permanecer junto dos seus companheiros, remetendo-os para casas isoladas), também existem num contexto em que os direitos humanos são por vezes desrespeitados. Trata-se por isso, mais do que falar-se em desigualdades sociais, averiguar onde e quando, existe o que Farmer denomina *violência estrutural.* Segundo este autor, a forma de contornar esta possibilidade, surge através da incorporação dos direitos humanos no contexto da saúde pública a nível global, considerando os assuntos relacionados com a qualidade e acesso à saúde pelos mais pobres (ou marginais ao sistema social) como uma preocupação fundamental, num mundo caracterizado pelo sofrimento.

É também no campo da saúde pública e, dentro deste, em particular, na análise da antropologia médica crítica, que os efeitos da violência têm vindo a ser analisados, em particular através do estudo do impacte da violência e da guerra no bem-estar das populações, famílias e indivíduos em particular (Farmer 1992, 2003, 2004b; Rylko-Bauer, Whiteford, e Farmer 2009; L. Green 1999; Johnston 2007; Kleinman, Das, e Lock 1997). Na verdade, igualmente no domínio da análise da saúde pública e

respectivas implicações no campo da saúde dos refugiados e requerentes de asilo, coloca-se a questão da ética, na medida em que a ética é sempre emoldurada pela política, uma vez que mergulha nas relações de poder entre as pessoas e as instituições com elas relacionadas. A abertura e orientação em relação às experiências de sofrimento do "outro" são, também motivadas pela compreensão sobre a origem da dor e do sofrimento e pela assumpção do lado no qual nos posicionamos face a essas mesmas pessoas em sofrimento. Neste campo específico, desenvolver políticas de saúde pública culturalmente competentes, implica desde logo, a realização de trabalhos etnográficos que dêem visibilidade às reais necessidades das pessoas com as quais lidamos, apesar de o sofrimento, a dor, ou mesmo o terror, serem experiências que dificilmente podem ser partilhadas (cf. Daniel 1994: 238, cit. in Hastrup 2003), fazendo parte, por isso, do domínio das subjectividades.

A própria narrativa do sofrimento, requerida pelas polícias de fronteira para atestar a veracidade das histórias dos requerentes de asilo, de modo a serem aceites no país, é algo que pode ficar coarctado pela natural incapacidade de verbalização do sofrimento. Como afirma Elaine Scarry:

> "A dor física não se limita a resistir simplesmente à linguagem, mas também a destrói activamente, provocando uma reversão imediata a um estado anterior à linguagem, aos sons e gritos que um ser humano emite mesmo antes de a linguagem ser aprendida. A destruição da linguagem está intimamente relacionada com a destruição do sujeito. A violação não é simplesmente uma transgressão dos limites físicos de alguém; a um nível mais profundo, é uma violação da própria individualidade [selfhood] e, portanto, uma destruição da posição a partir da qual se pode falar na primeira pessoa" (1985: 232).

No campo da saúde mental, por exemplo, é necessário interiorizar esta relação entre a necessidade do silêncio dos refugiados e requerentes de asilo, e o sofrimento que nem sempre pode ser verbalizado. A cultura terapêutica do *Ocidente* passa essencialmente pelo apelo à verbalização do sofrimento. Contudo, o acto de verbalizar os sentimentos (e sofrimentos) requer em muitas sociedades, a integração e reconhecimento do indivíduo no tecido social e também que seja reconhecido por este. Este não é de todo o caso dos requerentes de asilo em Portugal. Logo, o apelo à narrativa do sofrimento feito pela polícia de fronteira, ou mais tarde pelos técnicos de saúde, pode encontrar uma barreira de significados subjectivos que pela aflição que eles envolvem, obliteram na vítima a capacidade de o colocar por palavras. Os antropólogos

(entre outros cientistas sociais), recentemente têm vindo a entender a experiência quotidiana das pessoas em sofrimento, através da proximidade que o trabalho de campo permite, mais do que apenas elaborar extensas recolhas das suas narrativas. Essa prática tem permitido concluir que a violência e o sofrimento, passam a ser dimensões inerentes à existência das pessoas, e não algo apenas externo a elas, algo que lhes aconteceu e que ficou num tempo passado e num contexto geográfico diferente. Em particular, a experiência traumática é algo que se vai repetindo sucessivamente nos lugares de asilo, caso não estejam salvaguardadas as condições sociais e clínicas para que o passado se dilua apenas numa memória (Nordstrom e Robben 1995: 2). A violência, nem sempre é passível de descrição: ela é muitas vezes, estrutural e simbólica. Logo, o processo de exteriorização dos sentimentos e experiências subjectivas, não é um processo simples de representação:

> "Passando do implícito ao explícito, de uma impressão subjectiva a uma expressão objectiva, a manifestação pública sob a forma de um discurso ou ato público constitui em si um ato de instituição e, portanto, representa uma forma de oficialização e legitimação: não é por coincidência que (…) todas as palavras relacionadas com a lei têm uma raiz etimológica que significa dizer. E a instituição, entendida como aquilo que já está instituído, já explicitado, cria ao mesmo tempo um efeito de cuidado público e de legalidade e um efeito de fechamento e desapropriação" (Bourdieu 1991: 173).

2.11 – Condicionalismos do sistema médico e procura de soluções alternativas

As leis são feitas no papel. O sofrimento é real.

O estado de pobreza nem sempre se caracteriza a meu ver, por uma ausência de meios e bens, mas é também um fenómeno que se reflecte, como vimos, na *violência estrutural.* No caso mais lato da imigração, ou mais restrito dos refugiados e requerentes de asilo, ser "pobre" não significa necessariamente, que estes tenham tido uma situação individual ou familiar, marcada pela escassez de bens, mas que também eles, foram vítimas de uma violência que os catapultou para uma situação de grande fragilidade, no que diz respeito ao desapoderamento no acesso aos seus direitos no país de asilo. A dificuldade no entendimento da língua portuguesa, a dependência forçada em relação às instituições que são supostas prover-lhes as condições de vivência digna (habitação,

trabalho, saúde, educação…), outras noções relativas às estruturas familiares, corpo, saúde e doença e género, por exemplo, associadas a uma experiência traumática de perseguições e tortura, remete-os frequentemente para um estado de pobreza sequencial que os vai afastando, cada vez mais, do acesso às tomadas de decisão que a eles concernem.

A situação de refugiado ou de requerentes de asilo contribui paulatinamente, no que diz respeito ao sofrimento físico e mental, para dois tipos de percepção: por um lado, como vimos, a que diz respeito aos profissionais de saúde que, na maioria das vezes, não têm as ferramentas históricas, políticas, médicas e conceptuais, para interpretar o sofrimento de forma adequada à particular situação política de refugiados. Sobre esta limitação, dois cenários possíveis: a inexistência de uma formação adequada dos profissionais de saúde no domínio da antropologia, ou mesmo das ciências sociais e humanas aquando da sua formação universitária, ou um outro cenário igualmente possível, refere-se à ausência de empatia e de sensibilidade para com a diferença de sintomas, nosologias e idiomas (pelo menos na prática, não necessariamente na retórica). Por outro lado os refugiados, desprovidos dos meios que anteriormente (antes da fuga) lhes permitia interpretar o seu sofrimento e agir sobre ele de acordo com percepções legitimadas pelo contexto sociocultural e linguístico, são empurrados agora para manifestações de sofrimento e pedidos de ajuda que não encontram eco nem apaziguamento. O corpo humano, tanto na saúde como na doença, não é pois um dado ontológico, mas uma entidade maleável e em movimento (Lock e Nguyen 2010), dependendo em grande medida também, de factores exógenos. Nesta primeira década do séc. XXI, como resultado de um mundo em plena transformação e aproximação, em parte devido aos movimentos migratórios em todos os sentidos do globo, já não é eticamente aceitável que ainda se assista à ideia de que existem "corpos exóticos" com os quais o profissional de saúde (inseridos no sistema de saúde), ou em Organizações Não Governamentais) não consegue dialogar, num contexto de desenvolvimento de projectos ou intervenções de saúde, porque "culturalmente determinados". Como referem Lock e Nguyen:

> "Os debates actuais sobre o papel da circuncisão masculina, da abstinência, ou do uso de preservativos na prevenção do VIH requerem que as crenças e práticas culturais das ONG, agências de desenvolvimento e organizações internacionais sejam examinadas à

> luz do saber especializado e da perspectiva crítica (mais do que da «cultura») dos pretensos «beneficiários»" (2010: 10).

Há que ter em consideração que os próprios conhecimentos sobre saúde, doença e corpo, não são actualmente, em nenhuma latitude, estáticos e imutáveis, porque dependem sempre de factores políticos, económicos e sociais, eles próprios inconstantes e permeáveis à difusão do conhecimento médico e tecnológico. Nigel Barley, no seu curioso livro "O Antropólogo Inocente", referia que no seu trabalho de campo junto aos Dowayo, ele próprio enquanto estrangeiro relacionado com um certo tipo de medicina associada aos "brancos", era solicitado para fornecer comprimidos de quinino, antibióticos e pensos (2006 [1983]: 79). Esta solicitação, não era contudo isenta de complicações. O estatuto de "curandeiro/antropólogo" só se aplicava, à luz dos conhecimentos terapêuticos dos Dowayo, no caso de uma categorização de doenças: as doenças "epidémicas" (infecciosas) tais como a malária e a lepra, sobre as quais era sabido, que os homens brancos possuíam remédios. Na Europa e nomeadamente em Portugal, assistimos à presença cada vez mais constante de outros sistemas terapêuticos, como já vimos por exemplo, a medicina chinesa, a ayurvédica, mas também o candomblé e o umbanda, para nomear apenas alguns. Também os refugiados e requerentes de asilo, em alternativa ou em complementaridade – pois continuam a usufruir simultaneamente de algumas prescrições médicas, nomeadamente no uso de ansiolíticos – a um sistema de saúde que não responde eficazmente às suas necessidades específicas, recorrem frequentemente a outras ofertas terapêuticas colocadas à disposição por imigrantes (ervas, pomadas, chás) que estrategicamente se colocam no centro histórico de Lisboa, mantendo os seus clientes informados da chegada de novos produtos terapêuticos.

Este *pluralismo médico,* já iniciado nos anos 70 a partir da observação dos rituais e das práticas terapêuticas (Nichter e Lock 2002), compele o sistema médico dominante a reconhecer outras soluções curativas válidas, porque mais eficazes em determinados âmbitos sociais. Em todos os contextos socioculturais e históricos, o sofrimento exige uma atribuição de sentido (Lévi-Strauss 1988 [1950]; Augé 1986), processo que não é frequentemente compatível nem com os discursos do saber e da ciência, nem tão-pouco ecoam de um contexto sociocultural para outro. Desse modo, as dinâmicas sociais envolvidas nas diferentes ofertas terapêuticas, existem muito para lá dos condicionalismos próprios de um sistema médico. São também estas que oferecem o

suporte relacional e a atribuição de sentido que apazigua o sofrimento dos refugiados, quando não existe na realidade, uma oferta terapêutica oficialmente reconhecida e adequada, que aja no interesse e de acordo com as necessidades particulares dos refugiados, enquanto cidadãos de pleno direito:

> "Os Estados procuram atingir os seus objectivos através dos projectos quotidianos de regulação dos corpos e espaços que concebem, em batalhas discursivas sobre os limites e as categorias da vida social e institucional, e em lutas pelo poder de representar o que se considera defender o interesse dos cidadãos" (Lock e Nichter 2002: 8).

Também sabemos (Augé 1986; Feierman e Janzen 1992; Granjo 2009) que, por exemplo, nalguns sistemas africanos (lugar de proveniência de muitos refugiados), mas também latino-americanos (Pereira 2001), a causa do mal – do sofrimento – é atribuída a agentes exteriores. A doença é apresentada como uma ruptura de equilíbrio entre o indivíduo e a sociedade (da qual eventualmente também faz parte o mundo sobrenatural). Poderemos afirmar então, que também o sofrimento dos refugiados e requerentes de asilo, o eventual *trauma* sequencial (no local de origem, durante a viagem, já no país de asilo), foi e é fomentado não por uma qualquer patologia endógena, mas, muito pelo contrário, por frequentes atentados violentos. próprios dos lugares de conflito e guerra, mas igualmente pela violência institucional, legal, social, já no país de asilo, que os impede sistematicamente de encontrar as condições sociais e políticas necessária ao desempenho activo da sua vida, como cidadãos úteis à sociedade. Deste ponto de vista, a lógica simbólica atribuída ao sofrimento, à doença, acaba por encontrar correspondência tanto no passado, como na experiência actual da doença, como uma desadaptação ao contexto de asilo.

No que concerne às soluções terapêuticas propostas pelo Serviço Nacional de Saúde ou mesmo por psiquiatras que oferecem um atendimento de saúde mental aos refugiados (no CAVITOP), [38] observamos que a etiologia essencial, se baseia na biomedicina e na psiquiatria clássica. Contudo, pela desadequação às reais necessidades dos refugiados (barreiras linguísticas; sócio-culturais, económicas, entre outras), é pertinente questionar a sua eficácia terapêutica. Uma medicina complementar, que inicie o diálogo com outros recursos terapêuticos validados pelos próprios refugiados, para além da indispensável inclusão das satisfações sociais e políticas, oferece maior garantia

[38] CAVITOP: Centro de Apoio a Vítimas de Tortura em Portugal.

de eficácia na saúde, bem-estar e reformulação identitária dos próprios sujeitos. O conhecimento científico (entendido no ocidente como sinónimo de rigor e de eficácia) não é na sua origem, diferente de qualquer outro conhecimento no que diz respeito à saúde e à doença (Leslie e Young 1992; Feierman e Janzen 1992), na medida em que todo o conhecimento é produto de um processo natural, social e cognitivo, mais do que de um processo lógico. É também através do conhecimento, que os seres humanos dão sentido à sua existência. Assim sendo, a necessidade de reconhecer outros conhecimentos terapêuticos complementares, consubstancia-se no respeito pelo e no reconhecimento do Outro. Tal como mencionam Feierman e Janzen: "What patients see, in Africa, as in many other parts of the world, is a diverse, heterogeneous set of options for treatment – options that vary from place to place" (1992: 2).

Para além da utilização da consulta no centro de saúde, as medicinas complementares usadas pelos refugiados (que vão comprar a outros imigrantes no Rossio ou no Martim Moniz), possuem uma outra "eficácia simbólica" para além de meramente terapêutica: remetem-nos para um universo de referentes comuns, de linguagens terapêuticas comuns e plurais, que lhes reforça um sentido identitário já tão fragilizado pela sua recente experiência de exílio. Contudo, mais do que procurar eficácia ou ausência dela em diversos sistemas terapêuticos, mesmo quando usados em complementaridade, referimos a necessidade de envolvimento de outros sistemas não médicos que, mais do que a cura através de soluções terapêuticas, convergem para o bem-estar dos próprios refugiados. Também Fassin chama a atenção para estes elementos: no lugar de olhar para os refugiados do ponto de vista do trauma (PTSD) ou dos mal-estares físicos e mentais, torna-se necessário convocar outras formas complementares de suporte e integração no lugar de asilo, através do envolvimento político, social e relacional. Tanto a saúde mental como física dos refugiados e requerentes de asilo, depende sobretudo da confirmação de percepção da pertença a um lugar que por fim lhes traga segurança, apaziguamento (ausência de guerra), reconhecimento das suas capacidades individuais por parte da sociedade de acolhimento como um todo, mas também das instituições com as quais têm que interagir. Para além das preocupações sobre o estado da saúde físico ou mental, os refugiados e asilados têm a urgência de encontrar os seus próprios caminhos, podendo contribuir dignamente para a sociedade que assumiu o compromisso de lhes proporcionar as condições sociais para a sua integração. Os suportes terapêuticos – impostos ou escolhidos pelos próprios – só encontrarão eficácia, quando dialogarem no mesmo plano da realização das condições

sociais necessárias ao desempenho de uma vida digna. Quando tal não acontece, perpetua-se a violência simbólica e política no momento actual e não só no passado (Valluy 2009). Por exemplo, na ausência de correspondência entre as leis de asilo e a realidade de gestão de documentos de autorização de residência, que conduzem na maior parte dos casos, a uma perversidade consubstanciada nos prazos de renovação de documentos de residência humanitária provocados pelo SEF e que levam obrigatoriamente à situação involuntária de ilegalidade.

2.12 – A nosologia ocidental e a categorização do diagnóstico

Generalização do diagnóstico ou "caridade interpretativa"?

A perspectiva teórica sobre saúde mental dos imigrantes, já havia sido abordada pela antropóloga Chiara Pussetti, que nos últimos anos, tem vindo a desenvolver uma profunda reflexão sobre esta temática, fruto do seu trabalho de campo na Guiné-Bissau e aqui em Portugal e da experiência no Centro Franz Fanon em Turim – Itália (Pussetti 2006; Pussetti e Bordonaro 2006). No seu artigo "A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de *culture-bound syndrome*", Pussetti (2006) reflecte sobre o processo de encontro entre as diferentes práticas e saberes ligados a contextos históricos e culturais específicos no domínio da psicologia, elaborando uma análise pertinente, à validade dos diagnósticos produzidos pelas nosologias ocidentais, em comparação com outras teorias interpretativas. Faz ainda uma análise crítica à noção de "culture-bound syndrom" proposta pelo DSM-IV (APA 1994)[39], e à tendência de patologizar comportamentos, pelo facto de não se compreender o contexto cultural a partir do qual esses comportamentos e emoções se manifestam. Mais do que reflectir sobre o papel da etnopsiquiatria crítica, ou do "racismo institucional" que leva à patologização dos comportamentos – em particular dos migrantes, a autora neste artigo, abre-nos todo um novo campo de discussões teóricas produzidas por diferentes autores estrangeiros, que têm reflectido a partir da perspectiva da antropologia médica crítica ou da própria psiquiatria, sobre a condição de migrante ou mais precisamente, sobre os

[39] DSM-IV é a abreviatura de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (APA 1994). Corresponde à quarta versão do DSM e é a principal referência de diagnóstico para os profissionais de saúde mental dos Estados Unidos da América e de Portugal na prática clínica.

Ilustração 5 – O determinismo do diagnóstico

Dissociando o paciente do seu contexto sócio-cultural

efeitos da violência institucional ou sócio-política (em que se incluem muitas vezes as instituições de saúde) na vida dos imigrantes.

Pussetti (2006, 2009) não menciona nas suas publicações o campo específico dos refugiados ou requerentes de asilo. Contudo, o enfoque que fornece no campo da análise da saúde mental, abrange indubitavelmente as experiências de vida desta população, porquanto se refere ao corpo enquanto "arquivo histórico e lugar de resistência, e os seus sintomas como comentários políticos, histórias incorporadas que relacionam o nível individual com o colectivo, o presente com o passado" (Pussetti 2006: 32). O que esta autora propõe, à semelhança de outros antropólogos (incluindo Rylko-Bauer e Farmer 2002); Scheper-Hughes e Lock 1987; Scheper-Hughes 1996) é que a psiquiatria culturalmente competente, deve integrar na análise terapêutica dos eventuais pacientes com um possível factor de risco, o contexto de vida, com as diversas vertentes em relação: os referentes económicos, a exclusão social, a religião, as diferenças de género, os contextos socioculturais, institucionais e políticos passados e presentes, e ainda as políticas sanitárias de referência, em cada contexto territorial.

No caso dos refugiados vítimas de tortura e trauma, acrescentaria numa tentativa de reforço desta abordagem terapêutica culturalmente competente, em particular nos exemplos em que existe ou persiste risco de trauma, recorrer à escuta da história do trauma, no campo mais amplo da história de vida dessa pessoa. À semelhança de alguns imigrantes, os refugiados políticos são marcadamente aqueles que foram (e são, nalguns casos) vítimas de perseguições, torturas e até sevícias sexuais decorrentes da própria viagem de fuga dos territórios que os perseguiram, que condicionam o seu sofrimento já na sociedade de asilo. Também Bibeau (1979) e Beneduce (2002) referem que, para além destes contextos de referência das pessoas em sofrimento, há ainda que colocar em relação a vida interior dos próprios sujeitos, porquanto cada pessoa tem os seus próprios códigos de referência, representações, sobreposições de valores e também contradições.

As inerentes crises existenciais e sociais, manifestam-se nalgum momento na vida dos sujeitos, colocando-os em sofrimento, sem que esse sofrimento seja necessariamente do domínio patológico, mas sim resultado do mal-estar característico de uma desadaptação ao contexto em que estão inseridos. No caso de alguns refugiados e requerentes de asilo que contribuíram para esta investigação, encontramos variadíssimas narrativas que dão conta deste sofrimento decorrente da desadaptação social e da inflexão relativa a verdades antes consideradas como absolutas e que, no momento presente das suas vidas, e após um percurso de vida conducente ao pedido de

asilo, levou por exemplo nalguns dos entrevistados, ao questionamento da fé religiosa que antes professavam. A dificuldade em atribuir um sentido à sua experiência traumática, e em dar uma explicação lógica para a sua condição, coloca-os em sofrimento psíquico provocando desorientação, e até angústia, em relação aos códigos religiosos anteriormente tidos como absolutos. A dúvida em relação a uma divindade que os abandonou e que os coloca em mero estado de sobrevivência, a interiorização da culpa, em relação ao seu estado actual de asilados ("*o que fiz eu de mal na minha vida para agora me encontrar nesta situação de tamanho sofrimento?"*), e a mudança de atitudes relativas às anteriores práticas de culto, conduz a uma crise existencial e social que deve ser enquadrada e analisada de forma exógena, no campo político mais amplo em que se manifestam os atentados sucessivamente cometidos à integridade física, moral e ideológica, da pessoa.

Beneduce (1998) fala também da existência de uma ruptura entre fronteiras da memória e da identidade, que por vezes os imigrantes não conseguem gerir. Nos refugiados, esta ruptura está presente na sua vida quotidiana, enquanto condição de refúgio, uma vez que a atribuição do direito de asilo está marcadamente dependente da repetição de um discurso narrativo constantemente reiterado perante as instituições que vão, a cada momento, definir a teia avaliadora da permanência ou interrupção da sua condição de requerente de asilo. Primeiro perante o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), que lhes atribui ou lhes nega a possibilidade de entrarem ou de permanecerem em território português, depois perante a Segurança Social ou a Santa Casa da Misericórdia que lhes atribui ou lhes nega, por vezes de forma arbitrária, os subsídios dos quais dependem para viver (por falta de empregabilidade real). Vêem-se assim constantemente coagidos a reproduzir um discurso narrativo com os detalhes explicativos do trauma que os levou à fuga, conduzindo-os constantemente ao regresso a uma memória pungente, que os impede de se reconstruírem a si próprios através de identidades múltiplas e em constante reconfiguração. Para além da "dupla ausência" referenciada por Sayad (1999) e da "dupla consciência" referenciada por Beneduce (2009: 46) a propósito de Du Bois, possuem também *identidades forjadas* pela imposta condição de requerente de asilo, no limbo de qualquer reconhecimento social: nem imigrantes, nem estrangeiros, nem refugiados, nem requerentes de asilo, nem cidadãos com direito a uma nacionalidade de referência, uma vez que o seu próprio território de origem os repudiou e ao qual não podem sequer regressar. Estas *identidades forjadas* surgem assim por força de um discurso narrativo que têm que sustentar ao longo do seu

longo processo de "candidatos a refugiados", reproduzindo sempre, perante as instituições que supostamente os integram, uma identidade colada ao estatuto de vulnerabilidade e dependência.

Regressando às pesquisas teóricas de Pussetti (2006: 10-11), verificamos que esta autora nos ajuda a reflectir sobre a importância da contextualização das emoções, na cultura que serve de cenário às experiências adquiridas e continuamente mutáveis dos indivíduos, para nos dizer que a forma como estas se experienciam não é universal, nem "*value-free",* mas antes, como expressa Beneduce (1995: 17), como "um conjunto de conotações, metáforas, significados, valores e ideologias". Assim sendo, segundo Pussetti, torna-se fundamental questionar a nosologia ocidental que insiste em categorizar determinadas manifestações emotivas, provenientes de contextos socioculturais diferentes, como "*perturbações comportamentais*" (2006: 11) ou como comportamentos desviantes e patológicos, criando-se desse modo, uma hegemonia de categorias diagnósticas e de modelos terapêuticos, como formas subtis de poder sobre os outros (Beneduce 1998), incluindo-se nesta observação a meu ver, não só a análise descontextualizada das emoções, que pode gerar definições equívocas ("normal"/"patológico"; "saudável"/"doente", por exemplo) como do próprio diagnóstico de PTSD, tão comum nas consultas psiquiátricas dos refugiados. A própria doença – física ou mental – está sujeita a um modelo interpretativo culturalmente relativo. O discurso médico produzido pelos clínicos gerais, também sujeitos de análise nesta dissertação, encontra-se carregado de diagnósticos interpretativos que, não obstante a maioria dos clínicos afirmarem que o atendimento aos refugiados e requerentes de asilo é pontual - sem ligação com a instituição de acolhimento (CPR/CAR), com a qual raramente mantêm contacto e principalmente com grandes barreiras de comunicação, pela inexistência de uma língua comum de contacto - assumem expressões como as que se seguem: "a maior parte deles tem problemas psicológicos graves"; "têm muitos problemas psicossomáticos"; "têm depressão"; "é mais fácil a comunicação com os europeus de leste do que com os africanos, por causa da língua e da cultura"; "dizem que sim, que entendem para nos agradar, mas não entendem nada".

Existem ainda exemplos evidentes de dissociação entre os relatos de sofrimento verbalizados pelos refugiados, e a interpretação e diagnóstico efectuado pelo médico, que acaba por excluir o relato do paciente, considerando-o um estorvo ao seu diagnóstico, previamente assente na biomedicina ou na psiquiatria. Referindo-se a uma

consulta feita recentemente a um requerente de asilo, um dos médicos de clínica geral entrevistados, teceu o seguinte comentário:

> "Em termos de comparação: muitas vezes um doente quando nos faz queixas está a enganar-nos. Quer dizer: está a dar sintomas que já são consequência da doença e não nos está a dar os sintomas básicos. Por exemplo na pediatria: vamos ver uma criança e um bebé não se queixa. Nós é que vamos descobrir o que é que a criança tem. Numa situação destas, a gente facilmente descobre, e depois com a experiencia que tenho, é muito fácil chegar a um diagnóstico."

A este propósito, cabe-nos relacionar a interpretação do mal-estar efectuado pelos médicos e a interpretação da doença feita a partir da perspectiva teórica da antropologia médica crítica. Ainda de acordo com Pussetti,

> "… partimos de uma definição da doença como o mais individual e o mais social dos eventos (Augé 1993), na medida em que os esquemas de referência que permitem localizar, designar, interpretar e curar são todos eminentemente sociais. Se a doença, porque constituída e reconhecível através de uma actividade interpretativa, é um conceito culturalmente relativo, é evidente que uma mudança dos códigos de referência implicará também uma alteração das formas de expressão e da experiência da aflição" (2006: 6).

Na análise dos conceitos de saúde e doença referentes aos refugiados em Portugal, ocorre a possibilidade de se entender e interpretar, de forma perigosamente equivocada, as sensações do corpo e os sintomas manifestados pelos pacientes. Em particular quando o contexto presente (incluindo o terapêutico) é substancialmente diferente dos contextos de origem, para além de que grande parte deles terá sido sujeita a experiências traumáticas, paulatinamente incorporadas na sua maneira de ver o mundo, condicionando assim, as suas relações com os outros e com o poder.

A noção de sintoma é ainda abordada por Martínez-Hernáez (2000), revelando a importância da interpretação da metáfora para além dos sintomas, isto é, a importância de entender o significado e o símbolo das narrativas, nos sintomas revelados. Os sintomas não podem assim ser correctamente interpretados fora do universo do contexto cultural que os produz. Isto é o mesmo que dizer que uma interpretação correcta dos sintomas deve ser efectuada a partir de uma moldura constituída simultaneamente pela medicina interpretativa e pela etnopsiquiatria. O significado da doença e dos sintomas,

devem ser descobertos a partir das metáforas, narrativas e idiomas do sofrimento manifestado.

Estas consultas pontuais, descontextualizadas, desestruturadas e sem atenção para com os significados que os próprios refugiados atribuem aos seus sofrimentos, conduz na maior parte das vezes, a quadros clínicos interpretativos, que se afastam da verdade objectiva vivida pelo refugiado ao longo da sua história de trauma, acentuando mais uma vez, um quadro de interpretação biomédica hegemónica e muito afastada da competência cultural. Não é pois de estranhar que os refugiados demonstrem desconfiança e até indignação em relação às terapêuticas administradas pelos clínicos, em particular os de saúde mental. A recusa em integrar grupos terapêuticos para "sem abrigo" manifestada por alguns dos refugiados (esta terapêutica foi aconselhada por um dos psiquiatras do Hospital Júlio de Matos que se disponibilizou a consultar refugiados, a partir do CAVITOP), ajuda a compreender o grau zero da competência cultural em que se encontram alguns médicos especialistas da doença mental, em relação às particularidades traumáticas dos refugiados e à sua história passada e presente. Não queremos com isto afirmar que não existem boas intenções por parte dos profissionais de saúde mental, nem tão pouco que não haja excepções que provam a maior disponibilidade e sensibilidade dos clínicos para lidar com a diferença. Mas porque ainda não houve uma mudança deliberada nos códigos de referência, através de uma formação adequada para a diversidade e para os desafios que os próprios refugiados apresentam, devido aos seus múltiplos e complexos idiomas de sofrimento, encontramos desadequações terapêuticas que colocam frequentemente em risco, a própria saúde física e mental dos refugiados.

2.13 – Entender a pessoa para além do sintoma

Experiências passadas, competências futuras?

Ainda comparativamente aos relatos fornecidos por Pussetti (2006) sobre as experiências de terreno de diversos investigadores (incluindo a própria) em diversos contextos clínicos e institucionais que denunciam a persistência de preconceitos ideológicos de origem colonial na forma de abordagem de pessoas que trabalham com imigrantes, colocam-se-me algumas reflexões, relativamente àquela que tem sido a minha experiência de contacto com médicos de clínica geral, psicólogos e psiquiatras no atendimento de refugiados. A

maioria dos médicos e profissionais da saúde mental, desconhecem o contexto de vivência e de sofrimento destes, acabando por reproduzir estereótipos associados às manifestações de mal-estar, catalogando-os simplesmente como "*manifestações psicossomáticas*". Contudo, existe também um ou outro caso no campo da psiquiatria clássica que olha para o paciente vítima de trauma, a partir da experiência de vida da própria pessoa, posicionando a sua história de trauma num campo mais amplo dos efeitos dos conflitos e da violência. A.A., eminente psiquiatra português e um dos primeiros impulsionadores do acompanhamento e tratamento de presos políticos vítimas de tortura ainda antes do 25 de Abril, fez também parte da Amnistia Internacional num Congresso em Paris sobre o ano Internacional contra a Tortura, em 1973. Clandestinamente, conseguiu, juntamente com outros colegas seus, fazer o atendimento a presos políticos da prisão de Caxias que segundo este, funcionava durante o Estado Novo como centro de interrogatório e tortura. Mais tarde, iniciou também a consulta de trauma, a partir do sofrimento manifestado por ex-combatentes da guerra colonial. Foi a partir destas experiências que, segundo A.A., [40] começaram a fazer-se as primeiras avaliações psicológicas e médicas e a dar os primeiros passos para um diagnóstico que se viria mais tarde (1980, segundo Albuquerque) a conceptualizar como PTSD, tendo aparecido já em 1993 como classificação internacional. Já bastante mais recentemente aderiu ao CAVITOP, onde tem pontualmente atendido refugiados e requerentes de asilo, encaminhados pelo CPR.

Existe aparentemente um largo espectro de atitudes e práticas dos médicos que atendem os refugiados, que vai desde a assumida verbalização pública (no contexto do Centro de Saúde) de uma intenção: "eu não atendo mais refugiados", passando pela consulta rotineira de simples medicalização de sintomas adivinhados (adivinhados e não manifestos, por não haver uma compreensão mútua dos idiomas), ou pela ausência de sensibilidade cultural ou conhecimento político, do que significa ser um refugiado (consulta psiquiátrica com encaminhamento para grupos terapêuticos de sem-abrigo já anteriormente mencionada). Em casos pontuais, existe também uma profunda sensibilidade relativa ao significado político do estatuto de refugiado e requerente de asilo e das implicações da violência, da tortura, da coação, mas analisadas a partir de um ângulo bastante mais amplo, onde se integram a ausência de apoio social já em situação de asilo, a crítica à ineficácia e insensibilidade das instituições que

[40] Comunicação pessoal.

supostamente são responsáveis pela integração destas pessoas, e a crítica à ausência de uma estrutura sólida e continuada, para acompanhamento na integração social e na saúde dos refugiados vítimas de trauma. Neste caso, referimo-nos mais uma vez a A.A., porquanto foi o único psiquiatra que entrevistei que demonstrou sempre nas suas consultas (presenciadas por mim) e nas entrevistas, um profundo conhecimento do significado político do refugiado, enquadrando os efeitos do trauma, na história mais ampla da pessoa.

A hipótese que aqui levanto é: tal como para desenvolver uma atitude culturalmente competente na saúde, um dos requisitos é perceber a pessoa para além do sintoma (através por exemplo da recolha da história de vida/história do trauma), também se poderá dar o caso, de que o desenvolvimento de uma atitude culturalmente competente por parte dos profissionais de saúde, esteja por enquanto e em boa medida, igualmente dependente do enquadramento da sua história profissional, no campo mais alargado da sua própria história de vida? A razão que me leva a aventar esta possibilidade, é clara: A.A. teve ao longo da sua vida, uma percepção bastante acutilante do que são os atentados aos direitos humanos e da brutalidade imposta pela amputação da liberdade, que lhe permite agora, ver a pessoa num contexto mais alargado (para além do trauma e do diagnóstico). Significará portanto que um clínico culturalmente competente (que poderá também obter essa "competência" através de uma formação adequada), será também aquele que pela sua própria história de vida (onde se incluem as definições ideológicas, por exemplo), terá desenvolvido uma maior sensibilidade em relação à diferença, escutando o paciente para além do sintoma, a partir da sua própria experiência ou das suas referências ideológicas adquiridas ao longo da vida? Claro que não tenho elementos suficientes para a confirmação dessa hipótese, mas o que posso afirmar é que ela se baseia na análise obtida a partir das entrevistas a todos os médicos entrevistados durante o trabalho de campo. Neste caso concreto, posso afirmar que ao contrário da experiencia de Pussetti resultante das experiências de entrevistas que efectuou com os médicos ocidentais e da psiquiatria em concreto, em que havia uma atitude preconceituosa em relação aos imigrantes manifestada através de exemplos de adopção de "atitudes paternalistas que infantilizam os outros, ou na utilização acrítica de estereótipos racistas ou exotizantes acerca dos atributos, traços ou características de vários grupos" (Pussetti 2006: 13-14), A.A. demonstrou, através das suas consultas e da assumpção do relativismo dos diagnósticos relativos aos refugiados, uma atitude bastante mais respeitadora e conhecedora da experiência do trauma, a partir

da articulação que elabora, entre as suas narrativas de sofrimento e o contexto histórico, social, cultural e político em que cada um deles se enquadrava.

Relativamente à análise das entrevistas efectuadas aos restantes profissionais de saúde, sou levada a concluir que a tendência geral confirma as interpretações de Pussetti. A consulta por eles efectuada aos refugiados era feita essencialmente numa perspectiva biomédica ou psicopatológica, obliterando na maioria dos casos, as condições sociais, em que se enquadra a vida passada e presente dos refugiados e consequentemente relevando também, as diferentes dimensões do significado das narrativas, ou expressões de sofrimento, por eles manifestadas. Sublinho aqui uma vez mais a hipótese atrás levantada de que a própria experiência de vida, perspectiva histórica e ideológica e até o contexto cultural dos clínicos (para além da sua formação específica), são importantes factores a considerar na avaliação, diagnóstico, e terapêuticas que produzem, relativamente aos seus pacientes refugiados. Por outro lado, a recusa manifesta do clínico, em atender os refugiados na consulta do Centro de Saúde, pode também ser analisada como o receio (involuntário), em atender pessoas que não fazem parte do seu universo, e com as quais não consegue dialogar nem interpretar, por não possuir as "ferramentas socioculturais" que ajudem a essa descodificação. Tomar consciência destas condicionantes, através de uma formação adequada e culturalmente competente, será possivelmente uma das formas de promover nos profissionais de saúde, a auto-avaliação sobre a validade das categorias e diagnósticos que os próprios produzem.

2.14 – A saúde mental e os enfoques teóricos da etnopsiquiatria

Podemos considerar que Devereux (1973) foi o precursor do termo etnopsiquiatria, o qual referenciou por primeira vez em 1973 no contexto francófono. Este autor (psicanalista e também etnólogo) estudou o modo como os aspectos socioculturais influenciam a saúde, a doença e os processos de cura, referindo que as crenças, atitudes e práticas relativas ao sofrimento e à obtenção da saúde, estão interligadas com o contexto cultural em que os indivíduos se inserem, através de uma tensão dinâmica. Segundo este autor, esta tensão dinâmica coexiste também numa constante reciprocidade entre "observador" e "observado", como também existe entre o mundo consciente e o mundo inconsciente, como se o túnel da Alice no País das Maravilhas os interconectasse. Esta "transferência e contra-transferência", equivale ao modo como as

subjectividades do antropólogo se projectam, e acabam por influenciar a forma como veem aqueles que observam, num processo dialéctico e simultaneamente reflexivo. Segundo Devereux, estas influências recíprocas, tornam o trabalho de campo ambíguo e por vezes distorcido. Mas a percepção desta realidade, torna também o investigador mais consciente da sua ansiedade perante o terreno, deixando-se assim envolver por ele de forma mais criativa, através do reconhecimento da dimensão subjectiva da observação. O contributo crucial deste autor, a meu ver, foi colocar em relação – e em tensão – o contexto cultural e o significado pessoal, ou seja: a acção colectiva e a compreensão que dela tem o próprio indivíduo, ao afirmar que a cultura não condiciona totalmente o indivíduo e que são os sistemas simbólicos que estruturam o ser, fazendo-o humano (Devereux 1980 [1953]: 290). Assim sendo, o etnopsiquiatra precisa compreender a cultura, para entender o seu modo de se expressar através de símbolos que, na perspectiva da saúde e da doença, são o lugar onde as diversas nosologias, sofrimentos e ansiedades se exprimem. Esta atitude interpretativa da saúde e da doença, passou a abrir novos universos conceptuais, no campo da antropologia médica e da psiquiatria.

Na mesma linha de pensamento de Devereux, encontra-se François Laplantine, que publicou em 1973 o livro *Etnopsiquiatria.* Nessta obra, assume-se como seguidor das teorias de Devereux e "prolongamento do acto vigoroso de Freud e de Roheim" (1978 [1973]: 16). Aqui, Laplantine define a etnopsiquiatria como uma disciplina que se interroga sobre a maneira como os indivíduos doentes manipulam a sua cultura, assumindo a eficácia da psicanálise que, segundo ele, seria a técnica mais eficaz para captar a estrutura geradora de sentido que se manifesta em qualquer comportamento cultural, sem explicar contudo como aplicar as técnicas psicanalíticas a indivíduos com outros referentes emotivos, oníricos ou mesmo com estruturas de parentesco e com códigos de relacionamento familiar ou social muito distintos dos da sociedade "ocidental". O autor defende também, que para que possa haver uma compreensão cultural das desordens mentais, é necessário desenvolver uma oposição a uma "antropologia relativista, empirista e por vezes mesmo impressionista" (1978 [1973]: 17), e em simultâneo, uma oposição a uma psiquiatria que tenha como objectivo, readaptar o doente à sua sociedade, sem que o mesmo tenha consciência da sua situação. Curiosamente, um dos seguidores mais próximos de Devereux e de Laplantine – Tobie Nathan – é criticado por Fassin e Rechtman (2005) como sendo um dos relativistas, por considerar o domínio da cultura como hermético, e intransponível

para o actual campo onde se movem os migrantes, campo este indiscutivelmente extraterritorial, como veremos mais adiante. Regressando a Laplantine, e atendendo ao contexto histórico em que produziu as suas teorias - ainda longe do fenómeno da globalização actual - podemos considerar que produziu um enfoque inovador, ao considerar que o psiquiatra se constitui apenas como um dos elementos da totalidade. Contribuíu com a introdução de classificações "no interior do grupo minoritário que lhe é designado como "louco" pela sociedade em que vive (Laplantine 1978 [1973]: 68-69), considerando ainda que os critérios de "normal" ou "patológico", nunca são definitivamente fixados, havendo assim segundo as suas palavras "uma aculturação da loucura", no sentido em que "não nos tornamos loucos da maneira como escolhemos, a cultura previu tudo" (1978 [1973]: 76). Contudo, Laplantine não se limita a aceitar o domínio da cultura de modo omnipresente e "soberano", na medida em que elabora uma crítica aos antropólogos culturais, e a Malinowski, em particular, acusando-os de compreenderem os fenómenos humanos segundo modelos estritamente mecânicos, separando as causas dos efeitos. Por palavras suas:

> "O que é preciso criticar a estes autores não é atribuírem aos factos sociais um papel preponderante na explicação etnopsicológica, mas o não compreenderem verdadeiramente até que ponto existe entre o psíquico e o cultural uma complementaridade de implicação mútua indissociável …" (1978 [1973]: 84).

Esta afirmação a meu ver, é ainda hoje pertinente, na medida em que particularmente no campo da saúde mental é a dialéctica entre o observador e o observado, ou entre o psiquiatra/psicólogo/médico e o paciente (imigrante, não imigrante ou refugiado) no campo mais amplo da esfera social, que torna possível a compreensão do sofrimento. Se, como sucede frequentemente no campo da saúde dos refugiados em Portugal, a ideologia médica teima em criar sistemas de oposição entre o "nós" e o "eles", perpetuando um olhar etnocentrista que remete o refugiado em sofrimento para uma alteridade imutável, e desprovida de contexto, então a solução passa também por criar estruturas de saúde que abram a possibilidade de olhar sobre a saúde e a doença a partir da investigação etnográfica onde o "outro" passe a ser considerado como o "nós", contribuindo com os seus saberes e interpretações a partir da sua própria história de vida.

Um outro psicólogo e cientista social – Tobie Nathan – criou o primeiro ambulatório de etnopsiquiatria em França (1979), no Hospital Avicenne, e fundou em

1993 o Centro Georges Devereux (CGD), que tomou o nome do fundador da etnopsiquiatria nos anos sessenta, o qual dirigiu até 1999.[41] As suas reflexões e práticas terapêuticas inovadoras na década anterior fundaram-se a partir de uma perspectiva relativista e construtivista social, e vieram a caracterizar a etnopsiquiatria clínica praticada neste Centro, fazendo uso, pela primeira vez, dos discursos e práticas dos saberes dos imigrantes radicados em França, integrando-os e valorizando-os no interior do próprio grupo terapêutico. No CGD, iniciou-se uma consulta terapêutica com base num processo de atribuição de sentido e significado às narrativas produzidas pelos imigrantes, a partir das suas próprias experiências culturais, integrando a abordagem terapêutica na perspectiva da antropologia das emoções. Estas passaram a ser vistas como o resultado das construções sociais, e por conseguinte, variáveis e dependentes do contexto cultural em que são sentidas ou produzidas; logo: não inatas, não dependentes de qualquer biologismo que as configure, nem sequer universais.

Nesta proposta de Nathan (s/d), a terapia baseada num enfoque teórico da etnopsiquiatria, propõe uma nova visão do paciente, uma vez que este deve ser sempre consultado em presença da sua própria família e referências culturais. Um dos aspectos mais particulares desta prática, é a valorização e integração das terapias tradicionais incorporadas pelos próprios imigrantes, através de determinados sistemas de significação cosmogónica, apelando à sua interpretação da doença, do corpo, e do sofrimento, abrindo inclusivamente espaço para uma dimensão oculta, como é o caso do papel e controlo social e físico, atribuído em certos contextos culturais aos *djinns*, vulgarmente interpretados por Nathan, como espíritos demoníacos (Nathan 2005). A meu ver, este é de facto um contributo de enorme importância para o atendimento físico e mental dos refugiados, e que abriu portas à participação de antropólogos nas equipas de saúde que atendem imigrantes e refugiados, pelo contributo que podem dar como mediadores culturais, na interpretação de sofrimentos. Na minha experiência de trabalho de campo, ou nos atendimentos efectuados pela equipa do projecto de investigação-acção que coordenei durante o ano de 2009 (Santinho 2010), não foram raras as vezes em que as narrativas de sofrimento dos refugiados se reportavam a causas de infortúnio provocadas por terceiros, através do poder que estes lhes atribuem e que os relaciona com entidades ocultas. Num dos casos acompanhado no contexto de consulta de enfermagem em que também estava presente uma das antropólogas da equipa, o

[41] Cf. *site* do CGD em http://www.ethnopsychiatrie.net/.

requerente de asilo relatou uma narrativa que estava associada ao seu sofrimento actual. Aqui fica o excerto do registo efectuado pela equipa do projecto:

> "Apresentando queixas de dores de cabeça, muito sono e «olhos brilhantes», referia que o seu estado se devia a um episódio passado no seu país de origem, no qual uma empregada de restaurante lhe queria cobrar mais dinheiro do que o devido. Segundo ele, o facto de se ter recusado a pagar, tornou-o vítima de um feitiço do qual ainda não teria recuperado, queixando-se de sono constante, dores de cabeça, «bright eyes» e dificuldade em ver a claridade do sol. Para se tratar recorreu a um «brujo» no seu país, que cobrou 25 dólares. A medicação que lhe foi dada incluía alguma medicação em forma de comprimidos e a ingestão de uma bebida gaseificada de mau sabor. O requerente de asilo referiu ter-se sentido melhor desde então. Mas já em Portugal, de novo ansioso e preocupado pelo seu pedido de asilo poder não ser aceite, referiu o regresso dos mesmos sintomas."

Este exemplo retrata a concepção de sofrimento causado por efeitos de feitiçaria, no qual o requerente de asilo fornece um modelo explicativo que estabelece formas específicas de pensar e agir, em relação à doença e à saúde. Através desta forma de expressão de sintomas, veicula uma experiência de aflição ou mal-estar diferente (do âmbito da nosologia ocidental), atribuindo um sentido a essa experiência, que põe em dialéctica outras relações como a do natural e do sobrenatural, ou influências malignas exteriores ao indivíduo, alertando-nos para o facto de poder haver manifestações de doença e de mal-estar diferentes, que merecem uma abordagem interpretativa e contextualizada.

Regressando ao enfoque terapêutico proposto por Nathan (1994), sublinhamos e subscrevemos a importância da legitimação formal de equipas multidisciplinares, onde o papel exclusivamente biomédico é relativizado - e segundo Nathan até diminuído - por não conseguir explorar os dispositivos terapêuticos tradicionais considerados como cura. Na consulta etnopsiquiátrica do CGD, os terapeutas são também originários de lugares de onde provêm os imigrantes o que segundo este autor, facilita a mediação linguística e cultural, uma vez que estão na posse do conhecimento das práticas e rituais de cura "próprios das suas origens", colaborando assim com outros terapeutas ocidentais e dialogando com estes. Referimos ainda a metodologia utilizada por Nathan (1994, 2005, 2006) e depois seguida por Marie Rose Moro (2004), na qual o paciente é integrado num círculo, onde para além dos vários terapeutas, se apresentam também as famílias, sendo que a consulta resulta do encaminhamento feito por trabalhadores sociais de várias instituições. No processo terapêutico, considera-se que as crenças

ancestrais constituem ferramentas eficazes para compreender e curar, sendo que não se faz recurso a medicamentos. O paciente é ajudado pelo grupo, a descobrir o seu próprio caminho para a resolução dos seus sofrimentos.

Neste ponto específico, atrevo-me a questionar este desapego voluntário, ao recurso à medicalização. A partir do ponto de vista do trauma, percepcionado por grande parte dos refugiados com os quais trabalhei, coloco em questão a eficácia desta metodologia terapêutica, que exclui outros recursos médicos que, apesar de serem questionados por si só como insuficientes, desadequados e ineficazes porque desprovidos de "eficácia simbólica" para alguns dos refugiados, são apesar de tudo, soluções apaziguadoras de algum sofrimento. Refiro-me em concreto ao uso de ansioliticos e antidepressivos prescritos pelos psiquiatras que atendem os refugiados e que pontualmente, ajudam a minorar alguns efeitos do trauma, como por exemplo a insónia persistente, ou o medo do contacto com os outros. Evidentemente não defendo aqui a administração de fármacos de modo descontextualizado e pontual, mas reconheço a importância do recurso à ajuda biomédica, em diálogo com outras disciplinas científicas no caso do sofrimento manifestado por alguns refugiados. Durante o trabalho de campo, acompanhei refugiados à consulta de psiquiatria. Alguns deles, com uma longa história de sofrimento por terem sido soldados forçados numa guerra que repudiavam (como por exemplo um refugiado proveniente da Bósnia). Eles próprios pediam ao psiquiatra, que lhes receitasse determinados medicamentos (ansiolítico) que costumavam tomar antes do longo processo de fuga. Num caso particular, o médico teve que adaptar a dosagem, àquela que existia no medicamento originalmente usado pelo refugiado, conseguindo obter de forma mais imediata os efeitos que ele desejava, e que o apaziguavam em relação a si próprio, e em relação àqueles com quem tinha que se relacionar.

Em relação à temática do trauma, existem razões objectivas que apontam, no caso dos refugiados traumatizados, para a necessidade de incluir o uso de fármacos no processo terapêutico, como forma de minorar o sofrimento de modo mais célere, obtendo resultados que seriam difíceis de obter apenas pelo processo de sessões terapêuticas, isentas de suporto farmacológico. Uma outra questão gostaria ainda de levantar: muitos dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, não são necessariamente provenientes de contextos exóticos e "culturalmente puros" ou herméticos, como parece sugerir Nathan. Alguns vêm de regiões ocidentais europeias, onde o recurso a sistemas biomédicos é legitimado e simbolicamente reconhecido pelos próprios, não fazendo por

isso sentido "encaixá-los" em sistemas de referências culturais outras, que os próprios por vezes repudiam. Igualmente, nos actuais percursos de fuga e asilo recorridos pelos refugiados e que atravessam frequentemente vários continentes, por vezes durante anos, assistimos à assumpção (por parte dos refugiados e requerentes de asilo) de alternativas curativas híbridas, como resultado de tratamentos que foram reconhecendo como eficazes. Assim sendo, torna-se pertinente a crítica que outros autores reservam a Nathan, em particular Didier Fassin (2000), como veremos mais adiante.

Beneduce e Martelli (2005) referem ainda, que hoje em dia, a etnopsiquiatria tem sido um campo bastante contestado. Os conceitos de etnicidade, identidade, cultura, cidadania, terapias tradicionais, ou mesmo eficácia simbólica, são usados de modo bastante controverso, em particular devido ao legado da psiquiatria colonial e também devido às actuais definições que atravessam os conceitos de "cultura" e "pertença" nos contextos das subjectividades pós-coloniais e das migrações. Existe ainda segundo estes autores, uma estreita e preocupante relação entre as categorias de diagnóstico usadas pelos psiquiatras em contexto colonial, e as actuais atitudes adoptadas por muitos profissionais de saúde, no que diz respeito ao atendimento reservado aos pacientes imigrantes, resultando daqui uma série de incompreensões e ambiguidades no cuidado reservado aos imigrantes e refugiados. Em certos casos, mesmo quando psiquiatras e médicos referem a sua abertura à "diversidade cultural", prendem-se nas redes criadas por alguns estereótipos que vêm os imigrantes africanos como "preguiçosos" ou "irresponsáveis". Existe uma descriminação implícita nestes ou noutros comentários, que incluem por vezes, a reprodução de estereótipos baseados na ideia de que os refugiados não entendem a linguagem médica porque "*pertencem a outras culturas*" ou a "*raças diferentes da nossa*", tal como mencionou um dos médicos que escutei em entrevista. Esta ideia distorcida ou manipulada da cultura, contribui sem dúvida para a reificação da mesma. Esta quase recusa em comunicar diferentes expressões do sofrimento, pode conduzir os imigrantes e refugiados para fora do Sistema Nacional de Saúde. Contudo, Beneduce e Martelli, falando a propósito dos serviços de saúde mental em Itália, questionam a legitimidade teorética de alguns serviços etnopsiquiátricos específicos, avançando a ideia de que correm o risco de se tornar lugares que acentuam a guetização:

> "O paradoxo pode ser resolvido quando estamos conscientes das limitações etnocêntricas das categorias de observação utilizadas pelos etnógrafos ocidentais; quando pensamos

> explicitamente para lá da história ocidental contida nas categorias de observação; quando sabemos qual é o sentido que deve ser datado, na medida em que não é pertinente para as outras culturas; quando, através de tal datação, permitimos que outras noções sejam reveladas; e, finalmente, quando, através do surgimento de tal outro sentido, procedemos a uma reforma das categorias ocidentais de observação e a um aumento do conhecimento antropológico" (De Martino, *La Fine del Mondo*, 1977: 410, cit. in Beneduce e Martelli 2005: 374).

Esta citação indica-nos que no cruzamento dos caminhos dos serviços orientados em particular para a etnopsiquiatria, com os caminhos de atendimento dos imigrantes e refugiados, as estratégias de cura mais eficazes, são aquelas que aos cuidados culturalmente sensíveis, adicionam também a perspectiva ideológica sobre os efeitos da violência e da pobreza nos corpos dos refugiados em fuga (Beneduce 2005; Das *et al.* 2000; Fassin 2001). Isto é: a constatação da existência de diferenças culturais, no que diz respeito à saúde e à doença, no domínio dos cuidados de saúde orientados para os refugiados, podem ser um importante recurso para se começar a construir estratégias terapêuticas efectivas, criando verdadeiros diálogos, desde que se actue com a consciência de que as diferenças existentes se situam também num contexto de relações de poder e significado (Beneduce 2005).

Ultrapassando os problemas iniciais de uma etnopsiquiatria embebida de visões colonialistas ou pós-colonialistas, adicionando como atrás mencionado, o cenário de influências políticas hegemónicas, sociais e económicas ao espectro do sofrimento, e das categorias diagnósticas, somos levados a concluir que a etnopsiquiatria clínica pode tornar-se uma estratégia bastante abrangente de intervenção terapêutica (Beneduce 2005). Tem também a particularidade de poder desafiar as categorias hegemónicas produzidas pela psiquiatria ocidental (nomeadamente nas categorias abusivas de PTSD – Post Traumatic Stress Disorder; Young 1995), para além de tornar mais claro alguns abusos que se têm cometido em torno do conceito de "cultura" (Beneduce 2005).

É aqui que reside uma das principais divergências entre a etnopsiquiatria e a psiquiatria transcultural: enquanto na etnopsiquiatria existe uma valorização dos discursos de outros cientistas e dos próprios migrantes (imigrantes; refugiados; requerentes de asilo) sobre os sistemas de cura locais com os quais dialogam, a psiquiatria transcultural pelo contrário, tende a constituir-se como único discurso científico capaz de entender e aplicar os modelos diagnósticos (como por exemplo a PTSD), considerando-se capaz de os adaptar a qualquer contexto sociocultural e

geográfico, uma vez que parte do pressuposto da existência de uma base biopsíquica universal e da existência de doenças e nosologias igualmente universais.

A etnopsiquiatria, pelo contrário, redefine os encontros clínicos, como um compromisso entre o terapeuta e o paciente, vendo este não enquanto unidade (corpo) biológico, mas sim na sua expressão sociocultural, histórica, económica e política. Por conseguinte, o cenário preferencial de actuação terapêutica é um cenário de fronteira, de negociação, de cruzamento e troca de experiências culturais, que incluem áreas normalmente excluídas da abordagem da doença e sofrimento: a violência, a exclusão, a marginalidade, a guerra. Ironicamente é este o caso em que se encontram grande parte dos refugiados: as suas experiências de vida enquanto actores em fuga, são múltiplas e multilocalizadas, tal como são múltiplos e multilocalizadas os seus sofrimentos.

A etnopsiquiatria engloba também a etnopsicologia por causa da íntima relação desta com noções que extravasam o composto da medicina, como por exemplo as noções de pessoa, identidade, género, emoção, contexto cultural, que se situam mais no domínio da psicologia e não tanto da medicina. A semântica ou hermenêutica das posições assumidas pela etnopsiquiatria, ajudam a desconstruir o discurso dominante das *medicinas ocidentais*, expondo-as a realidades muito mais diferenciadas e híbridas.

Assim, um dos grandes contributos para o esclarecimento sobre o importante papel da etnopsiquiatria, tem sido a grande relevância dada à atenção do contexto social no qual as pessoas se movem. Bibeau (1979) propõe uma etnopsiquiatria epistemologicamente situada, de modo a poder articular em simultâneo os mundos globais e locais, edificando um sistema de saberes e práticas complexo, múltiplo, plural, onde a psiquiatria ocidental é apenas um dos elementos de interpretação, no mesmo plano de outros.

A título de exemplo de implementação de uma etnopsiquiatria orientada para o cuidado na saúde mental dos imigrantes e refugiados, refira-se o Centro Franz Fanon, em Itália, que criou um modelo de etnopsiquiatria clínica, e de antropologia médica aplicada, que engloba psicólogos e psiquiatras com competência antropológica, para além de antropólogos e mediadores culturais de diferentes nacionalidades.

2.15 – Os referentes culturais como *locus* de "sintomas"

"If it's moving, it isn't cultural" (Rosaldo 1993 [1989]: 209)

A partir de um excelente artigo de Néstor García Canclini (1997), sobre o conceito de "culturas híbridas",[42] também poderemos debater a noção de terapias referentes a culturas "tradicionais" de Nathan (1994, 2005, 2006) com a proposta teórica avançada por este autor, sendo que ambos produziram teorias divergentes na mesma época (anos 70). Afirma García Canclini, a propósito de práticas de cura no contexto mexicano:

> "Os antropólogos médicos observam que, ante os problemas de saúde, a conduta habitual dos grupos subalternos não é impugnar a exploração que lhes dificulta tratar-se de forma adequada, mas sim acomodar-se ao usufruto da doença pela medicina privada ou aproveitar como for possível, os deficientes serviços estatais. Não se deve à falta de consciência sobre suas necessidades de saúde, nem sobre a opressão que as agrava, nem sobre a insuficiência ou o custo especulativo dos serviços. Mesmo quando dispõem de meios radicais de acção para enfrentar a desigualdade, esses grupos optam por soluções intermediárias. A mesma combinação de práticas científicas e tradicionais – ir ao médico e ao curandeiro – é uma maneira transnacional de aproveitar os recursos de ambas as medicinas e com isso os usuários revelam uma concepção mais flexível que a do sistema médico moderno sectarizado na alopatia, e que a de muitos folcloristas e antropólogos que idealizam a autonomia das práticas tradicionais. Da perspectiva dos usuários, ambas as modalidades terapêuticas são complementares, funcionam como repertórios de recursos a partir dos quais efectuam transacções entre o saber hegemônico e o popular" (García Canclini 1997: 29).

García Canclini (1997) reflecte ainda sobre os processos migratórios pós-modernos, sobre a perda da relação "natural" da cultura com os territórios geográficos e sociais e, ao mesmo tempo, fala da existência de "relocalizações" territoriais das velhas e novas produções simbólicas. No âmago destes processos de relocalização territorial, encontram-se por exemplo a disseminação de produtos simbólicos através da Internet e pela televisão por cabo (e mais recentemente o telemóvel). No contexto dos requerentes de asilo e refugiados com os quais trabalhei, houve ao longo das entrevistas e trabalho

[42] Cristiana Bastos (2007) deu também o seu contributo sobre a hibridização dos procedimentos médicos no contexto da dominação portuguesa nas ex-colónias.

de campo, a assumpção (ainda que velada) das estratégias de fuga planeadas pelos próprios, que pré-seleccionavam os seus trajectos, através de uma consulta virtual sobre legislação de asilo, em cada um dos países europeus. Do mesmo modo, já em Portugal, procuravam através da Internet, curandeiros tradicionais residentes em Lisboa, que lhes pudessem fornecer os chás e as ervas de que necessitavam para iniciarem os seus processos de cura, ao mesmo tempo que também solicitavam consultas médicas no Centro de Saúde local. Alguns deles referiam que o que os impedia de consultarem o médico no país de origem era frequntemente, mais uma questão económica, que necessariamente uma questão de opção, deliberada por uma ou outra terapia em exclusividade, uma vez que dependendo do mal-estar, recorriam a uma ou outra: médico ou curandeiro. A opção do curandeiro era segundo estes, normalmente feita quando o mal-estar era provocado por inveja ou mau-olhado. Neste último caso era consensual a rejeição da biomedicina, por não conseguir lidar com este tipo de sofrimento. A este propósito, Clara Carvalho diz o seguinte, referindo as práticas tradicionais de imigrantes guineenses a operar na grande Lisboa:

> "A experiência de infortúnio, da doença e da insegurança que acompanha muitos dos trabalhadores migrantes é um terreno propício à busca de novos sentidos e significados para o sofrimento, onde actuam os terapeutas tradicionais. Assumindo-se como verdadeiros tradutores culturais entre diversos universos de conhecimento e de interpretação, estes ritualistas encontram no público migrante um grupo ávido de significado (…)" (2009: 233).

No caso dos refugiados, relembramos também que tal como são múltiplas e diversas as suas origens geográficas, também são múltiplas e diversas as suas culturas, idiomas, religiões, estatuto social e profissão. A "identidade" associada a determinado recurso a práticas terapêuticas locais, já não está nesta óptica, dependente do "lugar de origem", mas sim configurada pela capacidade e velocidade dos movimentos, pela mobilidade condicionada pelos trajectos de fuga, pelo maior ou menor contacto com redes sociais virtuais. É como se toda identidade definida pelo estatuto e pelo lugar (de origem, de trabalho, de domicílio etc.) fosse abreviada, se não dissipada, pela velocidade e alcance de todos os movimentos produzidos pelos percursos conducentes à fuga e ao asilo.

Assim sendo, do ponto de vista da oferta terapêutica, e seguindo ainda a linha de pensamento proposta por Canclini, seria demasiado imperativo presumir que todos eles

provêm daquilo que durante muito tempo esteve associado a "culturas rurais", por oposição a "culturas urbanas ocidentais". A imagem que impõe centro a periferia, estaria por conseguinte associada a uma "*expressão abstracta de um sistema imperializado*" que nos dias de hoje já não funciona necessariamente desse modo: "*precisamos de uma cartografia alternativa do espaço social baseada mais nas noções de «circuito» e «fronteira»*", afirma García Canclini (1997: 14) a propósito de um estudo efectuado pelo antropólogo mexicano Roger Rouse (1988), sobre migrações e espaço social do pós-modernismo. Também Renato Rosaldo nos diz: "Immigrants and socially mobile individuals appeared culturally invisible because they were no longer what they once were and not yet what they could become", acrescentando que as regras clássicas de avaliação parecem basear-se na seguinte ambivalência: "if it's moving it isn't cultural" (Rosaldo 1993 [1989]: 209). Este autor critica ainda uma noção de cultura autêntica como um universo autónomo internamente coerente mas insustentável, excepto talvez como uma "ficção útil" ou uma "distorção reveladora" (1993 [1989]: 217). García Canclini continua sustentando que as migrações multidirecionais são outro factor que relativiza o paradigma binário e polar, na análise das relações interculturais, uma vez que continua a haver uma circulação contínua de pessoas, bens e informações o que dá origem a um entrelaçamento de referentes simbólicos e identitários, como se tratasse de uma comunidade dispersa numa variedade de lugares. É este o caso dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal que estão em permanente e simultâneo contacto tridimensional ainda que virtual (Internet, telemóvel): com os territórios "de origem", com os familiares e amigos dispersos por vários países europeus e com os vizinhos com os quais partilham o espaço no Centro de acolhimento da Bobadela.

Sapir afirmava:

> "O verdadeiro *locus* da cultura pode ser encontrado nas interacções de indivíduos específicos e, numa perspectiva subjectiva, no mundo de significados que cada um destes indivíduos pode inconscientemente abstrair para si próprio a partir da sua participação nessas interacções" (Sapir 1949 [1932]: 515), cit. in B. Good 1994: 33).

Contudo, no actual contexto da etnopsiquiatria, a dimensão cultural é a nosso ver, um dos principais elementos que podem contribuir para a configuração da doença mental e do sofrimento, na medida em que para esta ciência a cultura configura a

etiologia da doença, embora não a determine, uma vez que é atravessada por dinâmicas políticas e sociais múltiplas.

2.16 – A construção social da emoção

Onde está a verdade da narrativa?

Regressando aos aspectos da saúde e da etnopsiquiatria, retomo Didier Fassin, que, ao longo das suas teses, entra em confronto aberto com T. Nathan, apontando-lhe algumas críticas (coincidentes com a visão de cultura anteriormente apresentada por García Canclini e Rosaldo).

A partir da sua visão da etnopsiquiatria clínica, a cultura não deve ser reificada, não é uma entidade hermética, estática e homogénea, enclausurada num tempo e num lugar sem contacto com um contexto territorial, espacial e simbólico mais amplo, ignorando por conseguinte as dinâmicas políticas e sociais que estão por detrás de qualquer manifestação terapêutica ou de qualquer acessibilidade a um serviço nacional de saúde, confinando o imigrante ou o refugiado a uma "diversidade autónoma e fechada" (Pussetti 2009: 64). As próprias emoções através das quais o sofrimento e mal-estar encontram por vezes o seu terreno de expressão devem ser consideradas como construções sociais, plásticas e adaptáveis ao contexto cultural, e não como sistemas de representações puros e coerentes. Também para Clara Carvalho

> "O sofrimento implica a busca de uma solução que se define, em primeiro lugar, como a busca de um sentido, apelando a referentes culturais diversificados. (…) O sofrimento, o corpo-sofredor e a sua exigência de resposta geram espaços de criação de novos significantes, de interacção criativa entre referentes culturais heterogéneos" (Carvalho 2001: 300).

Uma acepção de cultura reificada, agarrada a visões folclóricas do que corresponderia à cultura e religião muçulmana por exemplo, acaba por produzir pré-conceitos político-ideológicos nos técnicos que têm como função institucional a atribuição de asilo a um refugiado. Por um lado, existem funcionários do SEF, cujo papel é entrevistar um requerente de asilo para testar a veracidade do seu discurso e da correspondência ou não das emoções (supostamente) equivalentes a esse discurso. A veracidade da narrativa será avaliada através do grau de sofrimento manifestado pelo

entrevistado, ou da narrativa discursiva sobre os efeitos do sofrimento (tortura, perseguição) conducentes ao seu pedido de asilo, justificado por expressões como: "se ela fosse mesmo muçulmana como diz que é, não nos olhava de frente nem se punha a refilar connosco…" remetendo assim para a ideia de que o papel da mulher muçulmana é supostamente submisso, não entrando nunca em confronto com a autoridade (do homem, do marido, das instituições, do Estado). Por outro lado, também alguns médicos do Centro de Saúde afirmam a sua competência para a compreensão das manifestações emocionais apresentadas pelos refugiados e requerentes de asilo na sua consulta, justificando-se através destas palavras: "… estou perfeitamente à vontade para os compreender porque eu também nasci em África, portanto conheço a maneira de ser dos africanos…".

Regressando a Fassin, e às políticas de acolhimento em França, importa referir que este autor inclui na sua obra importantes alusões não só a imigrantes como essencialmente a refugiados e requerentes de asilo, dissertando sobre as políticas de integração em França. De acordo com o autor (Fassin 2005, 2006, 2007), as autorizações de residência determinadas pelo Estado francês, dependem de um teste que tem como objectivo certificar clinicamente a veracidade do sofrimento físico, do trauma e da tortura. No seu artigo de 2005, Fassin elabora uma crítica bastante pertinente às políticas de integração de requerentes de asilo e refugiados, particularmente em França, discutindo a discrepância de intenções registadas na Convenção de Genebra de 1951 que acabou por ser a resposta à pressão da comunidade internacional aos cerca de 32 milhões de refugiados negligenciados durante os anos 30 e 40, que passaram a ser cerca de 7 milhões logo após a guerra de 1945. Assim, a Convenção de Genebra tinha como objectivo ideológico, reverter o estigma a que anteriormente estavam sujeitos "as pessoas deslocadas" vítimas do holocausto. Após 1951, o estatuto de refugiado passou a estar imbuído de uma carga simbólica que reconhecia internacionalmente a validade das suas causas políticas e em simultâneo, a censura aos actos de violência a que os refugiados tinham sido submetidos.

> "Embora tenha demorado algum tempo a entrar na prática administrativa, a legitimidade do asilo político cresceu após a Convenção de Genebra. Os «indesejáveis» tornaram-se heróis para alguns, vítimas para muitos. Eles serviram como símbolos da resistência à opressão…" (Fassin 2005: 374).

Até aos anos 80, os refugiados eram na Europa, as figuras mais legitimadas na "hierarquia dos estrangeiros", sendo-lhes atribuído um reconhecimento social que lhes garantia o privilégio de alguns benefícios. Em Portugal em concreto, este reconhecimento dos refugiados como pessoas com características diferentes dos restantes imigrantes, só veio a acontecer mais tardiamente como veremos noutro capítulo desta tese, para mais recentemente acabar por desaparecer. Mas, de acordo com o aumento exponencial de pedidos de asilo em França (e noutros países europeus, de alguma forma ligados a passados coloniais, embora isto não se aplique ao caso português), as políticas de integração foram-se alterando, afunilando nas duas últimas décadas, a possibilidade de entrada a requerentes de asilo. Fassin afirma que a partir dos anos 90, os pedidos de asilo justificados por violência política perderam a sua legitimidade, para dar lugar a uma porta de entrada cada vez mais estreita onde se passou a privilegiar a entrada "por razões humanitárias" a pessoas que de acordo com o sistema de saúde em França, podiam provar a sua doença (não curável no país de origem, como por exemplo o HIV-Sida) ou o seu sofrimento traumático. Daqui resultou uma confusão entre os conceitos "político" e "humanitário" que redefine as políticas de asilo ou exclusão. De uma atitude pautada pela relativa tolerância em relação aos pedidos de asilo, passou-se a uma outra de desconfiança generalizada, pelo que, consequentemente, se abriu um novo caminho a todos aqueles que podiam provar que tinham problemas graves de saúde, através do seu corpo (marcas de tortura) ou da manifestação do seu sofrimento. Inicia-se deste modo na maior parte dos países da União Europeia, a identificação do papel de refugiado colado invariavelmente ao papel de vítima ou nalguns casos, de vilão (aquele que veio para enganar o sistema).

O critério de acolhimento baseado na "*atribuição de residência por razões humanitárias*" resultou de uma pressão de organizações não governamentais (ONG), que actuam em França, como é o caso dos Médicos Sem Fronteiras ou dos Médicos do Mundo, mas também por associações de direitos humanos que se viam confrontadas com pacientes com patologias graves, que colocavam em risco a sua sobrevivência e que implicavam um risco acrescido para a saúde pública, no caso de virem a ser considerados imigrantes indocumentados.

> "Ao abrigo de um princípio humanitário, o corpo em sofrimento foi agora reconhecido como o principal recurso legal para os imigrantes indocumentados. O número anual de estrangeiros a quem foram concedidas autorizações de residência por causa de uma

> doença aumentou sete vezes durante a década de 1990. Em 2000, tornou-se equivalente ao número de refugiados políticos reconhecidos em cada ano" (Fassin 2005: 370).

Por conseguinte, em França, a prática de atribuição de asilo com base nas patologias demonstradas pelos requerentes, começou a ser habitual como justificação usada pelos advogados que orientavam os pacientes, no sentido de solicitarem ao médico a confirmação de um diagnóstico, invocando assim o "*direito de asilo por razões humanitárias*". Da inicial legitimidade (Convenção de Genebra – 1951) de pedido de asilo por perseguição política e violência, configurou-se a atribuição de asilo justificada por razões de saúde, iniciando assim uma abordagem focada nas "*biopolíticas da saúde*" (Foucault 2008b), também evocadas pelo filósofo Giorgio Agamben (1997), que, no seu livro *Homo Sacer*, afirma: "The full life of the freedom fighter or the victim of repression has less social value than the bare life of the immigrant suffering from a severe disease" (1997: 9).

Assim, os requerentes de asilo em França viram-se obrigados a usar estratégias secundárias para garantirem a sobrevivência, já não baseadas na justificação dos riscos corridos pela exposição à perseguição política, mas sim pela aflição física ou mental. Deste modo, esvaziam-se os princípios consagrados na Convenção de Genebra que paulatinamente, vieram a ser substituídos por razões assentes nos sofrimentos do corpo e da mente, e não por razões baseadas na história de vida dos sujeitos perseguidos (Fassin 2005: 372), compondo aquilo que este autor designa por: "*biolegitimacy"*, ou seja: a legitimação dos direitos, em nome do corpo em sofrimento. Este enfoque relativamente recente, no domínio das biopolíticas de asilo em França, fez resvalar ideologicamente o olhar com que não só as instituições governamentais, como a sociedade em geral, vêem os refugiados: a actual suspeita de existência de falsos requerentes de asilo, que aparentemente justifica a política de selecção e escolha baseada na evidência do trauma físico ou psíquico, deu rapidamente lugar à simpatia ou à compaixão da década de 70 quando o número de pedidos ainda era reduzido – também coincidente com as necessidades económicas francesas (e europeias em geral) de importar mão-de-obra para o crescimento da nação –, que, por sua vez, substituiu o respeito e a admiração por aqueles que já um dia foram considerados heróis resistentes das políticas repressivas da II Guerra Mundial.

Se estabelecermos uma comparação entre a realidade das políticas de acolhimento de requerentes de asilo em Portugal no domínio da saúde e a situação francesa, seremos

levados a concluir que a situação em Portugal é, por enquanto, diametralmente diferente. Tal como referi anteriormente (Santinho 2009: 192), Portugal tem a particularidade de não fazer depender (como em França) a autorização de requerente de asilo de um teste que certifique clinicamente a veracidade de uma patologia ou do trauma e da tortura, efectuado por especialistas da mente – o que entra em contradição, como já vimos, com a definição de refugiado consagrado na Convenção da Assembleia das Nações Unidas de 1951, para a qual basta o receio de perseguição e não a prova do mesmo. Em Portugal, é ainda o entendimento da veracidade da narrativa do requerente de asilo, bem como o enquadramento dessa narrativa no conhecimento produzido pelos técnicos do SEF e do CPR sobre a situação política do Estado de proveniência do requerente, acrescida de informações pesquisadas na Internet que possam dar pistas sobre a veracidade da história narrada, que abre ou fecha a porta de entrada para o acolhimento de asilo neste país. Dar testemunho "convincente" das suas memórias mais ou menos traumáticas é, digamos, o modo mais seguro de "provar", de forma tão coerente quanto possível, a veracidade da sua história. Falar, dar testemunho, constitui um "ritual de passagem" que lhes permite (em princípio) um lugar para viver durante algum tempo, em protecção no continente europeu e que os arranca ao espaço ameaçador do qual pretendem escapar. Referimos ainda que em França, a palavra dita, ou a prova de existência de patologias, detém a chave da realidade da experiência traumática e, em simultâneo, tem o poder de, quando devidamente interpretada pelo psiquiatra, terapeuta, ou médico, vir a constituir a base do relatório da aprovação de asilo, pois constitui-se como narrativa das emoções pessoais, ou do sofrimento físico que o refugiado experiencia através da memória mental ou biológica, a cada momento.

Em Portugal, a questão reside num estado anterior de ausência de cuidados devidamente estruturados ao nível da saúde, ainda que a protecção e a acessibilidade ao Serviço Nacional de Saúde esteja de facto consagrada na lei. Esta discrepância em relação às políticas de acolhimento francesas está também relacionada com um outro aspecto: o número de pedidos de asilo apresentados anualmente em média em Portugal, comparados com os outros países europeus, permite por enquanto, a ausência de evidências da necessidade de adopção de políticas que usem a questão da saúde como um factor influente na selecção de entrada neste país. Comparativamente, em França e

em Portugal, por exemplo, no ano de 2000,[43] registaram-se 38.747 pedidos de asilo em França,[44] enquanto que em Portugal, relativamente ao mesmo ano, se registaram 200 pedidos de asilo, segundo os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.[45]

Apesar das questões ideológicas e políticas apontadas por Fassin (2005) – que provocaram um descarrilamento das razões pelas quais os Estados modernos deveriam aceitar a protecção de refugiados (Convenção de Genebra de 1951)[46] – podemos realçar em termos comparativos, um dos aspectos positivos a sublinhar no caso francês: a quantidade e especificidade de respostas dadas aos refugiados, requerentes de asilo e imigrantes, no campo da saúde mental (Fassin 2005, 2007). Só na região de Paris, por exemplo, existem quatro ONG que, subsidiadas pelo Estado ou por outras instituições públicas e privadas, fornecem respostas integradas, com equipas multidisciplinares constituídas por antropólogos, médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e, em particular, pelos próprios refugiados. Num todo, estas equipas contribuem para uma mais adequada compreensão, por parte dos clínicos e sobretudo da sociedade, sobre os contornos sociais, culturais, simbólicos, linguísticos e políticos dos pacientes, para além do conhecimento fundamental da história pessoal que lhes provocou o sofrimento e o trauma. Por outro lado, subscrevo a observação de Fassin e D'Halluin (2007) de que há um elemento perverso neste sistema: a actual suspeita relativamente à veracidade das narrativas apresentadas pelos refugiados, tem também como objectivo político, fazer reduzir o número de entradas no país. A par desta questão, uma outra se levanta: a necessidade de "prova do trauma" mobilizou psiquiatras e psicólogos trabalhando em ONG mas que em parceria com entidades estatais, eram chamados a elaborar diagnósticos para a confirmação ou não da existência do trauma, passando este a ser um factor crucial para a determinação da atribuição de asilo. De acordo com Fassin e D'Halluin, "psychic trauma thus says less about a refugee's 'truth' than about the 'truth' of political asylum in France" (2007: 325), na medida em que em França, a escuta da

[43] Foi neste ano que Didier Fassin e Estelle d'Halluin elaboraram uma investigação sobre as políticas de acolhimento em França e o papel das ONG intitulado *Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies* (Fassin e D'Halluin 2007).

[44] Estes dados constam do relatório de 2001 do OFPRA (Office Français de Protection des Refugiés et des Apatrides) que, segundo Fassin (2005: 304), é a instituição encarregada de decisão da atribuição de estatuto de refugiado. Para mais informações, ver OFPRA (2001).

[45] In "Pedidos de asilo – 2000", http://www.sef.pt/documentos/asilo_00.pdf.

[46] A propósito dos princípios determinados pela Convenção de Genebra, Fassin e D'Halluin (2007: 308) defendem que na realidade nunca houve uma "idade de ouro" na protecção dos refugiados, uma vez que ao humanitarismo que deu lugar ao pós-II Guerra Mundial, outros valores de *realpolitik* se levantavam na Europa: a economia e a segurança das nações sempre estiveram à frente dos direitos de asilo.

verdade através do recurso à anamnese estimulada pelos psiquiatras apelando à narrativa das memórias corpóreas, sejam elas físicas ou psíquicas, acabou por se tornar a via predominante de exercício de poder sobre quem estaria apto a receber ou não, o estatuto de asilo.

No que diz respeito ao nosso caso, partir do princípio, de que o sofrimento dos refugiados está apenas relacionado com o seu passado traumático ou com as memórias angustiantes, violentas e recorrentes que assaltam os seus dias e as suas noites – e que os transportam, por vezes de forma obsessiva, para as visões de tortura e de morte de familiares e amigos, ou para a lembrança de uma família sobrevivente que ficou para trás, constituída por pais e/ou filhos, e ainda à mercê dos abusos dos perpetradores – é, sem dúvida, não querer assumir que a angústia e receio dos refugiados não se transporta apenas para o passado, mas também para a incerteza do presente e do futuro que a vida actual em Portugal, lhes reserva. Neste quadro, a necessidade da prova do trauma está também incorporada na experiência dos refugiados e requerentes de asilo que acompanhei às consultas de psiquiatria e que, tendo já passado pela experiência de pedido de asilo noutros países europeus, me mostravam insistentemente (e sem que tal tivesse sido solicitado) na sala de espera do consultório, as suas profundas cicatrizes físicas que testemunhavam, sem margem para dúvida, a experiência do sofrimento.

Num dos casos – um ex-militar – marcado por cicatrizes provocadas por rebentamento de mina, facadas e tortura, dizia-me:

> "Todos os dias olho a minha cara ao espelho quando faço a barba (tem uma cicatriz na cara que lhe atravessa a vista). As marcas e as dores das cicatrizes, não me deixam esquecer. É o que mais quero: esquecer; Mas não posso. Gostava de caminhar, mas como o meu pé não está inteiro, agora sinto muitas dores ao caminhar. Tomo medicamentos, mas não ajudam a esquecer porque o meu corpo me lembra todos os dias aquilo porque passei. Preciso que me comprem uma prótese, mas não me compram. Preciso que me ponham num quarto[47] onde não seja obrigado a ouvir as histórias dos outros três refugiados, quero estar em silêncio, mas não consigo. Também não consigo dormir. Os medicamentos que me receitam aqui, são diferentes daqueles que me receitavam na Bósnia, não fazem efeito."

[47] Este refugiado partilhava no momento um quarto no Centro de Acolhimento da Bobadela. A Santa Casa da Misericórdia é a entidade responsável pelo apoio financeiro às necessidades de saúde, nomeadamente quando é necessário adquirir por exemplo próteses. Frequentemente este apoio não chega a tempo. Passados dois meses, os requerentes de asilo têm de sair do CAB (por terem atingido o limite do tempo de estadia), ficando na maioria das vezes incontactáveis, perdidos nas malhas da sua própria angústia.

Há ainda que referir que esta contínua necessidade de solicitação de repetição da história de trauma, por parte das instituições (SEF; Santa Casa; centros de emprego…) pode ser vista como uma forma de descobrir uma "falha na narrativa" que leve essas mesmas instituições a recusar-lhes o visto de permanência em Portugal.

2.17 – A volatilidade do sistema de asilo

"Tudo o que é sólido se dissolve no ar"[48]

Estes relatos alertam-nos para o seguinte: se bem que por um lado, a evidência das cicatrizes e das perturbações mentais, constituem um mapa bem claro que, perante os funcionários do SEF, prova a existência de trauma e portanto a veracidade da história apresentada pelo requerente de asilo; por outro lado, essa evidência não é suficiente para garantir ao próprio um acompanhamento físico e mental estruturado e adequado ao seu caso. Em todos os outros casos que acompanhei, as políticas de asilo portuguesas, bem como as entidades responsáveis pelo seu acolhimento e integração, estão ainda longe de configurar uma real protecção e integração de refugiados, apenas possível no caso de existência de trauma, com a garantia de uma estrutura de saúde permanente, estruturada e adequada, o que não é manifestamente, o caso. Pelo contrário: a política referente ao asilo em Portugal, parece pautar-se pela volatilidade, no sentido em que existe uma descontinuidade entre o acolhimento dos primeiros meses e o descuramento relativo aos meses subsequentes, em que se assiste por vezes, a uma desfragmentação existencial do requerente de asilo, entregue à sua (má) sorte, perdido nas malhas do sistema. Sem dúvida que resolver os problemas concretos e urgentes de saúde, apesar de fundamental, não é contudo suficiente. A questão da saúde é apenas uma das camadas sobrepostas que afligem os refugiados e requerentes de asilo. Como já tive a ocasião de mencionar, não é sequer a mais importante. Onde viver depois da saída do Centro de Acolhimento? Como pagar a renda? Em que trabalhar para se poderem sustentar a si próprios depois de um dia, nem sempre com aviso, o subsídio da Santa Casa terminar? Essas são invariavelmente as queixas e os receios assumidos por todos os refugiados e requerentes

[48] Metáfora de Karl Marx para definir ideologias, formas de governos e modos de produção que nasceram, vingaram e ruíram, como num ciclo de vida e morte quase natural. Neste caso, usamo-la com um duplo sentido: são os próprios refugiados que parecem desaparecer na sociedade portuguesa, entregues aos seus próprios designios, sem que as instituições aparentemente responsáveis se ocupem verdadeiramente deles, ajudando-os a sair do trauma.

de asilo, logo que se apercebem que, afinal, a sua condição de *protecção por razões humanitárias* é, ao fim e ao cabo, apenas retórica.

CAPÍTULO 3 – CONDICIONANTES DO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

3.1 – Conselho Português de Refugiados e Centro de Acolhimento de Refugiados: o primeiro lugar de asilo

Fotografias 1 a 3 – Instalações do Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR/CPR), Bobadela.

Entre a chegada a Portugal e a entrada no CPR: percursos de um requerente de asilo

O percurso dos requerentes de asilo faz-se em Portugal, de duas formas diferentes, de acordo com o modo como aqui chegam: no caso de entrarem por fronteiras terrestres, ou marítimas (clandestinamente a bordo de navios estrangeiros, por exemplo) podem durante algum tempo, tentar a sua sorte como imigrantes clandestinos, procurando redes de contactos que na maior parte das vezes não encontram. Alguns dos requerentes de asilo que entrevistei, relataram que passaram semanas ou meses vivendo na rua, sem qualquer tipo de protecção e uma total desorientação espacial e sociocultural. Quando

interceptados pela polícia, e pela inexistência de alternativa, é então verbalizada a vontade de pedir protecção. Nesse momento, são canalizados para o SEF onde permanecem retidos durante algumas semanas enquanto é confirmada a narrativa de sofrimento passado, bem como o seu lugar de origem. Quando confirmada a sua história e uma vez autorizada a sua entrada em Portugal como requerente de asilo, então são finalmente encaminhados para o Centro de Acolhimento de Refugiados (CAR)[49] na Bobadela, onde permanecem por um período até no máximo 3 meses ou até cumprirem 18 anos, no caso de serem menores. Quanto aos requerentes de asilo que entram por via aérea, são imediatamente retidos nas instalações do aeroporto (Centro de Instalação Temporária), sob a alçada do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, de onde não podem sair, até que também seja confirmada a sua história. Esta estadia pode prolongar-se também por algumas semanas. Durante este período, recebem a visita de um jurista do Conselho Português de Refugiados que tem como função, dar parecer sobre o pedido de asilo. Uma vez obtida a autorização para entrar no país como requerentes de asilo, são encaminhados para as instalações do CAR, onde se deslocam já sozinhos, num táxi contratado pelo SEF. Os tempos de estadia nesse centro, são semelhantes aos requerentes de asilo anteriormente mencionados. Logo que dão entrada nessas instalações, são recebidos e entrevistados pelas técnicas de serviço social, responsáveis pelo acolhimento. Nesse momento, são esclarecidos sobre as regras do Centro. Uma vez instalados no Centro, e após lhes ser indicado qual o quarto que vão ocupar, os requerentes de asilo são informados que passado alguns dias, irão ser sujeitos a um rastreio de saúde, nas instalações do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa. É-lhes dito qual o percurso que devem fazer até lá chegar, quais os transportes que devem tomar, sendo fornecidas senhas de transportes para o percurso de ida e volta. Este é um momento que cria bastante angústia nos requerentes de asilo que entrevistei, uma vez que para além de não conhecerem a língua, nem os referentes geográficos, têm um receio profundo de se perder, a par de uma imensa desconfiança sobre os reais objectivos do rastreio de saúde a que vão ser submetidos. A ida ao médico do centro de saúde ou ao psiquiatra, ocorre apenas quando existem queixas manifestas por parte da, ou do, requerente de asilo, ou ainda quando há comportamentos considerados menos próprios (demasiada apatia ou agressividade) pelos técnicos da instituição, como veremos mais adiante.

[49] Estrutura pertencente ao Conselho Português para os Refugiados (CAR – CPR).

A instituição de acolhimento

Na cena internacional, tem vindo a realizar-se um número bastante significativo de pesquisas sobre refugiados, na imensidade de produções bibliográficas originadas pelo ACNUR, e também no âmbito das organizações internacionais ou nacionais que se caracterizam como Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento (ONGD). Contudo, são praticamente desconhecidos, nesses contextos, estudos sobre a experiência dos próprios refugiados e suas vivências em situação de asilo.

O Conselho Português para os Refugiados (CPR) – única organização portuguesa laica que em Portugal assume legalmente o acolhimento e asilo em Portugal, e referida enquanto tal na legislação sobre asilo – está legalmente constituído como uma ONGD, e os seus financiamentos vêm directamente do Fundo Europeu para os Refugiados, criado no contexto da União Europeia,[50] estando este sediado em Bruxelas. Existem também financiamentos destinados ao acolhimento e integração de refugiados e requerentes de asilo assumidos pelo Estado português, através da Estrutura de Missão para a Gestão dos Fundos Comunitários, integrada no Ministério da Administração Interna, e canalizados na sua maioria para o CPR.[51]

Este organismo foi formalmente constituído em 1991, com sede em Lisboa (no Bairro do Armador, em Chelas), onde ainda se mantém. É parceiro operacional e único representante em Portugal do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) desde 1998, mantendo com este um protocolo de cooperação, que visa a protecção jurídica e social dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal. Fez parte da Comissão Revisora da Lei de Asilo e, com a aprovação da Lei de Asilo (Lei n.º 15/98, de 26 de Março), as autoridades portuguesas reconheceram esta instituição como parceira oficial nos processos de asilo. É igualmente membro do Conselho Europeu para os Refugiados e Exilados (ECRE). Nesta organização, estão também representadas outras destacadas Organizações Não Governamentais (ONG), correspondentes a uma rede constituída por 30 países europeus, que trabalham na área da protecção e integração de refugiados, baseadas no que consideram ser "os valores dos direitos

[50] As indicações referidas ao Fundo Europeu para os Refugiados encontram-se disponíveis em http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/l14567_pt.htm.

[51] Em Portugal, as políticas financeiras de asilo, são geridas por instituições diferentes das políticas financeiras dirigidas aos imigrantes. Por exemplo: o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), não dá apoio financeiro a projectos destinados a refugiados e requerentes de asilo, sendo estes projectos assumidos essencialmente pelo CPR.

humanos, da dignidade e solidariedade", de acordo com os princípios proclamados no *site* da organização.[52] Para além da ECRE, o CPR é também parte constituinte das seguintes organizações europeias: European Legal Network on Asylum (Rede Legal Europeia de Asilo),[53] e Separated Children European Programme (Programa Europeu para as Crianças Separadas).[54]

O CPR mantém ainda protocolos com outras instituições portuguesas, de modo a poder assegurar em parceria, as condições que permitem o acolhimento dos refugiados e requerentes de asilo. As instituições governamentais mais significativas neste domínio são: Ministério da Administração Interna (MAI), Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), Instituto da Solidariedade e Segurança Social (ISSS). Os protocolos estabelecidos permitem também obter financiamento para os projectos levados a cabo, sendo de destacar que uma parte substancial dessas subvenções provém, como já dissemos, do Fundo Europeu para os Refugiados (FER) que canaliza as verbas através do MAI. Existem ainda parcerias com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), que atribui subsídios mensais e outro tipo de apoios aos *requerentes de asilo com residência por razões humanitárias*, e com o Centro de Formação Profissional para o Sector Alimentar (CFPSA), que permite aos requerentes de asilo e refugiados a obtenção de um certificado de formação, nesta área. O CPR é ainda membro da Comissão para a Igualdade e Contra a Discriminação Racial (CICDR), estrutura independente que funciona junto do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).

A estrutura interna do CPR integra um gabinete jurídico, um gabinete de apoio social e um gabinete para o emprego e formação profissional. O gabinete jurídico propõe-se efectuar um acompanhamento directo aos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, quer na primeira fase de pedido de asilo, quer na constituição do próprio processo e ainda na interposição de recurso perante o tribunal, quando existe uma recusa imediata de pedido de asilo por parte do SEF. O primeiro pedido implica um acompanhamento jurídico dum advogado do CPR, enquanto entidade consultora parceira do SEF. Para além destes dois momentos, o acompanhamento jurídico prestado pelo CPR aos requerentes de asilo é pontual e não estruturado, por eventual falta de

[52] In http://www.ecre.org/.

[53] Ver http://www.ecre.org/about_us/elena.

[54] Ver http://www.separated-children-europe-programme.org/index.html.

disponibilidade técnica ou mesmo financeira. Isto significa que um requerente de asilo que já não se encontre enquadrado na estrutura do CPR/CAR dificilmente se vê juridicamente representado sempre que os seus documentos caducam, o que complica enormemente a sua defesa em tribunal. A dificuldade em entender os contornos de uma situação jurídica que passa abruptamente de *residente por razões humanitárias* para *imigrante ilegal ou indocumentado,* agrava a permanência e integração em Portugal do requerente de asilo, desorientado que fica pela dupla percepção de um país que, num primeiro momento, o autorizou a entrar, reconhecendo-o como pessoa vítima de perseguição e, por conseguinte, protegido pela Lei de Asilo, e, num segundo momento, o trata como um imigrante ilegal e portanto, aparentemente, sem direitos de cidadania. Saliente-se que a passagem de um estado para outro, não depende necessariamente de qualquer infracção cometida pelo requerente de asilo,[55] mas sim de um aparelho burocrático de avaliação de requerimentos que, por não analisar o processo a tempo, empurra o requerente de asilo para um sistema de *invisibilidade forçada,* atribuindo-lhe um recibo provisório que atesta o pedido de renovação de documentos perante o SEF, mas que não é formalmente reconhecido pelas instituições sociais portuguesas. A dificuldade acrescida em alugar quarto ou casa, em encontrar empregador que lhe autorize o trabalho formal, ou ainda a continuidade do subsídio da Segurança Social ou da Santa Casa da Misericórdia, são consequências imediatas do "estatuto indefinido socialmente" e cuja única responsabilidade cabe às instituições oficiais, como o SEF.

Pela existência de um sistema informático que liga o SEF às diversas entidades, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia e a Segurança Social, assim que um requerente de asilo entra no labirinto do pedido da renovação de documentos, é instantaneamente sinalizado por estas últimas entidades, que suspendem de imediato o subsídio mensal do qual ele depende para viver.

> "Fui à Santa Casa perguntar qual a razão porque este mês não recebi o subsídio. Nem me avisaram que não ia receber nada este mês. O que é que eu vou fazer? Como é que pago o meu quarto? Como é que vou pagar comida para me alimentar? A senhora da Santa Casa disse-me que o subsídio foi suspenso porque já não tenho papéis. Mas porque é que não

[55] A recusa do pedido de asilo pode ter como fundamento a desconfiança, por parte do SEF, da nacionalidade alegada pelo requerente. Um dos casos que acompanhei dizia respeito a um requerente de asilo que afirmava a sua nacionalidade congolesa, mas que, segundo o SEF, seria angolano, recusando-lhe assim o asilo. O CPR interpôs recurso junto ao tribunal. Este processo arrasta-se desde 2007 até hoje, sem que entretanto este requerente de asilo possa beneficiar dos subsídios que são devidos às pessoas nesta situação.

> tenho papéis? Os meus papéis acabavam em 19 de Fevereiro de 2010. Eu sabia disso, por isso a partir de Novembro de 2009, comecei a ir ao SEF para pedir a renovação do documento de "residente por razões humanitárias". Fui lá várias vezes. Um dia lá no SEF disseram-me que não era assim, que tinha que esperar. Que eram eles que marcavam a data da entrevista para começar a renovação do documento. Ligaram-me um dia. Sabe para que data? Para 18 de Fevereiro de 2010. Os meus documentos acabavam no dia seguinte! Estamos em Junho e ainda não tenho os documentos renovados. Deram-me um papel verde com a validade de 30 dias, mas este papel não serve para nada. Já tinha uma promessa de trabalho, mas quando mostrei ao meu futuro patrão este documento, ele disse-me que isto não servia para nada porque não provava que eu estava legal. Se Portugal nos dá asilo, então porque é que não nos deixa integrar? Estão à espera que a gente desapareça, morra ou vá para a prisão? Afinal que asilo é este que não nos protege nem nos deixa seguir o nosso destino neste país?" (requerente de asilo entrevistado).

Durante este processo, o CPR tem um poder de intervenção limitado. Mesmo quando os requerentes de asilo solicitam ajuda aos advogados, a resposta é inconclusiva, remetendo-os para mais um compasso de espera: "tens de esperar que o SEF te contacte", "tens de esperar que a Santa Casa te volte a dar o subsídio" e assim sucessivamente, dia após dia, mês após mês. Haverá eventualmente razões que justifiquem esta dificuldade de acompanhamento por parte do CPR. Supomos que uma delas se relaciona com o número insuficiente de juristas na estrutura do CPR e que possa dar uma resposta eficaz e atempada, às solicitações de acompanhamento por parte do SEF, nos processos de apreciação do pedido de asilo e consequente decisão. Contudo, na Lei de Asilo (artigo 52.º, relativo ao regime jurídico de asilo em Portugal) é mencionado um pouco laconicamente o seguinte:

> "2. O Alto-Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados e o Conselho Português para os Refugiados podem proporcionar aconselhamento jurídico directo aos requerentes de asilo em todas as fases do procedimento.
>
> 3. O requerente de asilo beneficia de apoio judiciário nos termos gerais."

Porém, de acordo com os sentimentos manifestados em particular pelos requerentes de asilo, o apoio necessitado no campo jurídico é insuficiente, significando que nem sempre – o Estado ou as entidades não-governamentais – ainda que oficialmente representativas dos refugiados em Portugal (CPR) – têm a capacidade de assumir, tal como previsto na lei, o necessário apoio e representatividade jurídica, o que

deixa supor uma insuficiência de meios (financeiros, políticos, técnicos) para suprir as necessidades dos requerentes de asilo em Portugal.

O CAR assume várias funções na primeira fase do acolhimento de asilo ao nível do apoio social e alojamento proporcionado aos requerentes de asilo cuja entrada em Portugal foi previamente autorizada pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), única autoridade com domínio nesta matéria. Os apoios disponibilizados pelo CPR/CAR desenvolvem-se a partir de projectos elaborados por esta organização e que são financiados na sua maioria, pela Estrutura de Missão para a Gestão de Fundos Comunitários (EMGFC) que gere, como já mencionei, os financiamentos do Fundo Europeu para os Refugiados (FER), através do Ministério da Administração Interna (MAI), e que incluem o alojamento transitório com capacidade para cerca de 30 utentes, e que não costuma exceder os dois ou três meses, excepto no caso de "menores não acompanhados"[56]que permanecem sob a responsabilidade jurídica do CPR até atingirem a maioridade, ou ainda no caso dos "refugiados reinstalados" cuja permanência no CAR pode prolongar-se até seis meses.

O confinamento dos utentes do CAR ao bairro onde este se insere, e a distância em relação ao centro de Lisboa, manifesta-se no receio e ansiedade que demonstram alguns requerentes de asilo quando necessitam de se deslocar sozinhos para tratar de assuntos legais ou de saúde (ida ao SEF, ida aos hospitais, ida à própria sede do CPR para resolver assuntos relativos ao apoio jurídico). Este receio, consubstancia-se na ausência total de referências geográficas relativamente ao lugar que passaram a ocupar em Portugal,[57] no desconhecimento da língua, na ausência de redes sociais ou familiares de apoio, na confusão provocada pela viagem na maioria das vezes traumática, e no sofrimento inerente ao facto de se encontrarem involuntariamente num país e numa sociedade que desconhecem, tanto do ponto de vista geográfico, como cultural, social ou simbólico. Referimos todavia que não é menos comum alguns dos refugiados, optarem por procurar residência após a saída do CAR, no próprio bairro ou nos bairros

[56] Segundo a Lei n.º 27/2008 de 30 de Junho, entende-se por "menores não acompanhados, quaisquer pessoas nacionais de países terceiros ou apátridas com idade inferior a 18 anos que entrem em território nacional não acompanhadas por um adulto que, por força da lei ou do costume, se responsabilize por elas, enquanto não são efectivamente tomadas a cargo por essa pessoa, ou que tenham sido abandonados após a entrada em território nacional" (in www.dre.pt/pdf1s/2008/06/12400/0400304018.pdf).

[57] Os requerentes de asilo aí residentes partilharam comigo a ideia que tinham tido de organizar uma manifestação de protesto. O percurso previsto desta manifestação pressupunha uma caminhada da Bobadela (onde está localizado o CAR) a Espanha. Quando perceberam no mapa a distância a que estavam desse país, desistiram da ideia.

limítrofes, podendo assim manter mais facilmente as ligações que ainda os une ao Centro, como por exemplo, a continuação da frequência das aulas de português, a procura de apoios sociais, ou o acesso à Internet. Contudo, são também cada vez mais os requerentes de asilo e refugiados que manifestam desconforto com esta "ligação umbilical" ao CPR/CAR, em particular aqueles que já vivem em Portugal há mais tempo e que portanto já não se encontram a residir no Centro e que, por incumprimento dos apoios subsidiários prometidos por parte da Segurança Social através da Santa Casa da Misericórdia, acabam por sentir dificuldades acrescidas no arrendamento de um quarto ou de uma casa.

3.2 – O Centro de Acolhimento de Refugiados

Um dos elementos mais significativos da estrutura do Conselho Português para os Refugiados é pois o Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR), localizado no concelho de Loures, na Bobadela. A descrição deste espaço pretende elucidar o modo como os requerentes de asilo se relacionam não só entre si, mas também com esta instituição. Espacialmente, este centro de acolhimento está dividido da seguinte maneira: no piso térreo, encontra-se a recepção, espaço amplo, moderno e luminoso, separado dos espaços colectivos por um pequeno corredor ladeado por paredes de vidro, com ligação directa ao jardim e restantes espaços exteriores. A seguir ao corredor, há uma nítida divisão de espaços laterais: do lado direito, apresenta-se uma grande sala em *open-space*. Dela fazem parte sequencialmente: do lado esquerdo, um espaço de lazer, com sofás e televisão em ecrã plano suspenso na parede,[58] uma porta que dá acesso ao gabinete de saúde; do lado direito, uma mesa com cadeiras. Na continuação destes espaços bastante luminosos e agradáveis, encontram-se as wc masculinas e femininas, a cozinha comum e a sala de refeições com várias mesas e cadeiras.

As paredes exteriores da zona de estar (cozinha, sala de estar) são em vidro, e através delas pode ver-se o rio Tejo. A claridade que entra nestes espaços, leva-nos a

[58] A televisão permanece ligada a maior parte do tempo. O sofá colocado em frente, está normalmente ocupado por residentes que tentam ludibriar o tempo através da única actividade – passiva – que lhes é colocada à disposição. Outros circulam pelos espaços exteriores, conversando em pequenos grupo, fumando, ou simplesmente olhando a paisagem, entregues aos seus próprios pensamentos. Gramsci (in Crehan 2002) refere que quando se perde espaço (de circulação, de liberdade, de autonomia) ganha-se tempo. Este tempo passado no Centro é um tempo de espera, de limbo. Espera por resolução do seu pedido de asilo, espera por uma nova casa, espera por um futuro e uma autonomia que tarda em chegar. Um tempo que oprime, que condiciona a liberdade.

percepcionar este Centro como um espaço aberto, voltado para o exterior, muito diferente portanto, do espaço fortemente confinado e restritivo existente no aeroporto e para onde são invariavelmente remetidos todos os refugiados que aí pedem asilo pela primeira vez. Associando isto ao facto de o Centro ser também um espaço aberto aos seus residentes - que podem sair e entrar em liberdade sempre que assim o desejem (existe apenas uma última hora de entrada: a meia-noite, e uma primeira hora de saída) - podemos compreender que os requerentes de asilo sintam que chegaram a um local de abrigo que os respeita, e onde podem viver durante três meses em liberdade e segurança. Como qualquer lugar onde existem pessoas muito diferentes entre si e que na sua maioria se desconhecem, não é também de surpreender que existam regras, mais ou menos rigorosas de uso e gestão do espaço. Contudo, há também que referir que a sensação de liberdade, é condicionada pelos entraves e impedimentos reais e simbólicos impostos à condição de asilo, num lugar que não reconhecem como seu, e no qual existem barreiras intransponíveis a curto e médio prazo, como sejam as barreiras linguísticas, e socioculturais. Quanto a esta abertura ao exterior, é também de louvar o CPR, uma vez que optou por não seguir os modelos internacionais para este tipo de Centros, que funcionam com lógicas de suspeita e restrição, muito mais próximas daquilo que Foucault (1991) conceptualizou como *governamentalidade*. Ou seja: as instituições promovem por vezes formas de regulamentar a vida e o corpo das pessoas, através da imposição de regras, normas, condutas que mais não são que instrumentos e exercícios de poder, exercidos por essas mesmas instituições. Um dos pólos de exercício desta governamentalidade, seria por exemplo a prisão, seguida por lugares como os campos de refugiados, ou os centros para refugiados na Europa. Estes espaços são também lugares de violências estruturais e simbólicas onde a violência se expressa através da ideia de confinamento e finitude do próprio corpo. Não é portanto de espantar que em muitos destes lugares surjam agressões, suicídios e tentativas de suicídio, e que estas, ainda assim, ocorram longe dos lugares normalmente associados às violências da guerra e da perseguição e origem do trauma e já em espaços geográficos pertencentes ao contexto da União Europeia.[59]

[59] Não existem estatísticas oficialmente disponíveis sobre estes actos. Contudo, há estudos e relatórios clínicos efectuados por conhecidos psiquiatras que estudam o trauma entre os refugiados, entre os quais se destaca Silove (1999; Silove, Austin e Steel 2007). Para mais informações sobre este assunto, consultar, por exemplo, CSP (2010).

Diria que o CPR, pela sua política de abertura e não confinamento, está mais longe de se poder considerar um lugar de vigilância e de restrição absoluta, respeitando, na mediada do possível, a liberdade dos seus residentes, fazendo assim um contra-ponto com os outros centros de acolhimento de refugiados. Porém, esta instituição, em relação aos requerentes de asilo que acolhe, situa-se entre o *controlo* dos seus residentes (consubstanciada através das regras e normas estabelecidas para a gestão e uso do centro) e a *compaixão* (consubstanciada nas atitudes e cuidados com alguns dos utentes a quem era reconhecida uma vulnerabilidade mais acentuada).

Voltando à distribuição do espaço do Centro e nomeadamente ao corredor inicial, mas agora pelo lado esquerdo, podemos encontrar algumas salas de formação, onde decorrem normalmente as aulas de português. A seguir a estas, deparamo-nos com uma porta com fechadura de código à qual não têm acesso os residentes, e que integra os vários gabinetes técnicos e da direcção. No piso térreo, existem ainda dois outros módulos arquitectónicos, um dos quais inclui: espaço de acesso à Internet para uso dos residentes, biblioteca (recentemente activada) e auditório. O outro módulo integra várias salas de actividades, sendo uma delas, ocupada pela UNIVA.[60] Mais ou menos ao fundo da recepção, encontram-se as escadas de acesso ao primeiro piso, ou seja: a zona propriamente residencial, onde se situam um total de 9 quartos com capacidade para 35 pessoas. Destes, 4 são para homens, 2 para mulheres, 1 quarto adaptado para deficientes, 2 para casais com filhos. No caso de sobrelotação do Centro, é frequente acontecer que os casais com filhos venham a ser separados e redistribuídos pelos quartos das alas feminina e masculina.[61] Para além dos quartos, existe também uma lavandaria com tratamento de roupa, cujo trabalho e responsabilidade, recai numa funcionária do CAR, ela própria ex-refugiada (já com bilhete de identidade de cidadã portuguesa). No espaço exterior existe ainda um polidesportivo, uma creche e jardim-de-infância e jardins, acessíveis à população. No caso de o Centro ter os quartos superlotados, os requerentes de asilo que entretanto aí não tenham espaço garantido, são

[60] UNIVA: Unidade de Inserção na Vida Activa. As UNIVA foram criadas pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional, com vista a promover a integração profissional dos cidadãos na vida activa, bem como fomentar e divulgar acções de formação. Reclamavam como objectivos: a) encaminhamento para emprego, estágios profissionais ou formação profissional; b) encaminhamento para o Programa Novas Oportunidades; c) apoio às entidades económicas no recrutamento de recursos humanos. Este organismo faz também a ponte entre os refugiados e o Centro de Emprego ou os eventuais empregadores directos, para além de ajudar a construir um *curriculum vitae*, ou a fazer a preparação para uma entrevista de emprego.

[61] Este é na realidade um dos motivos de reclamação das famílias constituídas por casais.

alojados em quartos alugados nos arredores, ou ainda em pensões no centro de Lisboa. Neste caso, o isolamento é ainda maior. É também o CPR que assume estas despesas; porém há que referir que para os requerentes de asilo que se encontrem nesta situação, o afastamento em relação ao CAR e portanto o isolamento, aumenta o receio e a dificuldade de entenderem/dominarem o contexto urbano e social onde foram inseridos.

Um dos aspectos positivos do CAR é a de criar as condições para poder proporcionar o estabelecimento de pequenas redes sociais e até de amizade, entre os residentes. Estas redes estabelecem-se inicialmente por afinidades etnolinguísticas e também por classe etária. Ao longo dos quatro anos de trabalho de campo, pude testemunhar a consolidação de laços de amizade e solidariedade surgidos desta partilha inicial do espaço.

O CAR, assumido como espaço transitório (tempo máximo de estadia: três meses, com excepção para os menores não acompanhados que ai permanecem até atingirem a maioridade), disponibiliza vários apoios na primeira fase do acolhimento de asilo, ao nível social e alojamento proporcionado aos requerentes de asilo, cuja entrada em Portugal, foi previamente autorizada pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF – única autoridade com domínio nesta matéria). Os apoios disponibilizados pelo CPR/CAR desenvolvem-se a partir de projectos elaborados por esta organização e são financiados na sua maioria pela Estrutura de Missão para a Gestão de Fundos Comunitários (EMGFC) que gere, como já mencionei, os financiamentos do Fundo Europeu para os Refugiados (FER), através do Ministério da Administração Interna (MAI). Uma parte substancial deste financiamento é canalizada para a gestão e os consumos inerentes ao alojamento dos requerentes de asilo e ainda daqueles que embora já fora do Centro dele dependem, ou seja: aqueles que se encontram com o processo de asilo em análise jurídica e portanto sem direito ao subsídio da Santa Casa da Misericórdia ou da Segurança Social.[62] Estes financiamentos são portanto limitados, condicionando o CPR a eleger determinadas áreas de intervenção directa, em detrimento de outras, como é o caso por exemplo, da saúde.

[62] A Santa Casa da Misericórdia, a partir de 2004, assegura os subsídios dos requerentes de asilo com autorização de residência por razões humanitárias que se encontrem a residir no distrito de Lisboa. Fora deste, os subsídios são assegurados pela Segurança Social.

O Centro disponibiliza ainda aulas de português, apoios pecuniários ou em géneros para alimentação,[63] um banco de roupa (oferecida pela população) e lavandaria, transportes (passe social); comunicações (cartão para o telefone) e acesso gratuito à Internet, subsídios de emergência, onde se poderão incluir também a eventual compra de medicamentos, receitados pelos médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou do Centro de Apoio a Vítimas de Tortura em Portugal (CAVITOP) e ainda quando necessário, algum dinheiro de bolso, que lhes poderá servir para pequenos consumos pessoais de higiene, tabaco, etc.

Apesar destas instalações terem merecido rasgados elogios por parte de outras delegações visitantes, pertencentes a instituições suas congéneres na Europa, os utentes ao fim de algum tempo de aí permanecerem, têm uma opinião algo diferente. As suas queixas fazem-se sentir através das seguintes palavras:

> "O Centro é bom e moderno, sentimo-nos seguros aqui, com os portugueses. Mas às vezes não nos sentimos seguros com os outros colegas com quem dividimos os quartos. Não sabemos quem eles são. Aqui há boa gente, mas também há má gente, sem educação e sem respeito pelo que é dos outros. A mim, na cozinha roubaram-me toda a comida que eu tinha no meu armário. As chaves cabem em todo o lado. E há gente que não tem higiene. (…) Gostava de poder tratar da minha própria roupa. (…) Aqui tratam-nos (refere-se aos técnicos do CPR) como crianças. Não podemos fazer nada, nem tratar da nossa própria roupa. Só podemos andar por aí e olhar para a televisão. Era uma boa ideia se nos deixassem cultivar os nossos próprios vegetais, pelo menos estávamos ocupados, assim também podíamos comer o que comemos nas nossas terras, sem termos que pagar. Também não acho bem termos que esperar tanto tempo para falar com os técnicos do CPR. Nunca têm tempo para nos ouvir. Estão separados de nós por uma porta que está sempre fechada e que não podemos abrir…" (conversa com vários requerentes de asilo nos primeiros dias do meu trabalho de campo).

[63] À segunda-feira são distribuídos alimentos aos residentes, provenientes do Banco Alimentar ou de pequenos contributos feitos por particulares. Estes alimentos, constituídos essencialmente por cereais, leites e alguns vegetais, são complementados com algum dinheiro fornecido pelo CPR para a aquisição pessoal de carne ou peixe.

3.3 – Condicionalismos da localização do CAR

O CAR encontra-se situado num tranquilo bairro residencial de pequenas moradias familiares, na freguesia da Bobadela,[64] no concelho de Loures (zona Oriental), num local com estreita ligação com a comunidade autóctone, embora relativamente distante em termos de acessos de Lisboa ou Loures, o que se manifesta no receio e ansiedade que demonstram alguns requerentes de asilo quando necessitam deslocar-se sozinhos para tratar de assuntos legais, ou de saúde, como já mencionámos. Este receio, consubstancia-se na ausência quase total de referências geográficas relativamente ao lugar onde se encontram provisoriamente em Portugal,[65] no desconhecimento da língua, na quase inexistência de redes sociais ou familiares de apoio, na confusão provocada pela viagem na maioria das vezes traumática, e no sofrimento inerente ao facto de se encontrarem involuntariamente num país e numa sociedade que desconhecem, tanto do ponto de vista geográfico, como cultural, social ou simbólico. Referimos todavia que não é menos comum alguns dos refugiados, optarem por procurar residência após a saída do CAR,[66] no próprio bairro ou nos bairros limítrofes, podendo assim manter mais facilmente as ligações que ainda os une ao Centro, como por exemplo, a continuação da frequência das aulas de português, a procura de apoios sociais, ou o acesso à Internet. Contudo, são também cada vez mais os requerentes de asilo que manifestam desconforto com esta relação de dependência do CPR/CAR e por extensão, à Junta de Freguesia da Bobadela, ou à Câmara Municipal de Loures.[67] Em particular, aqueles que vivem em Portugal há mais tempo e que portanto já não se encontram a residir no CAR, notam dificuldades acrescidas noutros municípios, onde desconhecem o que significa ser-se refugiado, em Portugal. De acordo com as suas palavras:

[64] Curiosamente, este topónimo reflecte uma origem antiga: parece provir do árabe *budel*, que significa "porta franca" – subentenda-se, uma porta de acesso a Lisboa, através da ponte sobre o rio Trancão (in http://pt.wikipedia.org/wiki/Bobadela_(Loures)).

[65] Os requerentes de asilo aí residentes, partilharam comigo a intenção de organizar uma manifestação de protesto contra a dificuldade de serem atendidos pelos técnicos do CAR. O percurso previsto desta manifestação pressupunha uma caminhada da Bobadela até Espanha. Quando perceberam no mapa a distância a que estavam desse país, desistiram dessa intenção.

[66] De acordo com a informação prestada pela assistente social da instituição, cerca de 33% dos requerentes de asilo que saem do CAR arranjam casa para alugar na mesma zona.

[67] A Câmara Municipal de Loures é a única que possui um gabinete (GARSE) com um técnico especificamente designado para o acompanhamento das actividades do CPR.

> "Quem nos deu asilo não foi a Bobadela, mas sim Portugal. Portanto as outras Câmaras também deviam conhecer os nossos problemas e ajudar-nos na integração. Não nos ajudam a procurar casa para alugar. Dizem-nos que nem nunca ouviram falar de refugiados."

Esta é uma das queixas frequentemente verbalizada pelos refugiados, que se revoltam contra a falta de reconhecimento da sociedade e instituições portuguesas, em relação ao significado do seu estatuto e às dificuldades da sua vida quotidiana. Consideram-se bastante mais descriminados do que os restantes imigrantes, nas tentativas de integração através do trabalho, da habitação ou até da formação. Ainda uma referência em relação ao tempo limite de permanência no CAR: no caso de refugiados que viram o seu pedido de asilo rejeitado pelas autoridades, e que por conseguinte, não usufruem do direito a subsídio, a Santa Casa da Misericórdia, tenta encaminhá-los para instituições de acolhimento, como por exemplo, abrigos. Por vezes, esses abrigos são frequentados por toxicodependentes ou "sem-abrigo", o que passa a constituir uma fonte de angústia para os que são colocados nestas instituições, com as quais não se sentem identificados.

A concessão de autorização de residência por parte do SEF é aparentemente bastante arbitrária, como podemos ver nos capítulos seguintes. Nos casos em que o pedido de asilo é recusado, o CPR, enquanto o pedido segue para recurso em tribunal, vai dando algum apoio monetário para minimizar, dentro do possível, os efeitos de tão devastadora decisão. Este apoio (dinheiro de bolso, passe social, alguns alimentos), não pode legalmente ser enquadrado nos projectos financeiros apresentados ao MAI (EMGFC), uma vez que tecnicamente estas pessoas são consideradas "ilegais", recaindo estas despesas na gestão financeira do CPR. É nalguns casos completamente devastadora esta rejeição de asilo por parte do SEF, remetendo para a indigência (ou para a caridade alheia) pessoas que não conseguiram narrar a sua história de fuga do modo expectável, segundo os critérios do SEF. O dinheiro de bolso é frequentemente, para aqueles que já não residem no CAR, o único garante de apoio pontual, para além da alimentação ou roupa. Assim, o CPR, continua a constituir-se durante algum tempo, um polo de atracção para aqueles que ainda não conseguiram trabalho e portanto autonomia.

3.4 – O acesso aos cuidados de saúde

Tal como mencionei anteriormente, o acesso aos cuidados de saúde, é protegido pela lei de asilo (Lei n.º 15/98 de 28 de Março, seguida da portaria n.º 30 de 2001, de 17 de Janeiro), que reconhece aos requerentes e respectivos membros da família, o acesso nas mesmas condições que aos cidadãos nacionais. Contudo, é de referir que não existem programas ou projectos concretos no domínio da saúde, adequados às necessidades específicas dos refugiados, nem por parte do SNS, nem por parte do CPR. Consideramos *necessidades específicas* todas aquelas que estão relacionadas com o contexto cultural de referência dos refugiados ou imigrantes, como por exemplo a percepção do corpo, da saúde e doença (que pode variar de cultura para cultura), os problemas de comunicação inerentes às barreiras linguísticas existentes entre refugiados e profissionais de saúde, outros saberes, discursos e práticas transmitidos de geração em geração, e que configuram uma visão cosmogónica do mundo e que normalmente não são valorizadas no contexto das sociedades industrializadas, ou ainda a existência de traumas provocados inicialmente por uma experiência dramática no país de origem.

No caso em apreço, existe no domínio da saúde, uma rede de parceiros institucionais pertencentes na maioria ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) que, pela lei, prestam quando necessário, cuidados de saúde aos refugiados e requerentes de asilo, com isenção de pagamento das taxas moderadoras. Os hospitais de referência da região de Loures são: o Hospital Curry Cabral, o Hospital de Santa Maria, os Centros de Saúde de Sacavém, extensão de Santa Iria da Azóia ou extensão da Bobadela, o Hospital Júlio de Matos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Lisboa ou ainda outras clínicas privadas para consultas de especialidade e que têm acordos com os Centros de Saúde. Outras instituições de saúde que também são parceiras do CPR são o Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa, particularmente através do projecto *EpiMigra.* Relativamente a esta instituição, salienta-se que se reveste de particular importância no que diz respeito à avaliação de saúde dos requerentes de asilo logo após a entrada em Portugal, pois poucos dias após a sua instalação no CAR, são encaminhados para este serviço, para que se proceda à recolha de análises e outros diagnósticos complementares, que irão fazer a despistagem de algumas patologias consideradas mais graves para a saúde pública, como por exemplo o HIV-Sida, hepatites, tuberculose, ou ainda algumas doenças tropicais (malária por exemplo). A Santa Casa da Misericórdia presta também algum apoio pontual, nomeadamente na compra de próteses, óculos, ou outros complementos necessários à saúde dos refugiados. Finalmente existe ainda a associação denominada Centro de Apoio a

Vítimas de Tortura em Portugal (CAVITOP), para onde são também encaminhados refugiados ou requerentes de asilo que, segundo os técnicos do CAR, manifestam comportamentos considerados graves ao nível da saúde mental, sendo estes encaminhamentos muito pontuais e na maioria dos casos, sem continuidade, de acordo com o manifestado previamente pelos psiquiatras entrevistados em contexto de trabalho de campo.

Ilustração 6 – Por detrás dos sintomas

No CAR, e junto à sala de estar, existe também um gabinete específico para os atendimentos de saúde, mas que nunca antes tinha sido utilizado para esses fins (tanto quanto é do meu conhecimento e até à data, este gabinete continua sem utilização).[68] O CPR constituiu protocolos de parceria com as diversas instituições anteriormente referidas.[69] Em 2004 foi produzido um relatório da parceria internacional formada no âmbito do Programa *Equal,* da qual o CPR fez parte integrante, denominado "ASPIRE! Asylum Seekers Participation is the Result" e no qual se pode ler que uma das recomendações é referente à necessidade de se criarem através de parecerias (nomeadamente com outras ONG) as condições para a criação da profissão entre os refugiados *de "Conselheiro/Mediador para a Saúde – que seja reconhecida internacionalmente"* (Nexus 2004: 6). Verificamos que até ao final de 2010 tal recomendação ainda não tinha sido aplicada. A ausência de uma eficácia manifestada num trabalho de comunicação contínua e estruturada, entre estas parcerias no campo da saúde (estão ausentes como parceiros os próprios refugiados), e a ausência de envolvimento de novos parceiros específicos para o campo da saúde, levanta as seguintes questões/hipóteses:

1) As parecerias institucionais no campo da saúde já constituídas, não estão/não foram suficientemente motivadas para o desenvolvimento eficaz, de um atendimento específico no domínio da saúde física e mental;

2) O CPR não define como prioridade a abertura estratégica a novas parcerias com outras ONG que poderiam dar resposta mais eficaz e menos burocrática às necessidades de saúde dos refugiados;

3) O CPR, eventualmente pondera aquelas que considera ser as principais necessidades dos refugiados enquanto residentes no CAR, nomeadamente a gestão quotidiana do Centro, o pagamento dos ordenados aos técnicos e o apoio financeiro aos

[68] Foi também neste gabinete que em 2009 a Associação GIS (Grupo Imigração e Saúde), levou a cabo o projecto de investigação/acção já referido e coordenado pela autora (Santinho 2010).

[69] Veja-se no relatório de 2001 do CPR a seguinte nota: "Diferentes áreas de intervenção: As maiores preocupações dos nossos utentes centram-se nas áreas básicas: Alojamento, Alimentação, Saúde, Transportes e Trabalho. (…) Na área da Saúde (8%), os utentes além de beneficiarem do protocolo celebrado entre o CPR e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), onde fazem análises médicas para despistagem de doenças infecto-contagiosas, sempre que necessário, são encaminhados para Centros Hospitalares ou para Centros de Saúde da área da respectiva residência. Posteriormente, se a situação económica o justificar, a aquisição dos medicamentos é suportada pelo CPR" (CPR 2001, "Apoio Social"). E ainda, num outro documento: "O CPR celebrou três protocolos, no que diz respeito ao acesso à saúde: Em 1998, com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) para rastreio de doenças infecto-contagiosas; Em 2003, com o CAVITOP (Centro de Apoio à Vítima de Tortura em Portugal), para apoio psicológico e psiquiátrico às vítimas de tortura; E, mais recentemente, em 2007, com a Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz para consultas estomatológicas" (CPR 2008: 9).

requerentes de asilo aí residentes, deixando para segundo plano, ou confiando no bom funcionamento das parcerias para a saúde anteriormente desenvolvidas, acabando por não afectar uma verba mais avultada nas candidaturas ao FER/MAI (o que necessariamente, faria diminuir as outras acções específicas sujeitas a financiamento), particularmente orientadas para a gestão de novos modelos de saúde baseados nas reais necessidades dos refugiados e requerentes de asilo.

Estas são, na minha óptica, as principais razões pelas quais as recomendações efectuadas pelo relatório ASPIRE (nomeando apenas um), não encontraram até agora, qualquer eco, na definição de políticas de saúde mais efectivas por parte do CPR.

3.5 – Estratégias de relacionamento dos refugiados no interior do CAR

Entre diferenças e desigualdades: relacionamentos num lugar entre parêntesis

Como referi anteriormente, na sala de convívio do Centro existe uma porta identificada como "espaço de saúde". Foi portanto este gabinete situado junto ao sofá e à televisão, que me foi indicado pelo CPR como o lugar preferencial a partir do qual eu me poderia relacionar com os requerentes de asilo aí residentes. Sem dúvida que pelo menos para alguns dos meus interlocutores refugiados, este espaço, iria condicionar o olhar e a leitura que os próprios faziam do meu papel enquanto ouvinte das suas histórias de vida.

O CAR revelou-se como um espaço multiétnico onde as fronteiras sociais, as identidades e os significados espaciais são negociados diariamente, definidos e produzidos através da interacção e dos conflitos sociais. O espaço no interior do CAR é por excelência, um espaço de primeira relação entre os requerentes de asilo que chegam por primeira vez a Portugal. É aí que tomam contacto com outros requerentes com os quais partilham histórias semelhantes de medos, perseguições, fugas, viagens de itinerários por vezes imprevisíveis, experiência do contacto com os inspectores do SEF e finalmente a entrada no Centro e os desejos para o futuro. Não existe um "padrão" de refugiados ou requerentes de asilo: as diferenças são muito superiores às semelhanças, no que diz respeito às origens geográficas, idiomas, religiões, classe social ou formação. Contudo, e por causa da partilha obrigatória dos mesmos espaços, nomeadamente os quartos, a cozinha, a sala de convívio e as aulas de português, ao fim de algum tempo e ainda que timidamente, vão-se estabelecendo relações privilegiadas formando pequenos grupos. Do que me foi dado presenciar, os que surgiam de forma mais espontânea,

consistente e duradoura, eram sobretudo constituídos por jovens, de ambos os sexos, cujo elemento comum para além da idade, era a pertença a um determinado grupo linguístico.

Os relacionamentos que presenciei estavam por vezes carregados de ambivalência. Enquanto por um lado, se revelavam solidariedades e amizades entre os pequenos grupos que se iam constituindo, por outro e individualmente, não era raro que nas conversas privadas que os requerentes tinham comigo, cada um deles me viesse confidenciar que todos os restantes, mentiam. Segundo cada um deles, os outros mentiam em relação aos motivos que os levaram a fugir do seu país, mentiam em relação aos percursos que tinham percorrido, mentiam em relação à inexistência de famílias residentes em Portugal, mentiam em relação aos seus objectivos de vida em Portugal. O uso da acusação de mentira, quanto a mim, tinha uma clara função manipuladora: ganhar a confiança ou mesmo alguns favores de alguém (como eu) que era identificada como associada de alguma forma ao poder (através da ligação com uma instituição reconhecida como associada a uma certa elite – a universidade), configurava-se como uma das estratégias possíveis para adquirir alguns objectivos, num universo em que as relações e os contactos desta população com o exterior (com outras pessoas, ou com outras instituições), não era de todo facilitado. Simultaneamente na sistemática acusação de mentira em relação a qualquer outro, existe também uma tentativa de legitimação do "eu", como único detentor da verdade e portanto com direito a merecer a confiança e consequentemente, a ajuda ou a protecção do confidente a quem é relatada "toda a verdade".

A sintonia dos requerentes de asilo tanto residentes como ex-residentes, manifestava-se essencialmente nas críticas em relação ao modo como eram tratados por alguns técnicos, nomeadamente a falta de tempo manifestada pelos mesmos para os ouvir, e a dificuldade de acesso aos gabinetes onde estes se encontravam. Manifestavam também desagrado pela espera demasiado longa (que podia variar entre várias horas e alguns dias) para serem atendidos, a fim de resolverem vários problemas urgentes, como por exemplo a necessidade de obterem uma credencial para irem ao médico ou ao hospital, ou simplesmente poderem colocar as suas dúvidas em relação ao funcionamento de algumas instituições portuguesas (Centro de Emprego, Segurança Social, Escolas, Hospitais, etc.). Uma queixa também recorrente entre a maioria dos requerentes, dizia respeito às atitudes de alguns técnicos no momento do atendimento. Um dos requerentes de asilo, referiu que perante o seu pedido para ser atendido por um

psicólogo que percebesse verdadeiramente o seu estado, recebeu uma resposta desrespeitosa e desvalorizadora do seu sofrimento.[70]

Entre os requerentes de asilo mais esclarecidos em relação ao próprio estatuto de refugiado de acordo com a Convenção de Genebra, corria também a seguinte crítica relativa aos outros residentes: a maioria dos que ali se encontravam, não eram (segundo os primeiros) verdadeiros refugiados. Segundo eles, só deveriam conceder estatuto àqueles que foram torturados ou perseguidos politicamente, em virtude do seu envolvimento em acções de libertação ou de defesa dos direitos humanos. Portanto, o próprio alegado sofrimento porque uns e outros passaram, não se configurava para alguns, como motivo que justificasse a protecção do governo português. Não existia por isso, uma solidariedade cega pelo facto de todos ali, residentes no Centro, serem considerados refugiados e estarem "em sofrimento". Antes pelo contrário. Esta disputa pelo direito a usar aquele Centro como lugar inicial de protecção, ou para beneficiar dos escassíssimos empregos disponibilizados pelo Centro de Emprego, servia igualmente de reforço para outros conflitos com origem na classe social, na instrução, no próprio uso do espaço comum. Eram também frequentes as acusações sobre a falta de higiene de alguns residentes, quer no uso dos quartos quer no uso da cozinha, como também era frequente existirem manifestações de racismo. O racismo manifestava-se particularmente por parte das mulheres Iranianas, Iraquianas, Russas e demais origens da Europa do Leste. Frases como "os africanos são porcos, não têm educação, não sabem respeitar o que é dos outros, não se importam de viver na porcaria" eram proferidas em voz alta, e em tom provocatório. Esta dimensão do racismo (estrutural porque generalizado) manifestava-se particularmente nas relações sociais da vida quotidiana, ao serem incorporadas nela. Outros "grupos" visados por críticas mais ou menos ferozes, mas por motivos de origem sexual, eram os constituídos por mulheres colombianas. Estas eram frequentemente acusadas pelas outras mulheres por terem segundo elas, demasiada liberdade sexual, tentando os homens aí residentes (brancos e negros) com os seus "vestidos justos, decotes profundos e atitudes insinuantes". Pelo que me foi dado presenciar, estas críticas não surtiam qualquer efeito intimidatório nas

[70] A ser verdade a queixa deste requerente de asilo, ela vem consubstanciar mais uma vez a ideia de que alguns técnicos do CAR se sentem impotentes para um tipo de atendimento mais específico no domínio da saúde, dado que nunca tiveram uma formação adequada nesta área. Nas entrevistas que efectuei, era notória a dificuldade na assistência devida aos refugiados no domínio da saúde, remetendo frequentemente para o Serviço Nacional de Saúde a responsabilidade de criarem condições para atenderem as populações específicas como os refugiados que, na opinião destas técnicas, deveria dispor de um serviço de tradução permanente.

mulheres solteiras colombianas. Eram das únicas que, sem a barreira imposta pela religião ou pelos trajes dissimuladores do corpo, como os saris ou as burcas, assumiam sem condicionalismos, poses de sedução direccionadas a alguns dos rapazes africanos ou asiáticos aí presentes, aliás aparentemente correspondidas.

Como disse, o espaço da cozinha era o lugar preferencial para o estabelecimento de relações entre os residentes (como iremos ver mais adiante). Estas relações tanto podem ser potenciadoras de redes sociais embrionárias, como o contrário: espaço de conflito e disputa pelos bens alimentares pessoais, nela armazenados. Quanto ao primeiro caso, salientam-se as pequenas solidariedades entre por exemplo as mulheres mais velhas e os menores não acompanhados do sexo masculino. Estes, por não estarem habituados a cozinhar, acabavam por fazer uma alimentação frugal, de acordo com o seu nível muito elementar de conhecimentos culinários. Eram por isso normalmente convidados pelas mulheres mais velhas para a partilha das refeições preparadas por elas, dando-se início por vezes a relações funcionais, análogas às de parentesco, espacialmente e temporariamente localizado, no sentido em que se criam relações de interdependência baseada na hierarquia, no cuidado, na protecção por parte das mulheres mais velhas, e também de dependência e respeito por parte dos menores. Quanto ao segundo caso (conflito e disputa), ele surge por motivos muito variados, como por exemplo o roubo de alimentos, a alegada falta de higiene de alguns residentes, a alegada ausência de organização de um espaço que se supõe colectivo. Contudo, a cozinha constitui um lugar que se reveste de particular importância para os residentes, uma vez que, para além dos quartos onde existe uma certa autonomia e auto-responsabilização em relação à arrumação e organização dos mesmos, é apenas a cozinha onde existe de facto algo que implica acção e agencialidade, e onde com algum esforço, os requerentes de asilo podiam dar continuidade aos hábitos alimentares provenientes do seu contexto cultural e geográfico de partida.[71] Poder cozinhar os seus próprios alimentos, é coisa que não existe na maioria dos Centros para refugiados dos outros países europeus. É na minha perspectiva, algo a louvar na concepção e objectivos na gestão deste Centro da responsabilidade do CPR, deixando antever a importância que é dada à autonomia (ainda que relativa) dos seus residentes.

[71] Após algum tempo de permanência no Centro e uma vez experimentadas as rotas dos transportes que os levam ao centro de Lisboa, alguns dos requerentes de asilo – homens ou mulheres – adquirem produtos alimentares aos imigrantes/comerciantes informais, provenientes da mesma região geográfica. Estes imigrantes vendem não só alimentos como também ervas e produtos medicinais. Localizam-se normalmente no Rossio ou na Praça do Martim Moniz.

Apesar da aparente serenidade de ânimos durante o dia e enquanto estavam presentes os funcionários do Centro, após as horas de expediente, a tentação para romper as regras impostas parecia aumentar, ludibriando mesmo a presença de um ou dois seguranças:

> "Há muita coisa que se passa lá dentro e que ninguém sabe cá fora…o Centro não é seguro. Roubam-se coisas uns aos outros, fuma-se nos quartos e nas casas-de-banho apesar de ser proibido, todos mentem para conseguir alguma coisa. Também há encontros sexuais entre homens e mulheres, mas esses são mais escondidos…Ninguém quer ficar lá muito tempo. A maioria, logo que pode, prefere alugar um quarto e sair de lá. Lá é muito confuso…" (conversa com um dos requerentes de asilo).

Um outro factor está relacionado com a importância das comunicações virtuais. Não era rara a vez em que chegava à sala de estar do Centro, e me deparava com aquilo que aparentava ser uma animada conversa entre os vários jovens (rapazes em maioria) sentados no sofá super-lotado. Pouco a pouco, com mais atenção, reparava que afinal, cada um falava um idioma diferente. O único elemento comum reside no facto de que todos falavam para os respectivos telemóveis. Quando ocasionalmente lhes perguntava sobre essas conversas de telemóvel, diziam-me que falavam com as suas famílias ou amigos, localizados em África, na Ásia, na América Latina, ou então na Bélgica, Alemanha, França, Inglaterra. As conversas com os familiares ou amigos, giravam sobretudo em volta das notícias em torno da recente experiência de asilo, ou da (secreta) possibilidade de viajar o mais rápido possível para junto dos familiares imigrados na Europa, a fim de encontrar trabalho e reactivar as redes familiares. Muitos requerentes de asilo recém-chegados ao Centro desapareciam de um dia para o outro, sem informar os funcionários do Centro da sua repentina saída. Aos companheiros mais próximos, diziam que iam ter com a família imigrada na Europa.

> "Nesta festa de Natal, o meu colega de quarto e mais três rapazes da Somália saíram do Centro. Disseram-me que iam para Inglaterra. Uns têm lá família, outros têm lá amigos. Todos os que têm família na Europa querem-se ir embora de Portugal. Aqui só fica quem não tem família, ou os que têm a família com eles e já arranjaram trabalho" (conversa com um dos rapazes no CAR).

Estar conectado, via telemóvel ou mesmo via Internet, constituía uma parte essencial no alívio dos seus temores. A maior parte do dia era passada nas conversas virtuais, via

Internet ou telemóvel. Por outro lado, não receber chamadas, era visto como desprestigiante e até motivo de troça, pelo menos entre os jovens. Alguns deles – aqueles que efectivamente não tinham família viva nem na Europa, nem nos países de origem – pediam-me em segredo que lhes telefonasse a certa hora – coincidente com a hora de encontro colectivo na sala de convívio – a fim de poderem demonstrar aos outros, que eram igualmente solicitados e lembrados na sua ausência. Refere Renato Rosaldo, no livro que organizou com J. X. Inda, *The Anthropology of Globalization: a Reader*, a propósito dos usos da Internet ou telemóvel no mundo globalizado onde também os imigrantes circulam:

> "Imaginem o sistema da Internet, que liga utilizadores de computador. Ou a rápida circulação de migrantes que atravessam fronteiras nacionais (…) Também estes «fluxos» fazedores do mundo não são apenas interligações, mas igualmente formas de forjar novos canais e remapear as possibilidades geográficas" (Inda e Rosaldo 2002: 453).

Esta necessidade de contacto constante com os parentes, através da Internet e do telemóvel, justifica-se pela necessidade simbólica de aproximar fisicamente o que está longe, ou em trânsito. Na urgência do contacto, do conforto de uma voz conhecida, os *locais* territorializados perdem a sua importância face aos *espaços* – ainda que cibernáuticos. A escala dos contactos tem-se vindo a modificar, tornando as fronteiras espaciais mais porosas. Os contactos entraram também numa dimensão mais imediata e no caso dos refugiados, mais urgente e até apaziguadora.

A sala de convívio, em particular o espaço ocupado pelo sofá em frente à televisão, era um espaço preferencialmente masculino. Não quer isto dizer que este espaço não fosse também ocupado pelas mulheres. Contudo as mulheres que o utilizam ao mesmo tempo que os homens, correspondem a um perfil específico: são jovens, solteiras e sem família presente no Centro. Na sala de convívio, um outro elemento importante na conexão com o mundo exterior, é a televisão. Uma vez que não é permitido colocar televisões individuais nos quartos (apenas são autorizados transístores), a televisão colectiva, adquire várias funções, nomeadamente: a) actualização face às notícias dos países de proveniência dos residentes, através da sintonização preferencial de canais internacionais; b) entretenimento e distracção (escolha preferencial de filmes de acção); c) aprendizagem informal da língua portuguesa (particularmente eficaz após adquiridas algumas aulas de português com a professora do Centro). Por vezes, a televisão permanece acesa mas sem ser olhada, com

outra função para além da ajuda à passagem do tempo. O tempo que não passa… a espera constante, é um dos sentimentos mais dominantes e certamente, um dos mais angustiantes, com que se confrontam os requerentes de asilo.

Carolina Kobelinsky (2010), no seu recém-publicado livro *L'accueil des demandeurs d'asile: une ethnographie de l'attente*, chama a atenção para o carácter político da espera, imposta aos requerentes de asilo. Refere a autora:

> " …A espera constitui uma espécie de grelha de leitura a partir da qual se torna possível examinar o tratamento quotidiano dos requerentes de asilo. (…) Por política da espera entendo igualmente a relação estreita entre a experiência da espera e o exercício do poder" (2010: 22).

A teoria da autora – que eu partilho, em função do observado ao longo destes quatro anos – é que a *espera* permanente a que os diferentes Estados e instituições que lhe correspondem, sujeitam os requerentes de asilo, não é uma espera natural: "L'attente, en tent que forme temporelle, est un produit et une construction" (Kobelinsky 2010: 22). Esta espera "não natural", adquiriu maior significado a partir do momento em que começaram a apertar as políticas de controlo de fronteiras (após o 11 de Setembro), que adoptaram uma atitude de desconfiança sistemática, face às razões subjacentes aos pedidos de asilo, restringindo cada vez mais a atribuição de estatutos.

> "Passamos o tempo todo à espera. Obrigam-nos a depender deles para tudo. Primeiro temos que esperar muitos dias no aeroporto. Depois quando aqui chegamos, esperamos horas e às vezes dias para sermos atendidos pela assistente social. Aqui (CAR), como não temos nada para fazer, andamos por aqui a ver a televisão, ou à espera para usar a Internet. Vamos ao Centro de Saúde e temos que esperar horas e horas. Vamos ao SEF e passamos lá um dia inteiro à espera que nos chamem. Esperamos que chegue a autorização do subsídio da Segurança Social. Fazemos cursos disto e daquilo, depois ficamos meses e anos à espera que nos chamem para um trabalho. Mas o pior mesmo, é ficar tantos anos à espera que saia o estatuto de refugiado. Enquanto não o tivermos (pode demorar entre 5 e 8 anos), nunca estaremos verdadeiramente integrados na sociedade portuguesa. Penso que é isso que querem: que a gente desista de esperar e que nos vamos embora para sempre deste país. Se não nos querem dar o estatuto para que é que nos reconheceram como requerentes de asilo? Há muitos que desistem de tanto esperar, sem fazer nada… Acabam por ir embora daqui, tentando a sua sorte como imigrantes ilegais noutro país europeu onde pelo menos há trabalho. Como é que se pode passar uma vida a depender dos outros? Isto não é nada bom para a nossa saúde. Porque é que não nos

> deixam dar o nosso contributo? Portugal está assim tão bem que não precise de gente válida para trabalhar?! Eu só espero porque não tenho para onde ir, mas assim que tiver documentos, vou-me embora daqui. Estou farto de tanto esperar. Mas também é muito mau que nunca nos expliquem exactamente porque é que temos que esperar. Nem no Centro (CAR), nem no SEF, nem em lado nenhum. Ninguém nos respeita verdadeiramente..." (requerente de asilo, Setembro de 2009).

A obrigação da espera, portanto, pode ser interpretada como uma forma de submissão. O tédio que ela provoca, numa perspectiva de saúde mental, acaba por ser prenúncio de conflitos individuais e colectivos, intensificados por um forte sentimento de inutilidade. Todos os requerentes de asilo e refugiados com quem contactei, eram unânimes em afirmar o seu desespero pela condição a que eram submetidos. Se por um lado, os primeiros dias passados no Centro, eram encarados com alguma sensação de alívio em relação ao que tinham vivido até ali, por outro lado, era um alívio vivido sem plenitude, uma vez que sabiam que era obrigatória a saída dentro de pouco tempo. O futuro configurava-se pois, como uma enorme incógnita. O Centro, apesar de ser reconhecido pela maioria como um "abrigo", não deixava de ser igualmente, um lugar de incertezas e dependências, uma fronteira simbólica e espacial em relação à sociedade portuguesa, um lugar entre parêntesis num contínuo de fuga e luta por um reconhecimento na sociedade.

3.6 – Entre técnicos e refugiados: experiências etnográficas e metodológicas no contexto institucional

Acesso controlado: A antropóloga em trabalho de campo na instituição

> "Para saber como conhecer melhor, é necessário conhecer melhor como nos organizamos para conhecer" (García Canclini 2005: 139).

Não é fácil definir com precisão qual a metodologia que se pretende seguir, quando se inicia uma investigação. Partindo do princípio de que ao longo da anterior formação em antropologia, aprendemos quais os métodos clássicos que se devem aplicar e que incluem grosso modo, a leitura e análise bibliográfica, a observação participante, as entrevistas abertas e ou semi-estruturadas, as histórias de vida, e até nalguns casos, os questionários ou o recurso a estatísticas, é contudo o terreno, que nos vai indicando a

cada passo, quais as metodologias mais pertinentes. Não é apenas a aplicação das regras metodológicas que orienta o investigador para a qualidade da pesquisa. Neste caso, foi a relação estabelecida no quotidiano, que veio definir o tipo de metodologia a aplicar com cada um dos interlocutores. Se em relação aos refugiados, prevaleceu o recurso à observação participante, às entrevistas e histórias de vida, em relação aos técnicos da instituição (CPR), foram utilizados para além da observação participante, as entrevistas. Quanto aos médicos, foram também aplicadas entrevistas, para além da observação participante nos casos em que acompanhei os refugiados à consulta (tal como referido na Introdução). Contudo, saliento que as ferramentas metodológicas utilizadas frequentemente pela etnografia, revelaram-se nalguns casos insuficientes para lidar com o terreno que iria encontrar. O isolamento temático em Portugal, e a impossibilidade de trocar pontos de vista, dúvidas e emoções, com outros colegas que tivessem tido a mesma experiência de terreno com refugiados (como se faz por exemplo na psicologia em terapia de grupo), sobre o reflexo do sofrimento daqueles que comigo partilharam as suas vidas, fez-me por vezes vacilar quanto à continuação da minha investigação. Quiçá no futuro possa vir a discutir-se a pertinência de novas metodologias no campo da antropologia, mais adequadas aos terrenos (agora mais próximos de nós) que implicam sofrimento e pedidos expressos de ajuda, por parte dos nossos informantes.

O primeiro passo em direcção ao trabalho de campo, foi dado com a marcação de uma entrevista com a directora do CPR. Nessa entrevista expliquei quais os meus objectivos, esclarecendo que pretendia fazer um doutoramento sobre a saúde física e mental dos refugiados e requerentes de asilo. Aclarei que o tipo de pesquisa envolvia necessariamente a minha presença no quotidiano dos refugiados aí residentes, pois uma das principais metodologias implicava a necessidade de fazer uma observação participante, para além de também vir a realizar entrevistas e histórias de vida. Ofereci-me para desenvolver qualquer trabalho voluntário que a instituição me designasse, mostrei-me disponível para dar apoio às aulas de português, tradução de espanhol, francês e inglês. Todavia, esta possibilidade foi declinada, embora com o decorrer do tempo, acabasse por ser contactada inúmeras vezes pelas técnicas de serviço social, com o pedido expresso de acompanhamento dos requerentes de asilo às consultas no Centro de Saúde, e também às consultas de psiquiatria, o que veio a configurar-se como uma excelente forma de poder realizar a minha pesquisa, uma vez que esse interface entre os requerentes de asilo e os médicos, constituía também um dos meus objectivos. Durante esta primeira reunião, a Directora do CPR deu-me a conhecer a razão principal que a

levava a aceitar a minha presença no CAR: o facto de já conhecer e (segundo ela) apreciar o meu trabalho enquanto ex-técnica de antropologia da Câmara de Loures, responsável pela articulação com o CPR. Contudo, esclareceu-me desde logo que não seria possível fazer um trabalho de campo diário na instituição porque "*iria alterar e interferir nas rotinas quer dos técnicos, quer dos refugiados*". Assim, com alguma surpresa e consequente preocupação da minha minha parte, foi-me dito que poderia ir dois dias por semana ao CAR, e de preferência da parte da tarde, para que não interferisse nos horários de refeição dos residentes. Este seria o primeiro momento em que senti que o acesso livre aos refugiados iria ser constantemente negociado – se não mesmo altamente condicionado – pela instituição que acolheu a minha pesquisa. Uma das frases registadas nas primeiras páginas do meu caderno de campo, diz o seguinte: "Abordagem metodológica: como fazer trabalho de campo aqui, sem ser directamente associada pelos refugiados à instituição controladora?" De acordo com Panagiotis Geros (2008), a primeira responsabilidade ética do antropólogo, é para com a população que pretende estudar e implica noções como confiança, respeito, consentimento informado, confidencialidade e reciprocidade. Porém, a meu ver, existem diversas camadas de responsabilidade ética quando se pretende fazer trabalho de campo numa população que está ela própria institucionalizada e sujeita a regras de controlo.

A ambiguidade das relações instala-se, os compromissos em relação ao trabalho que pretendemos realizar podem alterar-se, o controlo por parte da instituição revela-se e subreptíciamente, vai criando condicionamentos no acesso livre à população que se pretende estudar.

A ética na investigação, sabemos, é ela própria condicionada pela política. A política está presente nas instituições com que nos relacionamos, nos pontos de vista dos nossos interlocutores e sem dúvida na nossa maneira de ver e percepcionar o mundo. A ética, por sua vez, constitui um conjunto de princípios, de deveres e regras de conduta, que estão presentes nas relações e obrigações que estabelecemos com os sujeitos alvo da nossa análise. No caso desta investigação, a ética que balizou a relação com os refugiados, e com as instituições, implicou sempre o princípio da transparência dos meus objectivos e da garantia da confidencialidade em relação aos meus informantes. Nos escritos aristotélicos, a Ética implica grosso modo, a boa conduta, o "bem". Contudo, esta está permanentemente dependente da estrutura política e por conseguinte, das estratégias de organização dos seres humanos em torno de um princípio ou de uma causa. Logo existem várias perspectivas por vezes contraditórias

sobre a noção de bem. A ética e a política dependem portanto de convicções em torno de um assunto, ou de uma causa. Essas convicções podem entrar em contradição, dependendo do lugar que se ocupa, na constelação de relações estabelecidas. Neste caso, colocavam-se em relação várias perspectivas ou lógicas de poder: o poder da direcção do CPR que determinava a forma como eu me iria colocar e relacionar no espaço, o poder dos refugiados que controlavam o que me iriam ou não dizer (manipulando até, por vezes, o seu sofrimento), o meu poder de registar por escrito aquilo que resultou da minha própria interpretação sobre o observado.

Colocavam-se portanto as seguintes questões: até onde a instituição (CPR) pretendia revelar os seus segredos à investigadora?; até que ponto pretendia proteger os refugiados da "curiosidade" científica da antropóloga?; até que ponto a instituição se sente ela própria fragilizada pela minha presença, quando necessita provar constantemente a excelência do seu trabalho e das suas acções, perante políticos e financiadores de quem depende, para poder garantir a sobrevivência da instituição e por conseguinte, a sobrevivência da população que pretende acolher?

Durante os quatro anos de idas contínuas ao CAR, nunca senti que a minha presença fizesse já parte da rotina anteriormente experienciada por um antropólogo em trabalho de campo. Nunca senti facilidade em entrar/estar à vontade, mexer-me pelo espaço, falar livremente quer com os técnicos da instituição, quer com os próprios refugiados (tal como experienciaram os meus colegas que aí trabalharam como voluntários). No meu caso, todas as idas ao CAR, eram sistematicamente renegociadas, devendo-se sobretudo a dois factores: a forma de entrada no espaço do CAR, e a rotatividade dos refugiados nessas instalações.

O primeiro factor relaciona-se com a forma como se entra - literalmente - nas instalações do Centro: ao passar a porta principal, a primeira coisa a fazer obrigatoriamente, é dirigirmo-nos ao segurança sentado atrás do balcão da recepção. Apesar de ter repetido esta performance praticamente todas as semanas durante quatro anos, nada mudou para mim, entre o primeiro dia de trabalho de campo em Abril de 2007 e o final de 2010.

> "– Bom dia, como está Sr. N? Posso entrar?
>
> – Olá doutora Cristina, como vai? Espere um pouco que vou anunciar a sua chegada à doutora [directora do CAR]. Pode-se sentar que ela ainda vai demorar um bocadinho. Deve estar em reunião… (decorrem alguns minutos mais ou menos compridos,

> dependendo do nível de ocupação da directora). Já pode entrar. Aqui está o seu cartão de identificação para colocar ao pescoço (neste cartão pode ler-se a palavra "visitante"). Leve também a chave para entrar no gabinete de saúde. (…). Sabe como é dr.ª Cristina, cumpro ordens da direcção. É assim que me disseram que tenho que fazer com toda a gente que aqui entra…"

A minha presença "forçada" na sala da recepção, veio a configurar-se como um excelente posto de observação dos momentos da primeira entrada de alguns refugiados no CAR. A saída do táxi que os traz directamente do aeroporto, o tempo de espera para serem atendidos pela primeira vez pelas assistentes sociais, as chamadas por telemóvel ou por telefone fixo aí colocado, (em idiomas que eu não entendia) e por fim o cigarro solicitado, já em francês ou inglês, ou o pedido de explicação sobre o funcionamento das chamadas para a Bélgica, França ou qualquer outro lugar, funcionaram para mim, como um primeiro despoletar de conversa que com sorte, seria continuada já no interior do Centro.

E assim foi durante todos os dias da minha presença no CAR. Sempre recebida com cordialidade e simpatia, quer pelos técnicos, quer pelos dirigentes do CPR/CAR, quer por todos os funcionários (alguns deles refugiados em Portugal há vários anos). Contudo, esta cordialidade quase formal, era também uma espécie de aviso por mim interpretado como: "está aqui por favor… não pertence à instituição… o acesso aos refugiados só se dá quando, como e com quem, a direcção entender". O cartão de identificação que devia colocar ao pescoço, era também para mim uma fonte de problemas, na medida em que não pretendia que os refugiados me vissem como alguém pertencente ao CPR/CAR, uma vez que isso iria condicionar a forma como eles próprios me interpretavam, e particularmente, iria condicionar o que iriam ou não, conversar comigo. Ou seja: como antropóloga, passei também a estar culturalmente situada, "culturalmente disponível para investigação", por parte daqueles com quem me relacionava: era interpretada, questionada, localizada e inserida num espaço de estudo constituído quer pelos trabalhadores da instituição, quer pelos próprios refugiados que acediam falar, ou não, comigo. A representação de mim própria e a representação dos outros com quem me relacionava, passaram a constituir um espaço preferencial de relação, marcada por encontros e desencontros. Assim, inicialmente conectada, via

cartão de "visitante"[72] com o CPR, colocava em risco a necessidade de garantir o consentimento informado por parte dos refugiados, sem que estes me identificassem com a própria instituição.

Desde o início da minha investigação, percebi que o medo e a necessidade de segredo, iriam filtrar as narrativas dos refugiados. O medo era a condição de quase todos os refugiados nos primeiros dias de chegada ao CAR: um medo entranhado no olhar, um medo ancestral, originado no passado, mas que se estendia pelo presente e nos dias que estariam por vir. Medo do CPR, medo do SEF, medo da rua lá fora, medo do país que desconheciam, e do futuro que aparentemente não dominavam. Este medo, em parte, relacionava-se também com o segredo. O segredo sobre as suas verdadeiras histórias, as lembranças tortuosas que por vezes, não são feitas para serem contadas, nem sequer pensadas, o segredo relativamente aos seus verdadeiros itinerários que um dia por acaso os fez chegar, sem perceberem muito bem como, a Portugal. Na maior parte dos casos, o medo de não receberem a autorização de residência em Portugal, ou de não encontrarem aqui um emprego.

Uma das minhas principais preocupações consistia desde logo, em assegurar aos refugiados de que eu não fazia parte do CPR nem do SEF, e que portanto as suas narrativas e a sua verdadeira identidade iriam ser confidenciais e não usadas para outros fins jurídicos ou policiais. As explicações quanto aos meus objectivos, eram encaradas com alguma relutância, e tive razões para supor que naturalmente, os próprios autocensuravam os seus discursos. No início, este ia ser o maior obstáculo da minha investigação. O recurso às gravações ou mesmo ao registo de notas no caderno de campo só passaram a ser possíveis quando já existia alguma relação de confiança entre mim e os requerentes de asilo. A razão desta desconfiança inicial relativa aos meus reais objectivos, quanto a mim, deveu-se em parte à intervenção/mediação condicionada pelo CPR. Nas primeiras semanas, eram os dirigentes do CPR/CAR que com bastante diligência e simpatia, me indicavam as pessoas com quem eu podia, ou mesmo devia, falar. Houve dias em que os técnicos do CAR me telefonavam pedindo que não fosse naquele dia ao Centro, com o argumento de que não estavam lá os técnicos para me ajudar. Mesmo quando mostrava alguma resistência a esse pedido, explicando que os refugiados estavam à minha espera pois já havia agendado entrevistas com eles, e

[72] Neste cartão, o que era imediatamente identificado pelos requerentes de asilo era o símbolo do CPR, não a palavra "visitante" que, além do mais, estava apenas escrita em português.

portanto, não me parecia bem falhar um compromisso,[73] era-me dito de forma inequívoca que naquele dia não podia ir. De igual modo, faziam-me também saber que não era bem vista a minha conversa informal com os residentes pelos corredores do CAR, "desterritorializada" do gabinete a que me confinaram.

Os homens ou mulheres com quem primeiro contactei, resultaram da mediação imposta pelo CAR. Os meus primeiros interlocutores, sentiam-se visivelmente pouco à vontade com este papel que eram impelidos a desempenhar. Acontecia por vezes perguntar-lhes se sabiam qual a razão pela qual os técnicos os haviam encaminhado para conversarem comigo. Invariavelmente respondiam-me que não sabiam e que os tinham ido buscar ao quarto com a indicação expressa de me encontrarem para comigo falar. Houve outros momentos, em que recebia uma chamada da assistente social pedindo-me subtilmente para acolher em minha casa uma rapariga jovem refugiada, nem que fosse por um fim-de-semana, com o pretexto de que "ela não andava muito bem mentalmente" e que precisaria de alguma distracção e convívio fora do Centro (segundo esta técnica, eu teria possivelmente condições de lhe garantir essa distracção, uma vez que na minha família existiam vários jovens da idade desta rapariga). Esta e outras situações, levou-me a considerar a hipótese de que o CPR não tinha literalmente resposta sociais e de saúde, adequadas às necessidades concretas de alguns refugiados.

A mediação bem-intencionada mas forçada, acabou por condicionar negativamente as entrevistas com os refugiados. Foi necessário passar muito tempo e contornar muitas barreiras espaciais e simbólicas, para que os refugiados não me vissem como um membro do CPR, ou mesmo como uma "polícia do SEF disfarçada", também pelo facto de estranhamente eu "ser muito curiosa e fazer muitas perguntas". Só vim a saber disto mais tarde, contado com ironia pelos próprios refugiados e requerentes de asilo com quem me relacionei. Eu própria sentia alguma dificuldade em me apresentar, dizendo qual a razão da minha presença ali. Não tinha aparentemente, nada para lhes oferecer em troca, nada que lhes desse pelo menos resposta às suas necessidades. A abordagem dessa questão estava também ela condicionada pelos interlocutores com quem falava. Para alguns, em particular para aqueles que possuíam uma formação académica, funcionava a minha apresentação como "aluna fazendo um trabalho universitário sobre a saúde dos refugiados". Para outros, mais distantes de qualquer

[73] Particularmente com os refugiados, que tanto se queixam – com razão – de que todos (técnicos, instituições) lhes dizem para esperar por algo, sem que essa espera seja verdadeiramente justificada ou pelo menos recompensada.

relação com a vida académica, a explicação consistia principalmente na minha vontade de saber quais eram os seus anseios, as suas necessidades, ou até como os poderia ajudar na relação com os médicos do Centro de Saúde ou CAVITOP. Evidentemente que ao assumir esta minha predisposição para os ajudar neste domínio,[74] associada ao facto de me terem remetido para um gabinete identificado como "espaço de saúde", colocou-me, bem ou mal, no universo dos refugiados a partir do "lugar" destinado àqueles que têm como missão "cuidar" deles, abrindo um espaço de interpretação do "eu" associado a "doutora"/"médica" ao qual eu também não pertencia. Portanto, esta imagem associada a mim, também devia ser desde logo desconstruída, o que sem dúvida demorou algum tempo, pois compreendi que este papel de "mediadora de saúde", era algo que a maior parte dos refugiados identificava como útil e necessária, em particular pelas enormes fragilidades sentidas por eles neste domínio, e pela vontade constante de encontrarem alguém que os escutasse, e sobretudo lhes dedicasse tempo e atenção.

Como consequência desta abertura para a escuta, e ao fim de algum tempo, não era raro encontrar filas de refugiados que esperavam a minha chegada para poderem depois entrar (no gabinete que me foi indicado), sentar-se e conversar comigo durante horas, contando-me a sua história, partilhando comigo os seus receios e aspirações e também nalguns casos, usando o seu sofrimento (legítimo) para manipularem a minha própria atenção privilegiada, em relação aos que podiam demonstrar esse sofrimento, através da exibição das marcas de tortura. Tal levou-me a considerar que nos refugiados, mesmo no papel de vítimas, existe uma voz simbólica que tendem a manipular, ainda que silenciosamente.

Mas foi sobretudo o tempo, e a partilha de longas conversas já fora do contexto da instituição, que se revelaram como condição *sine qua non* para poder verdadeiramente garantir confiança e àvontade dos meus interlocutores, de modo a que conversassem livremente comigo sobre a sua vida, as preocupações e a ansiedade face ao futuro.

[74] Esta "ajuda" consistia essencialmente na explicação do modo de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, na marcação de consultas desejadas, no acompanhamento à consulta, com a inevitável mediação linguística sempre que tal era possível, na compra de medicamentos receitados pelos médicos e na (re)explicação da toma desses medicamentos, numa linguagem mais acessível e sobretudo com mais tempo e paciência. Por vezes, eram os próprios que a seguir a uma entrevista insinuavam subtilmente que precisavam da minha ajuda. Essa ajuda poderia ser de vária ordem: ou pedindo-me dinheiro para comprar um cartão de chamadas telefónicas, ou pedindo-me para lhes comprar os medicamentos que o médico lhes tinha receitado. Esclareço que esta última situação ocorria apenas quando os requerentes de asilo já não recebiam a ajuda financeira do CPR para a compra de medicamentos.

Foram também muitas as angústias e tensões que senti, ao longo do trabalho de campo. Não estava preparada para escutar narrativas tão dramáticas e tão devastadoras. Houve dias em que não consegui dormir, outros em que auto-percepcionava uma certa relutância em ir de novo para o Centro. A ausência de um lugar ou grupo académico onde eu própria pudesse partilhar as narrativas escutadas, com outros investigadores que tivessem tido a mesma experiência, contribuiu para a angústia de alguns dos meus dias. A escuta das torturas, das vidas despedaçadas pela violência, do sofrimento e até da verbalização da intenção de suicídio provocado pelo desespero total dos meus "informantes", colocou-me num dilema: era para mim muito mais difícil garantir uma qualquer isenção científica ou académica que me afastasse da ideia de privilegiar através da escrita, um grupo em particular: o dos refugiados. Tal como refere Geros:

> "No meu caso, é claro, não se tratava de intervir activamente em lutas sociais e defender as causas de um determinado grupo, como acontece com outros casos etnográficos. Os meus dilemas tinham mais a ver com o favorecimento de uma determinada perspectiva. (…) A «multivocalidade», embora seja um elemento necessário da prática etnográfica actual, parece estar mais interessada nas políticas da representação do que nas forças, mecanismos e relações desiguais de poder mais gerais que estruturam as vidas daqueles que estudamos e que beneficiam algumas pessoas em detrimento de outras. Apesar das suas proclamações (Clifford e Marcus 1986), esta perspectiva – que ganhou ampla aceitação nos círculos académicos – tem-se centrado mais sobre a poética do que sobre a política da etnografia" (Abu-Lughold 1991: 149)" (Geros 2008: 111).

No que me diz respeito, pareceu-me importante assumir posições ao nível da escrita e da análise etnográfica, sem pretender reclamar isenção científica que mascarasse as minhas convicções pessoais. Foi essa a principal razão que me levou a desenvolver um projecto de investigação/acção durante o ano de 2009 sobre a saúde dos refugiados. Em parte, ele justificava a minha presença no campo, ou seja: para mim, era cada vez mais penoso assumir o papel de investigadora com uma tarefa a cumprir – a escrita de uma tese de doutoramento – sem dar nada em troca e em tempo útil, àquelas pessoas que me contavam as suas vidas, os seus sofrimentos, os seus anseios e que por vezes me pediam literalmente, ajuda. Em certa medida, e no caso concreto desta investigação em que os refugiados não se limitavam a partilhar comigo as suas ideias, saberes e sofrimentos, mas também me pediam algo em troca, apropriar-me do seu

sofrimento e das suas vidas com o objectivo único de cumprir o meu plano académico, parecia-me demasiado injusto e redutor.

Tal como refere Manuela Ivone Cunha em relação ao seu trabalho de campo com as reclusas de um estabelecimento prisional, também eu tive a percepção de que a minha relação com os refugiados era condicionada por um dever de reciprocidade:

> "… eu sentia um especial dever de retribuição para com as detidas, pois conhecia o valor que elas atribuíam à informação (…) Partilhar a informação com alguém implica estabelecer um laço marcado por uma permanente exigência de reciprocidade" (Cunha 1991: 11).

Por outro lado, neste interface de terreno que me situou entre o contexto institucional (CPR) e o contexto da população que pretendia estudar (refugiados), algo teria que ser sujeito a segredo, melhor dizendo: a auto-censura. Nem tudo o que observei em relação às práticas da instituição e em relação às práticas e narrativas dos refugiados, reverteu evidentemente para este registo escrito. A ética, também se aplica na minha perspectiva, ao não dito, uma vez que é necessário estar consciente de que após o registo escrito, o leitor – seja ele académico, político, dirigente associativo, médico, ou refugiado, fará a análise interpretativa que melhor servir os seus propósitos e objectivos.

A ida ao "campo" – evidentemente não no sentido clássico da antropologia, mas no sentido onde prioritariamente se passavam as relações sociais que eu pretendia estudar - configurou-se nesta relação triangular em cujos ângulos se situava a instituição, os refugiados e eu, como um local permanente de fluxos (requerentes de asilo que chegam e que partem incessantemente) e negociação: quando poderia ir; em que espaço me deveria situar, com quem podia falar. Nesta negociação, como em qualquer outra, também existiram "cláusulas" que lhe escaparam. O tempo que despendi com os refugiados nas idas ao super-mercado, nos cafés, no centro comercial, ou mesmo nas conversas de ocasião do lado de fora do Centro, acabaram por ser igualmente produtivas sobretudo porque "não medeadas" pela instituição. O campo configurou-se deste modo não necessariamente relativamente a um espaço concreto, mas a um tema e a um conjunto de pessoas, que permaneciam ou circulavam por um espaço geográfico mais disseminado, onde o Centro era apenas a estrutura a partir da qual os refugiados se relacionavam inicialmente entre eles, e com o tempo, também comigo, sendo também e apesar de tudo, um dispositivo de controlo. O "campo"

estendeu-se igualmente pelas salas de espera dos consultórios onde acompanhava os refugiados, para além das consultas em si, onde invariavelmente desempenhava o papel de tradutora informal. Estes eram para mim momentos muito intensos, em particular antes de entrarmos no consultório do médico. As perturbações mentais de alguns dos refugiados que acompanhei, sublinhadas por gestos repetitivos como por exemplo o de M, um ex-militar bósnio que passando repetidamente com as mãos na cabeça rapada, me dizia: "não quero mais pensar, não quero lembrar-me, mas não consigo esquecer", remetiam-me para a auto-percepção da minha impotência enquanto antropóloga, sem ferramentas metodológicas ou científicas específicas, que pudessem contribuir para minorar o sofrimento daqueles com quem me relacionava.

As conversas nem sempre surgiam fluidas. Por vezes, as narrativas de alguns dos refugiados que diria – mais traumatizados pelas memórias do passado – surgiam em frases soltas, às vezes sem uma lógica ou sequência discursiva, como se de pequenos lampejos de memórias oníricas se tratasse. Outras vezes, a verbalização surgia compulsiva, como uma torrente de palavras sem coerência, impossíveis de serem registadas. Em qualquer das situações contudo, não havia nada que pudesse ser registado naquele momento, em qualquer gravador ou caderno de campo.

O meu "campo", ou "terreno" de investigação foi por isso mais do que um lugar. Foi sobretudo a construção de uma relação (ou os efeitos da mesma), onde se desvelavam as relações entre os refugiados e a instituição (CPR/CAR), entre os refugiados e os médicos, entre os refugiados e eles próprios e finalmente entre os refugiados e eu, através de códigos e práticas por vezes encobertas, que dependiam do tempo e da confiança para serem reveladas e que nem sempre tomavam forma através da verbalização.

Uma outra noção que pretendo observar, relaciona-se com o nosso velho e duplo papel de "observador" "observado". Como referem Sato e Souza (2001), os nossos interlocutores no terreno, também se interessam por saber quem somos, e o que fazemos. Dizem-nos ou silenciam informação em função da percepção (simpatia ou antipatia) que têm de nós. Querem sobretudo saber (e legitimamente do meu ponto de vista) em que ponto é que o nosso interesse na pesquisa, pode reverter a favor dos seus próprios interesses e necessidades. A este propósito, retive uma frase emblemática proferida por um dos requerentes de asilo com quem me relacionei: "Se pergunta, é porque quer ajudar". Pelo menos neste caso concreto, foi isso que aconteceu. A minha relação com esta pessoa passou a ser, paulatinamente, uma relação afectiva e de

cuidado, que se prolongou muito para além do tempo da pesquisa, embora com carácter de excepção.

Quanto a mim, são os temas que escolhemos investigar, associados com a nossa própria história de vida (a qual obviamente não deve manifestar-se enquanto objecto de interesse), que vão determinar o tipo de envolvimento que temos com os sujeitos alvo da investigação e portanto, até com o que pretendemos fazer com ela: se escolhemos ser sujeitos passivos, ou pelo contrário, tentamos transformar do ponto de vista político e social, através do nosso "testemunho científico" o contexto que passámos a conhecer tão bem. Nenhuma investigação é isenta, ou neutra, nem nos seus propósitos, nem nas suas conclusões. Como referem Sato e Souza:

> "Essa atitude investigativa das pessoas do local em relação ao pesquisador, o insere numa relação na qual a assimetria é menor do que ele eventualmente possa imaginar e isso tem implicações diretas para o seu trabalho de pesquisa. Essa assimetria no relacionamento deixa de ser motivo de surpresa, quando vemos a pesquisa de campo como um processo de convivência entre pessoas. Sendo assim, não são apenas as regras e rigores metodológicos que nortearão a qualidade da pesquisa, mas a qualidade do relacionamento entre o pesquisador e as pessoas do local pesquisado" (2001).

Foi pois o tempo, o convívio, enfim, a relação de proximidade e reciprocidade estabelecida entre mim e estes meus interlocutores, que tornou possível um nível mais aprofundado de conhecimento e em particular, de partilha de significados. Contudo, os nossos universos geográficos, culturais e sobretudo de experiência de vida no que diz respeito à experiência da violência, eram evidentemente, diametralmente opostos e incomparáveis. Nos discursos antropológicos, contudo, esta não é uma questão passiva. Sylvie Fainzang (2007a), por exemplo, não é apologista da atitude epistemológica que implica assumir um dos lados, dos campos que investigamos. O seu trabalho, centrado nos discursos e práticas quer de pacientes quer de médicos, conduziu-a à conclusão epistemológica de que o antropólogo enquanto investigador, não deve revelar mais do que aquilo que lhe é exigido enquanto cientista:

> "O princípio fundador deste estudo foi que, para dar um contributo mais útil tanto para o debate público como para o debate teórico, os investigadores precisam de saber como se libertar das suas premissas e pressupostos. Por outras palavras, eles não devem saltar directamente para a arena, não devem tomar partido; em vez disso, eles devem criar as

> condições que lhes permitam compreender ambos os lados do argumento, tanto o dos médicos como o dos pacientes" (Fainzang 2007a: 3).

Tanto Cunha como Fainzang insistem na importância de que o investigador não deve tentar esclarecer (o leitor) sobre a verdade dos discursos proferidos, mas sim, a *lógica* que está por detrás das narrativas dos interlocutores analisados: Diz Cunha no mesmo artigo, mas referindo-se agora à sua experiência de investigação no contexto de um hospital psiquiátrico:

> "Neste contexto, qualquer descrição será dificilmente recebida como "neutra", mais não fosse que por causa da divergência dos sentidos atribuídos ao vocabulário utilizado, ou ainda devido a uma outra tendência muito frequente: a de confundir a análise que o investigador faz de um discurso produzido por um grupo sobre uma realidade com a apresentação da realidade ela mesma. Como sucede (não raro) que este discurso não seja consensual, é então necessário esclarecer que não procuramos estabelecer o seu grau de verdade, mas a sua lógica" (Cunha 1991: 17).

Fainzang adopta uma perspectiva similar à de Cunha. A sua investigação centrava-se como já referi, na análise discursiva de dois grupos (médicos e pacientes), e principalmente no estudo da *relação* entre ambos. Para alcançar o objectivo desta análise, não poderia evidentemente favorecer um dos grupos em detrimento do outro.

> "O objectivo da investigação foi o de destacar as lógicas e mecanismos que estão na base da troca de informações entre médicos e pacientes. As pesquisas envolveram a observação de consultas médicas e depois, separadamente, encontros com médicos e pacientes, com vista a examinar a maneira como o intercâmbio verbal ocorre e descodificar as razões e os mecanismos por trás dos actos e palavras. Esta abordagem levou-me inevitavelmente a reunir os métodos utilizados pelos médicos para informar os seus pacientes, mas também as maneiras como os pacientes transmitem informação aos médicos e as mentiras que uns dizem aos outros" (Fainzang 2007a: 4).

No caso da minha pesquisa, a situação de pesquisa não foi exactamente a mesma, uma vez que, para além da relação entre a instituição (CPR/CAR) e os refugiados, também incorporei na análise, entrevistas aos médicos que atendiam os refugiados, e particularmente, fui espectadora de um desencontro cultural, linguístico, político e terapêutico. Logo, a minha pesquisa centrava-se não propriamente na *relação*, mas sim nos *efeitos ou consequências de uma relação* (ou não-relação). Isto é, na forma como,

do ponto de vista da saúde, era sentida pelos refugiados a ausência de um cuidado apropriado à sua particularidade de saúde física e mental. No que diz respeito à minha experiência com os médicos, julgo ainda necessário esclarecer o seguinte: se por um lado, pelo menos para alguns deles, a minha presença na consulta enquanto acompanhante dos refugiados, era sentida aparentemente como uma espécie de alívio, uma vez que ajudava na tradução, desbloqueando algum constrangimento que pudesse existir na escassa comunicação da relação paciente/médico, por outro lado, já em contexto de entrevista, as perguntas que eu fazia eram aparentemente interpretadas como uma espécie de desafio provocador. Isto é, ainda que admitissem que o Serviço Nacional de Saúde deveria ter capacidade para providenciar mediadores e tradutores que lhes facilitassem a interpretação dos sintomas apresentados pelos refugiados, nunca questionavam a eficácia das suas ferramentas científicas e metodológicas de interpretação da doença.

Apesar de aceitar que o resultado da investigação antropológica é essencialmente um exercício interpretativo, essa investigação não pode ter como base uma *tabula rasa (A. P. Cohen 2007: 109)*, devendo fazer uso de todos os recursos de produção de sentido colocados à disposição do antropólogo. Neste sentido, considero que a minha posição enquanto antropóloga em trabalho de campo preferencial junto aos refugiados, era apenas um dos lados da equação, ainda que com a liberdade e a responsabilidade de interpretação analítica, sobre o que me era dado observar.

CAPÍTULO 4 – 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"
>
> (Diálogo entre o jornalista de guerra Faulques, e Markovic, soldado croata, extraído de *O Pintor de Batalhas* de Arturo Pérez Reverte (ASA, 2006).

No presente capítulo 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 igualmente olhar para o conceito de *corpo* como o cenário onde se reflectem as políticas de integração e exclusão.

4.1 – A história de S [75]

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, 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.

[75] S: Nome fictício. Alguns detalhes desta história, são deliberadamente omitidos para garantir o anonimato do narrador.

Ilustração 7 – Arrancado do contexto

Arrancado do seu contexto social e cultural, ele perdeu os seus referentes pessoais. Desprovido de identidade, existe na linha de contorno do seu corpo.

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. Daí, foi obrigado a fugir para a Líbia onde apanhou um avião para a Guiné Conacri, onde residiu durante algum tempo. O seu principal objectivo era passar daí para os Estados Unidos da América ou mesmo para a Grã-Bretanha, onde se integraria mais facilmente devido ao domínio do idioma.

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 outro navio cargueiro, o qual se encontrava já repleto de imigrantes clandestinos. Esta viagem deveria demorar dez 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. A 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 às poucas casas de banho 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. 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 no 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 aos imigrantes resgatados para as Ilhas Canárias, em Espanha. Posteriormente foi reinstalado em Portugal, tendo ficado um ano no Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR) do Concelho Português para os Refugiados (CPR).

No momento de recolha desta "história de vida/história de trauma",[76] S já não residia no Centro de Acolhimento. Neste local, apenas podem permanecer durante mais tempo os menores não acompanhados, ou alguns casos particularmente vulneráveis. S, que ainda não conseguiu ter a tão desejada casa, partilha um quarto numa casa subalugada, com imigrantes que não conhece. Não possui, tal como a maioria dos refugiados em Portugal, comunidades de suporte facilmente identificáveis. Pretende-se com isto dizer que, apesar de existirem alguns imigrantes da mesma região geográfica de origem, estes raramente estão constituídos em comunidades, residindo em locais dispersos e por isso dificilmente identificáveis pelos refugiados. Acresce o facto de que por razões políticas, o contacto entre os refugiados e imigrantes nem sempre ser encarado como isento de riscos para os primeiros. S, recebe da Santa Casa da Misericórdia[77] 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

[76] 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.

[77] 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.

dificuldade em manter devido ao seu mal-estar físico, e às consultas médicas ou de fisioterapia que tem que frequentar, as quais condicionam a sua disponibilidade.

Relativamente ao apoio psiquiátrico também existiram dificuldades. Após duas ou três consultas no Hospital Júlio de Matos, S decidiu interromper 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), o qual baseou o tratamento na administração de medicamentos ou no conselho de desempenhar uma actividade laboral, como forma de desviar as atenções do seu sofrimento. Este conselho, se bem que hipoteticamente adequado, reflecte em si o desconhecimento por parte do médico das dificuldades sociais com que frequentemente se deparam os requerentes de asilo e refugiados, designadamente nos obstáculos encontrados quotidianamente para encontrarem um trabalho. Este é desde logo o panorama social que leva ao sofrimento dos refugiados e requerentes de asilo.

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 nos ensaios do teatro RefugiActo.[78] Sempre que lhe é possível deslocar-se aos ensaios, S experiencia a 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 ironicamente: "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-me 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.

[78] 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 nos centros de saúde. O grupo de teatro tem como principal mentora a professora de português do CPR, Dr.ª Isabel Galvão.

Quanto às suas narrativas de sofrimento físico, estas consistiam 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 de Acolhimento de Refugiados, 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.

4.2 – 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 vivenciada em contextos de guerra e conflito permanente e posteriormente na luta constante por um apoio e reconhecimento social com base nos direitos humanos já em contexto de asilo, e por fim, a tentativa da antropóloga, 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 aos ouvidos da antropóloga, oriunda de um país que nunca experienciou verdadeiramente um estado de guerra, correm o risco de ser interpretados como imaginação, fantasia dramatizada ou simplesmente delírio lancinante dos narradores.

Os refugiados e requerentes de asilo são, acima de tudo, 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. Pretendem sobretudo ser reconhecidos não como vítimas mas como cidadãos com um contributo válido para a sociedade que lhes deu asilo, lutam por ser autores do seu destino. São instigados pelas instituições de acolhimento a contarem as suas narrativas, calculadas em histórias de trauma relatadas incessantemente (por

exigência destas mesmas instituições) com vista a encontrar apoio das ONG ou das próprias instituições estatais, de modo a obterem documentos que lhes permita residir legalmente na Europa. Algumas dessas histórias foram transmitidas com aparente sofrimento, dramatizadas através do pranto ou manifesta angústia na pose e no olhar. Nem todas vieram a comprovar-se como verídicas.[79] Não serão contudo essas histórias que iremos analisar neste capítulo. 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,[80] até percepcionarem um ambiente seguro e protegido, longe das redes de tráfico ou das máfias (redes internacionais ilegais) que se estendem sub-repticiamente em qualquer lugar.

Para além destes que falam da sua experiência através da história que nos transmitem,[81] 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" como referia Hannah Arendt no subtítulo de *Eichmann em Jerusalém* (2004 [1963]), 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 vitima e ou de perpetrador que, já não se dissolve pelo uso da palavra, dissipando-se no mundo do invisível, nos labirintos do trauma.

[79] 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 lidar.

[80] 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.

[81] Digo "nos" porque eu própria, enquanto investigadora, também lhes solicitava essas histórias. Só após um longo período de aquisição de confiança por parte dos meus "guias", senti que as histórias me chegavam sem filtros, sem receios e sobretudo sem intenções que não o da partilha do sofrimento e sobretudo da revolta.

Enquanto observadora participante nos consultórios de psiquiatria e de clínica geral, testemunhei os olhares angustiados, o frenesim dos gestos involuntários, a constante vigília procurando sinais invisíveis de alarme que pudessem 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, [82] renunciam a prosseguir com as consultas. Para estes refugiados, normalmente vítimas de actividades forçadas como os militares ou as "crianças-soldado", existe a inefabilidade da experiência impossível de ser partilhada, ou sequer compreendida, pelos outros. Esta "experiência extrema" a que se refere Richard Rechtman (1999, 2010) 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 rompante, agredindo e torturando até à morte, pais, mães e irmãos, como se de um filme constantemente repetido em câmara lenta se tratasse.

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

[82] 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 principalmente, o entorno sociocultural, económico e político já no país de asilo.

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 o sentido de pertença, 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, 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 (2004 [2001]), 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, contêm 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:

> "As questões básicas do poder e do conflito social não são apenas ignoradas, mas, pior, são conceptualmente redefinidas como parte de uma doença psicológica individual, dificultando assim ainda mais a capacidade de a pessoa agir sobre a situação. Exagerando um pouco, poderíamos dizer que primeiro temos a guerra e a destruição, e então oferecemos terapias individuais, em vez de mudança social" (2004 [2001]: 14). 152

Do meu ponto de vista, é necessário evidenciar que a própria inserção dos refugiados na sociedade portuguesa, está longe de estar 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 (2004 [2001]), o trauma não pode ser apenas encarado do ponto de vista terapêutico, mas também por uma multiplicidade de abordagens que não devem deixar de considerar os aspectos sociais, políticos, religiosos e espirituais. Estes elementos, dos quais depende o processo de cura e integração dos refugiados e requerentes de asilo, têm que ser considerados não apenas no contexto de guerra e conflito, mas também já no seio da sociedade de asilo.

> "A *violência directa* é episódica, manifesta-se como um insulto agudo ao bem-estar e, normalmente, fere ou mata as pessoas de forma rápida e dramática. Em contraste, a violência *estrutural* representa uma afronta crónica ao bem-estar humano, ferindo ou matando pessoas lentamente através de arranjos sociais relativamente permanentes que são normalizados, privando algumas pessoas da satisfação das necessidades básicas. Há outras diferenças: os episódios de violência declarada são muitas vezes intencionais, pessoais, instrumentais e, às vezes, de motivação política; a violência estrutural é o resultado da maneira como as instituições estão organizadas, privilegiando algumas pessoas com bens materiais e influência política em assuntos que afectam o seu bem-estar, enquanto outras deles são desprovidas. Ao contrário das formas directas de violência, estas estruturas são arranjos sociais relativamente impermeáveis à mudança, e, apesar de as estruturas serem construídas socialmente, normalmente não estão imbuídas de motivos ou intencionalidade… Em íntima relação com a violência estrutural surge a violência cultural, remetendo para a esfera simbólica da nossa existência que reforça os episódios ou as estruturas de violência" (Christie *et al.* 2008: 542).

Momentaneamente apaziguados pelo relato da história de vida – história do trauma, que comigo partilhavam na Bobadela, 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 suficientes para os integrar,[83] na medida em que raramente lhes é garantido trabalho ou

[83] 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) 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 idiossincrasia, 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.

assistência social e financeira adequada às suas capacidades e saberes, 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 oficiais, a eles dirigidas por estes organismos (Centro de Emprego; Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia; Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) apresentados em linguagens administrativas herméticas e incompreensíveis, uma vez que nem a língua portuguesa dominam plenamente. Para mais, a desatenção de alguns "prometidos empregadores" que adiam reuniões e encontros semana após semana, para estágios dos quais os refugiados e requerentes de asilo 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 o seu sofrimento.

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 (1999; Silove, Steel e Mollica 2001; Gerrity, Keane e Tuma 2001), 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 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 o catalogar como subversivo. Mais tarde, já em Portugal, o anonimato perante a sociedade de acolhimento, a dependência do apoio institucional, a falta de reconhecimento do papel social, estatuto ou qualificações, nos países que lhes dá asilo mas não lhe dá reconhecimento enquanto indivíduos válidos à sociedade, 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 rompem 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. Alguns 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 a língua, nem os referentes socioculturais, nem os sentimentos de fé ou de ausência momentânea desta. Este factor remete para a necessidade de olhar para a questão existencial através da possibilidade duma abordagem terapêutica apropriada. Como refere o psiquiatra transcultural R. Mollica, "Traumatized persons are not usually emotionally hardened by violence but are, in contrast, delicately attuned to the nuances of human interactions" (2006: 47).

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 invisibilidade que a sociedade lhes vota, frequentemente por mero desconhecimento da sua existência ou recusa em reconhecer as suas capacidades, remetidos à força para a dependência e o paternalismo de instituições que teimam em não lhes reconhecer o seu contributo enquanto cidadãos.

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 aos seus territórios de origem, 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.

4.3 – O corpo como locus de políticas de integração e exclusão

> "(…) 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" (Csordas 1994: 4).

Aos refugiados, inicialmente, resta-lhes 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 passado e presente. 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 pois processos de subjectivização impostos pelas políticas sanitárias e pelas práticas biomédicas.

De acordo com Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (1987) 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 em particular já no contexto de asilo. 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 socioculturais, 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, passando pelas sevícias corporais na imposição das hierarquias de poder, até chegarmos ao corpo ignorado nos atendimentos das instituições de saúde em Portugal.

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 Schengen), 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).[84] Este "corpo político" que, de acordo com Foucault (1975), é a relação das relações, a relação do corpo do poder com os corpos que ele investe e que lhe resistem e que portanto, está subjacente a todas as outras dimensões, ainda se reflecte nas práticas políticas no campo da saúde que remetem alguns refugiados para a 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 refugiados Palestinianos.

4.4 – Causas e consequências da somatização

É, através deste corpo multidimensional, "threatened vehicule of human beeing and dignity" (Csordas 1994: 4) que os refugiados encontram a linguagem que lhes permite comunicar com o Outro: uma linguagem feita por vezes 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 do 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 Kirmayer e Robbins (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 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. Esta dor, não é apenas uma dor física frequentemente causada pela tortura de confinamento do corpo a espaços demasiado reduzidos onde não cabe a própria pessoa, e que se traduz mais tarde por problemas do

[84] Na maior parte dos casos, este subsídio é de 150 euros mensais. Há que referir contudo que em muitos casos, este subsídio é imediatamente cortado no caso de o refugiado ou requerente de asilo não comparecer no dia e hora determinada por estas instituições.

foro músculo-esquelético que impedem o refugiado de viver o seu quotidiano normalmente, ou de inclusivamente serem obrigados a faltar ao trabalho já de si fisicamente exigente (em particular no caso dos trabalhadores da construção civil), mas é também e principalmente, uma dor de características psíquicas, com reflexos sociais. A dor, não é pois apenas o resultado de um ferimento pontual. Ela é também o resultado das nossas experiências passadas e da nossa memória sensorial (Côté 2009), constituindo-se portanto em particular no caso dos refugiados vítimas de humilhações e torturas, como uma construção social e um *statement* político. Não deve a meu ver ser interpretada somente enquanto uma desordem de consequências físicas, ou sujeitas a uma dicotomia vulgarmente aplicada pela biomedicina que separa o objectivo (físico) do subjectivo (mental). Esta dualidade tem como resultado o tratamento da dor em dois contextos diferentes e raramente relacionados: a dor aguda tratada no consultório do médico e a dor sem causas biomédicas, tratada no consultório da psiquiatria, reenforçando-se assim a hegemonia do conhecimento médico. Contudo, actualmente, já se reconhece que as sensações de dor, bem como a resposta aos estímulos dolorosos, compreendem uma multiplicidade de factores de ordem neurológica, emocional, cognitiva e sociocultural (Turk 2004). A abordagem bio-psico-social tornou-se um epíteto em voga nos contextos clínicos que tratam da dor crónica, em particular naqueles que possuem uma postura interdisciplinar (em que se inclui também os postulados da psicologia social cognitiva (Turk 2004). Contudo, em Portugal e no que diz respeito ao atendimento de saúde dos refugiados (aqui também ousamos incluir os imigrantes e a maior parte da população portuguesa em geral), o enfoque bio-psico-social é a meu ver, bastante mais "bio" que "social", na medida em que não se vinculam os pacientes às condições de tratamento, não existe uma negociação relativa ao uso de determinados medicamentos e respectiva prescrição e sobretudo, não se tem em conta as condições de vida sociocultural, económica e ecológica dos sujeitos, com o fim de saber se os tratamentos prescritos são realmente os adequados. No caso de dor provocada por tortura por exemplo, a prescrição de analgésicos, vitaminas e por vezes neuroléticos (*Leponex*)[85] estão longe de resolver a dor crónica. A, um dos refugiados ex-militar proveniente da Bósnia, que acompanhei às consultas de psiquiatria, queixava-se frequentemente das dores nas pernas defeituosas e repletas de cicatrizes provocadas

[85] O *Leponex* pertence a um grupo de medicamentos denominados antipsicóticos e é utilizado para tratar pessoas com esquizofrenia nas quais outros medicamentos não actuaram (ver bula em http://www.psicosite.com.br/far/anp/bula/leponex-b.htm).

pelos estilhaços das minas. Na cara, no peito e nas costas, as cicatrizes provocadas (segundo o próprio) pelas facadas e pancadas que lhe infligiam enquanto o torturavam, assinalavam o mapa da dor. Das várias vezes que o acompanhei, contou-me (em inglês) que já tinha deixado de ir ao médico do Centro de Saúde e do Hospital.

> "Tenho a minha cabeça sempre carregada de pensamentos. Não consigo dormir porque me lembro e tenho medo. Bateram-me muito e depois quando acordava não sabia em que lugar estava. Eu queria ir para Inglaterra, mas afinal obrigaram-me a ficar aqui em Lisboa. Aqui não tenho condições para viver, nem sequer tenho estatuto social. Não me dão condições para viver nem para tratar de mim como deve ser. Cá não me percebem (dizia ele), acham que eu estou a inventar. Diziam que já não podiam fazer nada por mim. Receitaram-me uma cinta para colocar à volta do tronco e uns sapatos para conseguir andar, mas os sapatos custam 270 euros. Não me dão dinheiro para os comprar. Dizem que me vão dar subsídio, mas o subsídio nunca mais chega, mal tenho para comer. E as minhas pernas doem-me muito, não consigo dormir apesar de estar sempre cansado. Gosto de estar sozinho, gosto de caminhar para acalmar os meus pensamentos mas não posso porque me doem os pés.

Existe portanto uma correlação entre as representações cognitivas da dor e os comportamentos que a ela correspondem. De acordo com Waddell (2004), referido por Daniel Côté (2009), uma percepção da gravidade da dor, ou a percepção de que a dor está associada à presença de uma lesão, pode despoletar um comportamento de evitamento da actividade física e provocar a médio prazo, uma atrofia muscular, como de resto podemos comprovar nas palavras de A. Insistimos portanto na reflexão de que a dor deve ser analisada e percepcionada a nível multidimensional isto é, numa perspectiva bio-psico-social. Quando tal não acontece, como é o caso dos serviços de saúde (que atendem os refugiados) que não estão ligados entre si, nem possuem qualquer comunicação sobre os casos específicos que atendem,[86] a dor crónica acaba por funcionar como um estigma, pelo facto de não ter sido correctamente diagnosticada como efeito de um sofrimento não só físico, mas também psicológico (cf. Garro 1994; Henriksson *et al.* 2007; Ong *et al.* 2004; Osborn and Smith 1998; Paulson *et al.* 2002; Werner e Malterud 2003 – cit. in Côté 2009). Porém, a abordagem no campo da psicologia ou da psiquiatria, que utiliza diagnósticos como "depressão" ou "sintomas

[86] Neste caso, referimo-nos igualmente à ausência de comunicação estruturada e continuada entre os psiquiatras, os médicos do centro de saúde e o próprio Conselho Português dos Refugiados.

depressivos", não é também suficiente para a caracterização de toda a carga emocional que a dor crónica, e em particular a dor que tem origem em traumas de guerra significa: o desajustamento social, a revolta, o isolamento, a perda de sentido de pertença grupal ou sociocultural, a percepção de incapacidade de comunicação com os outros, sobre o que significa o seu próprio sofrimento. Estas emoções "centrifugadas" levam frequentemente os requerentes de asilo a perder a auto-estima, conducente a um sentimento de identidade que se desintegra. Acontece frequentemente que estes "sofredores desintegrados" desapareçam de um dia para o outro das salas de espera dos consultórios, tal como também desaparecem das instituições que teriam como função acolhê-los. O sentimento de impotência perante a aparente falta de compreensão das instituições para o seu sofrimento físico, mental e social, fá-los desistir de tudo, empurrando-os para o túnel labiríntico onde as indicações que levam à saída, não existem sequer.

Muitos destes refugiados e requerentes de asilo que sofrem de dores persistentes, acabam por ser diagnosticados erradamente pelos médicos como dores "psicossomáticas", saindo dos consultórios médicos com um diagnóstico definitivo registado como consequência, e não como causa inicial. Por outro lado, de acordo com o contexto cultural, a dor pode ser percepcionada de diferentes modos e atribuídas a diversas causas, nomeadamente a razões cosmogónicas como por exemplo, existência de espíritos vingativos. Referimo-nos por conseguinte a algo que não apenas se inscreve na definição da biomedicina, como uma sensação desagradável, mas que é principalmente algo que se inscreve na subjectividade. Diz Côté a propósito da dor:

> "Sendo subjectiva, ela inscreve-se igualmente numa ordem social e simbólica que permite a cada pessoa atribuir-lhe um sentido particular, ao mesmo tempo que a inscreve numa corrente colectiva (Augé e Herzlich 1984). Esta dupla inscrição, simultaneamente singular e colectiva, permite que o «mal» se comunique e deixe ver e ouvir mais facilmente pelo outro (Le Breton 1996). Se as coisas e a descodificação dos sintomas se inscrevem na ordem colectiva, parece lógico que os modelos de prestação de cuidados ou os modelos terapêuticos privilegiados nela se inscrevam também. Dependendo dos tipos de respostas comportamentais ou emocionais da dor que prevalecem no seio de certos grupos etnoculturais ou mesmo em certas famílias no interior de uma mesma cultura, a dor pode exigir a intervenção de vários membros da família e favorecer assim a troca e o diálogo, reforçando e reinvestindo os laços interpessoais que haviam sido anteriormente negligenciados ou que se haviam deteriorado" (2009: 34).

De um ponto de vista antropológico, o corpo e os "seus efeitos" possui uma categorização física mas fundamentalmente também, uma categorização social e cultural, transformando-o portanto numa realidade muito mais complexa daquela que é estudada pela medicina ou pela psiquiatria e psicologia. Analogamente, a dor não pode ser analisada, interpretada e diagnosticada como algo que existe fora do seu contexto, ou seja: fora das condições e interacções concretas que ligam uma pessoa ao cenário social em que está inserida. No caso concreto dos refugiados e requerentes de asilo (em particular nos que foram vítimas de tortura ou de maus tratos físicos ou mentais), esse contexto está associado ao controlo político exercido pelas forças que assumem o poder ou os poderes. Visa tanto castigar, punir, humilhar, como também extirpar uma verdade, um segredo, um rumor. Pretende extrair o sagrado do outro, a sua identidade. Para o torturador, o corpo toma o lugar do objecto que se domina, se manipula, se destrói. Escreve David Le Breton:

> "A imposição da dor ou da humilhação segue uma lógica de apagamento da vítima. A subjugação do corpo é a subjugação do homem, da sua condição e dos seus valores mais preciosos. Ela dá ao Estado ou a um grupo o benefício político de um instrumento de terror sobre as populações. O exercício absoluto do poder contra representantes da sociedade civil serve de metáfora para o entendimento do poder sobre o corpo social no seu conjunto. Sobre o desprezo do laço social, fora do campo da palavra e do sentido partilhado, ele eleva a lei do mais forte a princípio fundamental" (1995: 198).

O refugiado que foi vítima de tortura, fica com a indelével sensação, de que o seu corpo, a sua intimidade, a sua dignidade, até por vezes as suas convicções, foram totalmente dominados por outros. Sente-se sem a possibilidade de exercer qualquer controlo sobre o corpo ou as suas acções, impotente, à espera, à mercê da arbitrariedade absoluta dos seus algozes que podem prolongar a tortura e a humilhação por horas, dias, semanas, ou mesmo acabá-la abruptamente pela incapacidade de resistência do corpo torturado. Sem nenhum contacto com os laços afectivos que constituíam o seu mundo pessoal, a espera constante fá-lo ter uma consciência exacerbada de si mesmo, considerando o próprio corpo como "o lugar permanente do seu tormento" (Le Breton 1995: 199). A tortura, sendo uma experiencia de limites, não deixa incólume o ser da vítima, mesmo quando as marcas das cicatrizes não deixam marca no corpo, mas na memória. A mente fica afectada pela memória da experiência que irá acompanhar o corpo, mesmo quando o contexto mudou. A, mesmo depois de tanto tempo de estar em

Portugal como requerente de asilo, evitava o contacto com as pessoas: "O que eu quero é acalmar a psique" repetia-me ele:

> "Gosto mais de estar sozinho, não gosto de partilhar o quarto do CAR com quatro pessoas que não conheço e não me entendem. Fazem muito barulho. Tenho medo das minhas reacções ao pé deles. Eles dizem que sou maluco, não me respeitam. Não há um espaço para poder estar sozinho, em silêncio. (…) O meu médico de lá era muito bom, mas foi morto pelos Mujahidin.[87] Aqui é mais difícil porque os medicamentos que me dão não são bons."[88]

Como refere Le Breton (1995), durante muito tempo, a vítima não suporta as situações associadas à tortura: a nudez, os contactos corporais, os sons, os odores… As feridas da tortura continuam a surgir associadas a outros sofrimentos: depressão, úlceras gástricas, dores de cabeça, problemas dermatológicos, respiratórios, insónias, etc. A dor sofrida, abre uma brecha entre o ser e o mundo, ao ponto de se tornar quase irreversível, o regresso a um sentimento de segurança ontológica, necessária á existência e à confiança nos outros.

A, não podia esquecer. De cada vez que se via ao espelho para se barbear, encarava a cicatriz que lhe atravessava a vista esculpindo um sulco diagonal da testa, ao lado direito da face. Quando caminhava, todo o corpo lhe doía. Uma bomba tinha-lhe levado parte do pé esquerdo. Uma outra cicatriz executada por uma faca, atravessava-o na horizontal, das costas até ao ventre. "L'homme torture vit son corps comme la forme permanente de son tourment…" (Le Breton 1995: 199). De acordo com o médico psiquiatra (do CAVITOP), A, sofria stress de guerra:

> "O trauma de guerra é a situação mental mais difícil ou mesmo impossível de ultrapassar porque contém em si todos os traumas: a fome, o frio, a perda de entes queridos, a desestruturação familiar e social, o medo, a tortura, a humilhação. A terapêutica médica apenas atenua o trauma. Nunca o cura. O problema não é apenas de origem patológica, também é social."

Adivinho que A apenas consegue falar comigo, e com o médico através de mim (já que este não dominava nenhuma língua para além do português). Agradece ao

[87] Combatentes armados de inspiração fundamentalista islâmica. Podem também ser mártires.

[88] É de referir que o psiquiatra que o consultou aqui em Lisboa (CAVITOP) acabou por optar pela prescrição do mesmo medicamento que o antigo médico estrangeiro lhe tinha antes receitado. Esta alteração parece ter apaziguado um pouco A.

médico as amostras gratuitas dos remédios que lhe permitem apaziguar os pensamentos incontroláveis. Leva receitas de medicamentos para mais 6 meses que mostrará à assistente social do CAR para que lhas compre. No CAR, só permanecerá mais algumas escassas semanas. A última vez que acompanhei A, ao psiquiatra foi em Outubro. Em Janeiro já havia saído do CAR para desaparecer nas teias da sua memória. Espero que pelo menos consiga continuar a tomar os seus comprimidos apaziguadores.

Um outro lado da tortura é aquele que não deixa marcas visíveis. Conheci M no CAR. O seu marido J, ex alto-funcionário do Banco Central da República Democrática do Congo, foi segundo disse, uma das vítimas do governo de Joseph kabila. J e a sua mulher M (ambos já com cerca de 60 anos) foram presos e torturados. M, passou muito tempo encerrada num lugar, sem contacto com o marido. Nesse lugar que ela nunca identificou, os torturadores mantiveram-lhe os olhos sempre tapados. Passou muito tempo sem ver a luz do dia. Após a libertação, ficou repentinamente paralisada, do lado esquerdo do corpo. Em França, primeiro país onde pediram asilo, M foi consultada por vários médicos, sem sucesso. A paralisia continuava, mesmo sem razão médica que a justificasse. Já em Portugal, para onde foram enviados após a primeira tentativa de pedido de asilo em França, M foi consultada por médicos de clínica geral que mais uma vez, confirmaram o diagnóstico anterior: supostamente não existia qualquer impedimento físico que lhe condicionasse o andar. M, no quarto do CAR (que partilhava com o seu marido e com o filho mais novo de ambos, na altura com treze anos de idade), raramente saía da cama e quando o fazia, jamais se aproximava da sala de convívio. No CAR, as refeições estão a cargo dos utentes. O marido de M que nunca antes tinha aprendido a cozinhar, com alguma dificuldade lá conseguia preparar alguns alimentos (arroz cozido e ovos, faziam invariavelmente parte das suas refeições) que levava ao quarto para alimentar M, apesar de haver regras restritas que impediam a toma das refeições nos quartos. O filho de ambos era quase diariamente, alimentado pelos outros residentes do CAR, e tomava as suas refeições na sala, junto com os utentes que aí permaneciam no momento. J mostrava resistência a que a sua mulher fosse consultada pelos médicos portugueses. Dizia que a origem do sofrimento de M tinha sido a tortura e a humilhação. Tratava-a à base de chás que frequentemente trazia do Martim Moniz, comprado a imigrantes africanos.

No caso relatado, não existiam marcas visíveis de tortura, ainda que as cicatrizes existissem interiormente, testemunhadas através de um sentimento mental agudo, que impedia M de se voltar a relacionar com o mundo exterior através do uso físico do seu

corpo. M, sem o marido que a defendesse dos perpetradores que anteriormente a abusaram e humilharam, viu condicionada de forma indelével, a sua relação com os outros e com o mundo. A "vergonha de si" (Le Breton 1995: 201), a renúncia do seu próprio corpo, conduziu à clivagem entre o físico e o sensorial, levando à criação de uma nova identidade, marcada simbolicamente pela recusa em caminhar, em percorrer mais mundo, em sair do único espaço de semi-conforto: o espaço entre quatro paredes.

Esta impossibilidade de andar, tornou-se para M, um idioma de comunicação do sofrimento, com os outros. Tanto para A como para M, a dor do corpo, passou a ser uma dor existencial, uma dor que a biomedicina falha em resolver, por não abranger os significados sociais e simbólicos da dor, enquanto resultado do poder de dominar e humilhar. A experiência do corpo é também influenciada (embodied) pelas instituições, relações e significados (Good *et al*. 1994). Assim, as disfunções físicas não explicáveis através de uma eventual patologia, constituem-se por vezes no domínio da somatização.

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 sofrimentos e traumas passados na guerra ou durante a fuga, ou ainda no penoso processo de tentativa 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, das razões para o seu sofrimento actual, bem como dos seus desejos e perspectivas futuras, 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, por ausência de um diagnóstico adequado. 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 um certo 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 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: 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 referiamos 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 referem Kirmayer e Robbins (1991). Os sintomas mais comuns incluem: dores musculares, distúrbios gastrointestinais, sintomas cardiopulmonares, sintomas pseudoneurológicos, e distúrbios menstruais e sexuais, tal como pudemos verificar no projecto de investigação-acção levado a cabo pela Associação Grupo Imigração e Saúde em 2009 (Santinho 2010). Não se retira contudo a necessidade de efectuar rastreios médicos com o objectivo de despistar algumas doenças. Kirmayer e Robbins (1991) referem ainda um estudo que realizou com 700 famílias, tendo subdividido a somatização em três 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, os autores concluem que dos três tipos de somatização, o primeiro está mais relacionado com a utilização dos serviços de saúde, e o segundo com uma auto-estima negativa ou pessimista, enquanto o terceiro, se relaciona fundamentalmente com factores de angústia e stress.

Em Portugal tal como mencionámos anteriormente, foi já realizado o primeiro estudo, tendo como objectivo a análise do estado de saúde físico e mental dos refugiados e requerentes de asilo, levado a cabo pela Associação Grupo Imigração e Saúde. Este estudo teve como objectivo incidir não meramente na observação da doença do ponto de vista da patologia, mas na experiência da doença sentida pelos refugiados e requerentes de asilo, e analisada por uma equipa multidisciplinar, cruzando os saberes e metodologias da saúde, com outras áreas das ciências sociais e humanas – psicologia, antropologia e enfermagem – tendo como eixo da abordagem principal o trabalho de campo e a recolha e análise das histórias de vida/histórias de trauma e sofrimento de refugiados e requerentes de asilo, residentes à época no Centro de Acolhimento da Bobadela (Santinho 2010).

Da maioria dos refugiados, em parte pela incapacidade ou desadequação do sistema de saúde físico e mental que em Portugal lhes é colocado (ou não) à disposição, sobressaem as compungentes 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. Sobressai invariavelmente destas narrativas, uma outra história recente, comum à maioria: a história do sofrimento não associado aos mal-estares da saúde que a maior parte desvaloriza, mas sim a um difícil caminho para a integração, consubstanciado em graves problemas sociais inerentes ao seu estatuto de refugiados, requerentes de asilo ou indocumentados, e que se manifesta em primeiro lugar na ausência de sentido de uma vida institucionalizada (onde estão sujeitos a regras alheias que os infantilizam),[89] na impossibilidade de encontrar emprego ou casa para alugar.

[89] Enquanto permanecem no CPR/CAR, queixam-se frequentemente de não poderem tratar da sua própria roupa, de não poderem cultivar ou consumir os alimentos a que estão habituados ou a passarem a tarde na sala de estar sem nada para fazer, olhando apenas para uma televisão que frequentemente passa programas de guerra que eles querem esquecer.

Ilustração 8 – A hegemonia da biomedicina

A hegemonia da bio-medicina e a vitimização da refugiada.

4.5 – Entre escuta institucional e escuta terapêutica

Em momentos anteriores fizemos referência ao trabalho de pesquisa etnográfica, efectuada fundamentalmente através da observação participante e da escuta das histórias de vida 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 portadora. 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 durante tempo indeterminado (que pode variar entre três dias e um mês) pelas autoridades oficiais – a polícia de fronteira, SEF), onde irá ser sujeito a entrevistas cruciais, 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. "residência por razões humanitárias"). Nestas entrevistas estão presentes, o agente da autoridade e um jurista do CPR (enquanto consultor). Apesar das diferenças culturais e sociais entre o requerente de asilo e o agente da autoridade, e da situação traumática em que o primeiro frequentemente se encontra, recém-chegado de um ambiente de medo 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, ou sequer 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, exibe silêncios, a intensidade do olhar ou a fragilidade e submissão com que encara o agente da autoridade, as referências que oferece do país, a postura do corpo na cadeira, a capacidade de chorar ou, pelo contrário, reprimir emoções, toda a subjectividade contida neste acto, é enfim, 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 (1992: 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 presumida segurança interna. Seja refugiado ou imigrante, é sempre este sujeito que passa a ser submetido 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 assumpção de uma identificação de nacionalidade que não a sua (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 1998 [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 contínua de um passado (para si próprio e continuamente para os outros) que deriva, em parte, da 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 facilidade de comunicação na Internet). Como referem Venna Das e Arthur Kleinman:

> "Em qualquer dos casos, torna-se necessário considerar o modo como a subjectividade – a experiência da pessoa sentida interiormente que inclui as suas posições num campo de poder relacional – é produzida através da experiência da violência e do modo pelo qual os

> fluxos globais que envolvem imagens, capitais e pessoas se enredam em lógicas locais na formação de identidades" (2000: 1).

A escuta 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 na 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. Citando Didier Fassin e Estelle D'Halluin:

> "Do lado das agências estatais, implica avaliar até que ponto a observação das marcas psicológicas da violência abala as práticas decisórias dos burocratas encarregados de deliberar sobre o que fazer a respeito de cada requerente de asilo (Herzfeld 1992). Por outras palavras, queremos analisar quanto da retórica se traduz em prática" (2007: 303).

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, ou perante as assistentes sociais de diferentes instituições – 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. Um dos lamentos que ouvi frequentemente por parte dos refugiados foi:

> "Não percebemos: estão [os técnicos das várias instituições] sempre a querer saber como morreu o pai, como morreu a mãe, como foi a experiência da tortura, o que aconteceu ao resto da família ou como vivíamos antes. O que nunca nos perguntam é que vida

queremos ter aqui em Portugal, quais são os nossos sonhos ou o que é que sabemos fazer de modo a sermos úteis ao país!"

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 desajustada 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 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, não somente como capacidade de adaptação, mas fundamentalmente como capacidade de transformação – 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.

4.6 – 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 os sinais da tortura, nos relevos das cicatrizes, no corpo deformado pelas marcas do confinamento durante demasiado tempo, em buracos que não possuem sequer as dimensões mínimas que permitam 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 do seu corpo, manifesta através de dor física e do sofrimento.

Mas, por outro lado, sobreviver também implica por vezes, conservar constantemente na memória os momentos do perigo experienciado. É 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, a que chamamos "memória traumática". De acordo com Allan Young (1997), o conceito de memória traumática tal como se entende hoje em dia, emergiu no século XIX, com os estudos sobre o sonambulismo (de Charcot, Janet ou Freud) e sobre o "segredo patogénico", considerado como o acto em que a pessoa esconde a memória de um evento perturbador. Apesar de este acto não ser consciente, continua a perturbar o comportamento da pessoa e a provocar sofrimento. O estudo da histeria traumática e mais recentemente, as teorias sobre os efeitos as origens da cronicidade das desordens pós-traumáticas, levaram ao conceito de incorporação (embodied) da memória traumática (Kleinman, Das e Lock 1997).

Apresentamos aqui de forma breve o conceito de trauma, 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, a quem foram diagnosticadas "*neuroses de guerra"* e, posteriormente, a vítimas da guerra do Vietname, cujas afecções, devido às suas características comportamentais, foram

definidas e catalogadas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 1980 como *PTSD* (Post Traumatic Syndrome Disorder).[90] Este conceito, alvo de grande controvérsia, contrapondo em particular psiquiatras e antropólogos, tem sido adaptado largamente, como dissemos, pela psiquiatria transcultural norte-americana.

O conceito de PTSD não está isento de algumas críticas feitas pelos próprios psiquiatras, nomeadamente, pelo Harvard Program in Refugee Trauma. Mollica (2008-2009) 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 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, a seguinte:

> "A história do trauma é uma narrativa pessoal, feita por palavras próprias, dos acontecimentos traumáticos vividos pela pessoa e do impacte que tiveram no seu bem-estar emocional, físico e social. Não é a interpretação de outrem acerca desses acontecimentos, apesar de poder conter observações sobre a reacção de membros da família ou da comunidade local…" (2006: 21)

[90] 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 quinta edição, que inclui um leque mais vasto de "desordens mentais".

Nesta acepção, 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 (segundo os psiquiatras) 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 (APA 1980) num sistema classificatório obrigatório, que passaria a constituir a grelha de avaliação da desordem do stress pós-traumático (PTSD), 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 (como já referimos) e que tem acarretado como consequência, enormes vantagens financeiras para a indústria farmacêutica que produz os medicamentos que supostamente apaziguam os sintomas a ela associados. Menciona ainda Young:

> "Essa imagem geral e aceite da PTSD, bem como da memória traumática que lhe está subjacente, está equivocada. A desordem não é atemporal, e tão-pouco possui uma unidade intrínseca. Pelo contrário, é cimentada pelas práticas, tecnologias e narrativas através das quais é diagnosticada, estudada, tratada e representada, e pelos vários interesses, instituições e argumentos morais que mobilizaram estes esforços e recursos" (Young 1995: 5).

Através do trabalho etnográfico, foi-me permitido constatar esta afirmação. Mesmo naqueles refugiados que me transmitiam as suas dolorosas experiências passadas, aquilo que mais os afligia e os atormentava, não eram sequer as visões da humilhação e da tortura, mas sim a angústia perante um futuro que se adivinha impossível de controlar. Excluídos e arrancados à convivência, remetidos para uma sobrevivência incerta (Abélès 2010), não sabiam já como agir, perante a incerteza dos dias por vir, constituindo essa a sua principal aflição.

Uma das principais recomendações de Mollica (2006) na utilização das histórias de trauma enquanto um dos elementos fundamentais (segundo este autor) 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. Este é evidentemente, um ponto de vista também partilhado pelos diversos antropólogos que investigam a saúde dos refugiados e imigrantes. Para além da sintonia cultural, o que me parece realmente necessário é a existência do respeito pela diferença, independentemente da cultura, como forma de melhor garantir os direitos humanos em qualquer latitude. A reificação da "cultura" ou das diferenças culturais, tem sido por vezes usada nas sociedades receptoras de imigrantes e refugiados, como uma nova forma de racismo e exclusão, nos lugares que organizam as suas políticas em torno do Estado-nação.

> "O racismo tornou-se desacreditado politicamente; atribui a alegada incompatibilidade entre as diferentes culturas a uma incapacidade de comunicação entre elas que é inerente à natureza humana" (Stolcke 1995).

Esta reificação da cultura, provém de uma noção de cultura como algo localizado, estático, encerrado na sua própria caixa, historicamente enraizado em tradições e valores transmitidos de geração em geração, sem comunicação com as demais maneiras de ver e sentir o mundo. Como refere Stolcke uma vez mais:

> "Ambas as doutrinas [o fundamentalismo cultural e o racismo] constituem padrões ideológicos que «naturalizam» e, assim, pretendem neutralizar clivagens sociopolíticas específicas cujas verdadeiras raízes são político-económicas, fazendo-o de maneiras conceptualmente diferentes" (1995: 5).

Desde a pré-história que os seres humanos sempre se movimentaram em todas as direcções e por conseguinte, as culturas sempre influenciaram e sofreram influências de outras. Não é pois a pertença a diferentes culturas que nos impede de comunicar uns com os outros, mas os significados políticos que atribuímos às diferenças e que nos colocam em relações de domínio, subalternização e consequentemente, conflito.

4.7 – 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 2005-2006: 47).

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. Posicionar-se no papel de vítima 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 (cit. in Kirmayer 2007a), 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 próprias, 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 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 trauma. 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?[91]

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 deve existir uma relação biunívoca e reflexiva entre um e outro sujeito, concorrendo ambos para a eficácia da cura. O enquadramento biológico, sociocultural, político e religioso, é igualmente considerado como fazendo parte integrante do processo, constituindo o cenário onde o sofrimento se revela, e a cura se deseja.

Kleinman, como outros autores, refere-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…" (Kleinman 1994: 174, tradução livre).

Também outros autores (cf. Das *et al.* 2001) afirmam 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 (1996, 1999: 202, 2005) manifesta igualmente a preocupação relativa ao uso excessivo da abordagem focada na PTSD para a avaliação do trauma em refugiados. Segundo Silove, 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 (cf.

[91] 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 destas relações subsiste ou pela partilha de histórias de vida semelhantes no mesmo país de origem, ou com maior relevância, pela pertença à mesma classe de idade (jovens e adolescentes).

Bracken *et al.* 1995 e Simpson 1993, cit. in Wilson e Drožđek 2004). 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 requerem estudos ilustrativos adicionais, que façam uso de modelos conceptuais mais alargados, os quais possam fornecer mais dados a partir do campo. Há que sublinhar que, no contexto da saúde mental disponibilizada aos refugiados e requerentes de asilo, é essencialmente a medicalização que ocupa o lugar da cura. Num espaço de consulta em que não existe na maioria dos casos, qualquer comunicação entre paciente e médico, onde não há um reconhecimento nem do contexto sociocultural do refugiado nem muito menos das suas passadas e actuais preocupações e ansiedades, o uso da medicalização, surge como o primeiro e último recurso usado pelo médico, para compensar profissionalmente o desconhecimento de facto, relativo ao sofrimento mais profundo do seu paciente.

Existem também 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 (Allden *et al.* 1996; Hooberman *et al.* 2007; 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 Gorongoza), 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, Dias-Lambranca e Richters 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, e já no contexto de asilo, a desadaptação linguística, a adversidade social e económica e o receio de repatriamento, podem ser, ainda segundo Silove (2005), 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: 583).

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 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.[92] 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. Refiro ainda que muitas destas manifestações de revolta ou ira, aconteciam frequentemente no Centro de Acolhimento dos Refugiados. Segundo pude testemunhar, elas eram sobretudo motivadas pela incompreensão dos requerentes de asilo, face às frequentes tentativas infrutíferas de serem recebidos pelas técnicas de serviço social

[92] Técnicos do CPR, da SCML e da Segurança Social.

com quem tentavam falar. A necessidade de serem escutados, a necessidade de dialogar, ou a necessidade de adquirirem explicações para situações incompreensíveis como os pedidos "herméticos" da Santa Casa ou das receitas e prescrições dos médicos, remetiam estes requerentes de asilo para a permanente angústia da espera (era frequente terem que passar inúmeras horas na sala de espera do CAR, na esperança de que algum técnico os recebesse). Muitas vezes era-lhes apenas dada como resposta a necessidade de marcarem atendimento para dias depois gerando revolta pela incompreensão geral das suas necessidades, num lugar onde a inactividade "imposta", era demasiado frequente. Tendo em conta as palavras da maioria dos refugiados e requerentes de asilo que experienciaram a vivência no CAR, o atendimento da assistente social não deveria nunca, estar sujeito a marcações. Deveria sim, ser um atendimento permanente.

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 forçadas 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 patologizante, 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 inesperados e inexplicados 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, entraves à compreensão dos seus conteúdos e, consequentemente, à inserção dos refugiados na sociedade portuguesa.

4.8 – A espiritualidade como processo de cura

Existe paralelamente um outro aspecto, que não deve ser descurado: a importância da religião e da espiritualidade no processo de cura de vítimas de sofrimento físico e

mental ou de trauma. Na recolha etnográfica das narrativas de sofrimento, bem como nas abordagens terapêuticas dos refugiados, explorar as suas crenças e práticas religiosas não significa como é evidente, que se partilhe ou não dessas crenças. Os terapeutas podem usar o seu próprio entendimento ou conhecimento de práticas religiosas no sentido de facilitar a obtenção da cura, daqueles para quem o factor religioso possui um significado holístico, considerando que para diferentes contextos, tanto a religião como a medicina, têm operado como duas formas tradicionais de cura tanto da mente, como do corpo e do espírito. Um dos aspectos essenciais para quem passou por processos traumáticos, é a reconfiguração do sentido após o trauma, a necessidade de reescrever a narrativa da sua própria história, através da incorporação das perdas e dos sofrimentos na nova narrativa. Ricoeur menciona a obrigação do psiquiatra em ajudar o paciente a recriar a sua história de vida, de modo a transformar a narrativa de história "desfeita em pedaços", numa narrativa que seja em simultâneo mais inteligível e mais suportável.

> "Uma das coisas mais úteis que a terapia pode fazer no que diz respeito à espiritualidade não é mudar a visão do paciente, mas ampliá-la ou focá-la melhor, de modo que o paciente possa examiná-la mais cuidadosamente e decidir se ela realmente se encaixa nas circunstâncias da vida individual e na autocompreensão presente" (Cornett 1998: 38).

Neste domínio, como em tantos outros, muito caminho está ainda por percorrer, em particular no contexto português, onde as metodologias terapêuticas que incluem pontualmente a presença de refugiados estão longe de reflectir sequer, sobre a relevância da inclusão dos aspectos religiosos e espirituais. Contudo, ao longo da prática de trabalho de campo, presenciei duas atitudes diferentes perante a religião. Por um lado, como já tive a ocasião de escrever, acompanhei refugiados para quem a situação de asilo na sociedade portuguesa e a sua angústia perante o presente e o futuro, os levou a suspender os seus ritos religiosos. O lugar confinado a que estavam sujeitos no CAR, com a partilha do mesmo quarto com três ou quatro indivíduos que desconheciam e com os quais não havia por vezes afinidade religiosa, linguística ou sociocultural, inibia-os de cumprirem os seus rituais de oração diária, em particular no caso dos muçulmanos. Alguns dos jovens requerentes de asilo de origem muçulmana, experimentaram também pela primeira vez em Portugal, bebidas alcoólicas. O consumo das mesmas, aparentemente não os colocava em situação de transgressão religiosa mas

pelo contrário, atribuíam o facto de consumirem álcool, a uma situação de liminaridade num mundo ao contrário, do qual eles eram as vítimas principais.

Um dos refugiados políticos, oriundo do Congo Kinshasa, referia-se à religião num outro prisma diferente e marcadamente crítico. Para ele, activista das organizações de luta pelos direitos humanos, a religião no Congo está fortemente dominada pelas igrejas que por sua vez, estão dominadas pela política e a sede de poder:

> "No Congo qualquer um pode dizer que é pastor e abrir a sua própria igreja. As igrejas têm os seus próprios canais de TV. Em Kinshasa há mais de 100 canais. Bemba tem 2 canais e Kabila tem dois canais. Os canais das igrejas passam filmes pornográficos que também incitam à bebida. Está tudo misturado: a política, a sociedade, a igreja. Muitos dos conflitos sociais surgem por causa da presença de tantas igrejas que lutam pelo seu próprio espaço de reivindicação do poder. Na mesma rua pode haver várias igrejas…"

Um outro refugiado, também oriundo do Congo, encontrou aqui em Portugal, através de uma igreja evangélica, o único conforto e acolhimento depois de sair do CAR.

> "Em Kinshasa eu era Pastor da igreja para além de também ser funcionário da Administração Pública. Na minha cidade mataram muitos Pastores. Depois de me dizerem que tinha que sair do CAR, foi em Camarate que a igreja evangélica me deu acolhimento. Deixam-me lá dormir nas instalações da Igreja. Também faço algumas pregações. Não tenho documentos, não me deixam trabalhar, no CPR só me dizem para esperar a resolução do meu pedido de asilo que está pendente no SEF. Foi na igreja evangélica de Camarate que consegui o único apoio. Pelo menos por enquanto deixam-me dormir lá, mas não sei até quando. Se não fosse a igreja eu estava perdido, sem esperança. Só os conheço a eles e aos outros refugiados. Eles são o mais próximo que existe da família que não vejo há tantos anos."

Um dos momentos mais importantes para alguns requerentes de asilo muçulmanos residentes no CAR é, sem dúvida o Ramadão. Por vezes, os rituais religiosos são vividos isoladamente, já que não existe disponível no CAR, nenhum espaço religioso (nem mesmo ecuménico) onde os residentes possam praticar os variados cultos. Um dos residentes muçulmanos recém-chegados ao CAR por altura do último Ramadão (reporto-me a Agosto e Setembro de 2009), revelou que se levantava às quatro horas da manhã, para comer antes do nascer do sol. Mas este ritual não era isento de complicações, uma vez que o acesso à cozinha do CAR estava vedado a partir da hora

da ceia, o que obrigava a que o consumo de alimentos nocturnos (durante o dia praticam o jejum) fosse feito de modo frugal, nos corredores do Centro. A realização da performatividade das orações que incluía a leitura do Corão, nos corredores, devia-se em parte, à partilha dos quartos com outros requerentes de asilo não muçulmanos que não pretendiam ser despertados pelas rezas.

Para estes praticantes recém-chegados, o recurso aos rituais religiosos pode ser entendido como uma forma de apaziguamento de tensões resultantes da recente história de fuga e asilo, num lugar actual que desconhecem e não lhes cabe a eles controlar. A religião consagra-lhes uma forma de lidar com o sofrimento, de encontrar uma explicação plausível para as suas provações, para encontrar a cura através da repetição de rituais ancestrais que lhes devolvem o sentido de pertença a um passado simbólico partilhado pelos parentes, pela comunidade de pertença. Relacionando religião e saúde, de acordo com Levin,

> "… existe uma relação entre a frequência do envolvimento religioso e a intensidade da experiência religiosa associada a um melhor estado de saúde, já que a religião acaba por promover o apoio social, um sentido de pertença, uma ideia de irmandade" (1994, tradução livre).

A vivência do Ramadão fora do contexto familiar e cultural de origem reafirma, nos requerentes de asilo, um sentimento de isolamento e afastamento. Por essa razão, alguns perguntavam onde se situava a mesquita. A ida à mesquita central de Lisboa funcionou para alguns, durante este tempo, como uma tentativa de socialização no contexto religioso de referência comum, aumentando assim a possibilidade de refazer redes sociais perdidas e até de reencontrar antigos residentes do CAR, que com eles partilhavam a mesma fé. Segundo Geertz (1973) a religião funciona para o indivíduo enquanto parte de uma unidade social, como uma fonte de concepções do mundo, do eu e da relação que existe entre eles. Eis as palavras de um requerente de asilo:

> "Aqui em Portugal há muitos pastores e muitos filhos de Deus. São uma família para mim. Os únicos conhecidos que tenho cá, são os da igreja. Fora da igreja só conheço refugiados. Foi Deus que me trouxe para Portugal. No Congo já muitos pastores morreram, foi Deus que me trouxe para aqui. Ele vai-me ajudar."

Todas as religiões, em todas as culturas, oferecem um tipo de explicação para a formação do universo, para a existência e sentido da vida e também para o sofrimento e

o fim da mesma. Para os refugiados crentes de confissões religiosas, os problemas por que passaram no passado e no presente, têm também uma dimensão espiritual. Como tal, a dimensão religiosa e espiritual, deve igualmente ser contemplada no processo de cura (Mollica 2006; Boehnlein 2007). A experiência traumática também pode constituir para o crente, o exemplo de um primeiro encontro com o mal, com a dimensão demoníaca. Janoff-Bulman (1985, cit. in Kirmayer 2007a) propõe três níveis de crenças que podem ser destruídas pelo trauma: 1) a crença na invulnerabilidade pessoal; 2) a percepção de um mundo com sentido, 3) a percepção de si próprio como algo de positivo. A confiança básica no *self* e nos outros, pode também ficar permanentemente afectada. As tradições culturais e religiosas do sobrevivente ao sofrimento e ao trauma podem influenciar o nível de auto-controlo no presente, ou no futuro. A construção de sentido é pois um longo processo, que envolve elementos muito diferentes: pessoais, familiares, sociopolíticos, culturais e religiosos (cf. Rousseau e Measham, cit. in Kirmayer 2007a). No contexto dos refugiados em Portugal, ao não existirem redes sociais e familiares de apoio, é por vezes no seio das comunidades religiosas que encontram esse sentido de pertença ainda que por vezes aparente. Muitas das narrativas dos requerentes de asilo e refugiados com quem conversei, referiam a religião e a espiritualidade, como um processo através do qual, conseguiam superar pelo menos momentaneamente, o seu sofrimento e as suas perdas. A reza (e a fé) era referida como um momento de apaziguamento, um dos poucos momentos em que a sua atenção não estava focada no sofrimento passado, e na angústia perante um futuro incerto. Num contexto terapêutico, e de acordo com o trabalho etnográfico, o papel da espiritualidade ou da religião a meu ver, não deve ser negligenciado, igualmente pelo facto de a perseguição religiosa ser um dos motivos de fuga e asilo, constituindo por isso também, um factor político consagrado na Convenção de Genebra como um dos direitos a serem consagrados na atribuição de asilo.

A espiritualidade é em muitos contextos de proveniência de zonas de guerra e conflito, experienciada e expressa no tecido da estrutura física, da classe social, da pertença étnica do género, da idade e da orientação sexual.

Por exemplo, na sequência da guerra civil entre os apoiantes da Frelimo e da Renamo na região da Gorongosa, Moçambique (1976-1992), os processos de cura estavam preferencialmente dependentes dos espíritos *gamba* que possuíam as mulheres. De acordo com Igreja, Dias-Lambranca e Richters,

> "Os espíritos *gamba* também criam a cura no pós-guerra, na qual o trabalho da memória e a política de género desempenham um papel essencial. Este tipo de cura no pós-guerra é demonstrado através de uma cerimónia contratual secreta em que um propiciador vivo do sexo masculino pede permissão a um espírito *gamba*, alojado no corpo de uma jovem mulher (considerada sua esposa), para se casar com aquela mulher" (2008: 353).

Os espíritos *gamba* também curam outras aflições, como algumas injustiças sociais ou de género relacionadas com a guerra, que se agravaram por esse motivo. É-lhes atribuído um papel preponderante, ao ajudarem a sociedade a resolver problemas causados pelas memórias traumáticas da guerra, em particular criando transformação social. O acumular de aflições e experiências traumáticas instigadas pelo rompimento do tecido social nas zonas de guerra (crianças e jovens forçados a combater, matança das mulheres, homens e crianças, violação de raparigas e escravidão sexual das mulheres, traição entre membros da mesma família, destruição das aldeias), originou o aparecimento de *gamba spirits*. Em geral, estes espíritos pertenciam a soldados (homens) que morreram durante a guerra civil. Dizia-se que as pessoas que viviam em condições de pobreza extrema, nas zonas de guerra, foram levadas a usar os corpos desses soldados que não teriam sido enterrados adequadamente, para produzir remédios que as protegesse da violência da guerra, como referem os mesmos autores:

> "Isto fazia parte de uma crença de que ao «comer» os mortos uma pessoa se torna imune à morte ou ao sofrimento extremo, como alguns dos nossos interlocutores nos disseram. Neste contexto, os espíritos *gamba* regressam ao mundo dos vivos para lutar pela justiça" (2008: 358).

Nesta perspectiva, os "*gamba spirits"* institucionalizaram uma nova forma de cura comunitária, ajudando a processar as memórias da guerra:

> "Os espíritos *gamba* testemunham os horrores da guerra civil ao afligirem as pessoas. Esses espíritos procuram o reconhecimento de más acções do passado, criam curas de pós-guerra para uma série de problemas de saúde, tentam reparar as divisões da família causadas pela guerra civil, e procuram evitar a repetição dos ciclos de injustiça, sobretudo as desigualdades de género e a violência de género. A fim de curar e restaurar as relações familiares, os espíritos gamba evocam memórias poderosas que rompem com as culturas predominantes do silêncio e da negação. É uma espécie de reencenação das memórias colectivas (Connerton 1989) que força os sobreviventes da guerra no Gorongosa a lidar com as memórias do tempo do conflito" (Igreja, Dias-Lambranca e Richters 2008: 366).

Neste contexto moçambicano, é pois através da possessão dos "espíritos gamba" que o anterior sofrimento é transformado numa força de cura, uma vez que segundo esta crença, os vivos sobreviventes de guerra, não podem prosperar numa sociedade renovada, sem a ajuda dos espíritos dos mortos, nem os espíritos podem evoluir ao longo dos tempos sem a ajuda dos vivos.

Em muitos outros contextos de proveniência de refugiados, o cumprimento da espiritualidade, está intrinsecamente ligada à possibilidade de ultrapassar processos traumáticos, e o processo de cura para o trauma e sofrimento depende também, em grande parte, da boa relação com os espíritos, uma vez que estes têm o poder de influenciar o curso da vida. A religião está igualmente imbuída de esperança (*hope*). A esperança relacionada com a função religiosa, tem um papel importante no processo de cura. De acordo com Groopman (2005), a esperança contida na crença, activa os circuitos cerebrais que libertam endorfinas e dopaminas, as quais têm benefícios psicológicos e fisiológicos para os pacientes. A esperança ou por outras palavras, a fé, contribui para tornar algo que se espera que aconteça, num facto espectável: "a fé num determinado facto pode ajudar a criar esse facto".

Assim, em contexto de asilo, se os processos terapêuticos abrirem espaço à opção pela espiritualidade e religiosidade das pessoas em sofrimento, tende a ser mais eficaz o processo de cura, pelo menos no caso daqueles que possuem uma crença religiosa.

CAPÍTULO 5 – CRIANÇAS E JOVENS REQUERENTES DE ASILO EM PORTUGAL

Recriando identidades

> "Agora, daquele seu passado verdadeiro ou hipotético ele está excluído; não pode parar; tem de prosseguir até outra cidade onde o espera outro seu passado, ou algo que talvez tivesse sido um seu possível futuro e agora é o presente de outro qualquer. Os futuros não relizados são apenas ramos do passado: ramos secos."
>
> (Italo Calvino, *As Cidades Invisíveis*.)

5.1 – A história de T

T tinha acabado de fazer 17 anos quando pediu asilo a Portugal. Único filho de uma família de comerciantes abastados da Guiné Conacri, T vivia uma vida despreocupada, própria de quem tudo tinha: o amor e a protecção dos pais, uma casa grande com empregadas domésticas, vigilante, ar condicionado, piscina e demais confortos. Os seus dias eram passados na companhia dos amigos residentes no mesmo bairro, em casa, vendo televisão ou jogando consola, ou ainda nas aulas do colégio particular que frequentava, sempre que estas não eram abruptamente interrompidas por conflitos originados por opositores ao regime, ou por greves intermináveis de professores, a quem o salário não era pago com a regularidade obrigatória. T fala fluentemente francês. Em casa, junto da família conversava na língua da sua etnia: o dyakanké, apesar de comunicar também perfeitamente em sou-sou, maninké, poular e árabe.[93] T aprendeu com o seu pai a ler o alcorão também em árabe, e a usá-lo para fins terapêuticos, sempre que a doença ou mal-estar não exigiam a presença lá em casa do médico francês amigo do seu pai. Em Setembro de 2007, a vida de T desabou, tal como o mundo a que ele pertencia. Desde Fevereiro desse ano que se fazia sentir uma profunda revolta popular contra o regime autocrático do Presidente Lansana Conté. A revolta e a repressão mostravam-se nas ruas, apanhando indiscriminadamente todos aqueles que ousavam

[93] Estas são aliás algumas das línguas com que comunica com muitos outros refugiados residentes em Portugal e que atravessam os limites das fronteiras políticas dos países africanos. Um outro aspecto a salientar relaciona-se com a noção de identidade: quando lhes perguntava qual era a sua etnia, grande parte dos refugiados não se revia nesse conceito ocidental. Contudo a menção à pertença a um determinado grupo linguístico, já era para eles uma referência reconhecida e assumida. A identidade através do grupo étnico acontecia com mais frequência nos casos em que existia um conflito (étnico) assumido, coincidente com lutas pelo poder em determinado contexto geográfico.

circular por elas. T testemunhou a violência e foi vítima dela: viu ao seu lado a morte e a violação de crianças pequenas, os espancamentos brutais de homens e mulheres. Ele próprio foi agredido, tendo ficado com o nariz quebrado pela força das botas de um militar. Sete meses depois, o povo organizou uma manifestação de protesto que foi imediatamente reprimida pelos grupos armados afectos ao governo. Centenas de pessoas foram mortas, mulheres e crianças, de novo espancadas e violadas, outros tantos desaparecidos. A família de T não conseguiu sair imune deste último massacre. Grupos armados não identificados invadiram a sua casa, tendo assassinado o seu pai com um tiro na testa. T e a mãe conseguiram esconder-se por detrás de uns móveis na garagem. Não por muito tempo. Passado alguns dias, os militares apareceram de novo. Desta vez levaram a sua mãe, enquanto T assistia paralisado de medo num canto recôndito da casa. Já em Portugal, T contava os meses que faltavam para atingir os 18 anos. Pensava ele que quando chegasse a essa idade, já podia facilmente trabalhar. "O meu plano", dizia, "é arranjar rapidamente trabalho para mandar vir a minha mãe. Pago a alguém para a encontrar e depois aqui, viverá comigo". Só em Portugal, alguns meses depois, teve conhecimento (através de outros refugiados da sua terra que entretanto também pediram asilo em Portugal) de que, no dia em que levaram a sua mãe, os militares raptaram muitas outras mulheres, na mesma localidade onde viviam. O destino destas foi a violação, a morte e o abandono dos corpos mutilados, num descampado nas orlas da capital. T perdeu definitivamente a esperança de um dia a poder reencontrar.

Desesperado e sozinho, T usou o último recurso de que se lembrou: pedir dinheiro emprestado ao vizinho que já em tempos tinha pedido dinheiro ao seu pai. Antes contudo, fez uma tentativa desesperada de fugir juntamente com a família deste, para o Mali. Em pânico de serem descobertos na fuga com mais uma pessoa que não pertencia ao agregado familiar, o vizinho de T e antigo amigo de seu pai, decidiu emprestar-lhe dinheiro para que fugisse sozinho, como pudesse.[94] Desesperado, sem saber a quem

[94] É de referir que um número significativo de requerentes de asilo apenas logra fugir em condições mais protegidas (de avião, portanto) quando consegue reunir uma soma considerável de dinheiro. De acordo com as entrevistas que realizei, todos os requerentes de asilo que usaram o avião na fuga para a Europa, pagaram somas que variam entre os três e os dez mil euros. Esta quantia destina-se a pagar documentos falsos (assumidamente falsos e reconhecidos como tal como uma prova de asilo pelas autoridades de fronteira do Espaço Schengen, no qual se inclui obviamente Portugal através do Serviço de estrangeiros e Fronteiras (SEF). Pode-se depreender que um número significativo destes jovens não provêm de contextos anteriores de pobreza ou com falta de acesso a um percurso educativo, mas sim que se viram obrigados a percorrer um longo caminho em busca da sobrevivência. Todos os restantes entrevistados que principalmente por razões de pobreza não conseguiram reunir estas quantias de dinheiro, viajam em condições muito mais arriscadas e por conseguinte sujeitas a serem vítimas de violações de direitos

recorrer, T decidiu fugir para fora do país. Portugal foi a sua primeira escolha: por ser na Europa, por se lembrar de ouvir falar na escola sobre este país, por reconhecer alguns nomes do futebol como Luís Figo e também porque – pensava ele – em Portugal se falava francês. Escondido numa camioneta de carga, o primeiro destino que atingiu foi a Guiné-Bissau. Eis um excerto do seu relato:

> "(…) Na Guiné-Bissau estive duas semanas. Tive muitas dificuldades porque eu não conhecia nada. Eu dormia no mercado, na rua. Deitava-me escondido em cima das bancadas. De manhã comprava água para limpar a cara e os dentes, alguma comida para comer porque tinha muita fome. Perguntei onde ficava a agência para comprar bilhete de avião. Não sabia onde era o aeroporto, mas depois perguntei e indicaram-me onde ficava, onde tinha de entrar, mostrei o papel e deixaram-me passar e entrei no avião.
>
> (…) Não quis ficar na Guiné-Bissau. Da Guiné Conacri a Bissau não é muito longe, e os presidentes da Guiné-Bissau e Guiné Conacri são amigos. Eu não queria ficar na Guiné-Bissau porque estava com muito medo e decidi vir viver para Portugal durante toda a minha vida. (…) Entrei aqui em Portugal com documentos muito, muito falsos. A polícia apanhou-me no aeroporto e fez muitas perguntas: como é que eu tinha estes documentos? E depois eu expliquei tudo. Fiquei fechado no aeroporto durante duas semanas. Eu não sabia como dizer asilo político. Quando cheguei ao aeroporto de Lisboa aqui em Portugal, a polícia diz-me que vou voltar à minha terra e depois expliquei o meu problema, porque fugi para aqui. A polícia perguntou-me porque não vou para a França, Espanha ou outro país. Mas eu também não conhecia ninguém nesses países e de Bissau havia voo directo para Portugal" (notas do caderno de campo, 13/07/07).

Duas semanas após o SEF ter confirmado todos os factos contidos na sua história, T teve autorização para sair do aeroporto e entrar finalmente em território nacional, tendo sido de imediato encaminhado para o Centro de Acolhimento de Refugiados (CPR), onde permaneceu até atingir 18 anos de idade. A segunda etapa das suas dificuldades, começou logo no centro de retenção no aeroporto.

> "A comida era pouca e má, não dormia nada porque tinha medo que alguém chegasse e me mandasse de novo para a minha terra. Éramos 4 ou 5 no mesmo quarto mas não falávamos a mesma língua, não nos compreendíamos. Também não tínhamos janelas. Aí fizeram-me várias entrevistas. Sempre as mesmas perguntas sobre a minha família e os

humanos, nomeadamente ficarem à mercê de traficantes de pessoas ou de abusos e explorações de vária ordem, como é o caso de S já referenciado noutro capítulo.

problemas na minha terra e como tinha chegado aqui. No dia 5 de Julho de 2007 chegaram dois polícias. Disseram: 'T: você pode entrar em Portugal'. Daí pagaram-me um táxi para a Bobadela. Fiquei muito assustado porque não sabia para onde ia. Alguns dias depois mandaram-me de lá do CPR a um sítio fazer exames para saber se eu não tinha doenças e se não estava a mentir sobre a minha idade. Fizeram-me uma radiografia ao braço e aos dentes. Disseram que a minha saúde estava bem. O problema é que não durmo. Só lá para as 5h da manhã. Às vezes tenho medo de dormir. Sonho com o meu pai e a minha mãe. Às vezes sonho que me estão a matar. Fico muito preocupado a pensar no meu futuro e na minha vida. Agora já tenho um subsídio da Santa Casa. Já não estou no Centro (CPR/CAR), o subsídio não chega para viver. Quando saí do Centro pagavam-me 390 euros. Agora só 150 euros por mês. Como é que eu vou viver? Penso muito nisto. Como é que eu vou fazer? Penso sempre no meu futuro porque não quero dormir na rua e não quero ficar mal. É muita preocupação para a minha cabeça. Estou muito agradecido com Portugal porque em Portugal guardaram a minha vida. Mas agora como é que vou fazer? Como é que vou continuar a viver sem trabalho e sem dinheiro?" (notas do caderno de campo, 13/07/07).

Importa referir que neste caso, como em todos os outros que conheci ao longo de 4 anos de trabalho de campo com requerentes de asilo, os menores indocumentados permaneceram nas instalações do aeroporto durante muito mais tempo (15 dias, 3 semanas) daquele que consta dos relatórios emitidos pelo SEF, onde se pode ler:

"3.4 Procedimento de entrada com pedido de asilo

Quando um menor desacompanhado formula um pedido de asilo na fronteira, o SEF recebe o pedido, iniciando o procedimento, e comunicando-o, de imediato, ao representante ao CPR, nos termos da lei. O procedimento instituído é no sentido de dar entrada ao menor desacompanhado requerente de asilo, pelo que este não aguarda a instrução do processo de admissão na área de acolhimento (centro de instalação temporária) do porto ou aeroporto em apreço, tal como definido no art. 26.º da Lei do Asilo" (SEF s/d: 12).

Após a saída do CAR, T passou a viver numa família de acolhimento (único caso conhecido até agora, em Portugal). Cumpriu todos os procedimentos que o CPR, a Santa Casa da Misericórdia, a Segurança Social, o SEF e o Centro de Emprego lhe

aconselharam. Aprendeu português,[95] fez um curso de RVCC [96] onde obteve a equivalência ao 9.º ano, fez uma formação profissional na área de hotelaria, inscreveu-se no Centro de Emprego : sem quaisquer resultados.

Em 19 de Fevereiro de 2010, os seus documentos (passaporte e cartão de "residência por razões humanitárias") caducavam. T começou a dirigir-se ao SEF em Novembro de 2009 para pedir entrevista, com vista à renovação dos documentos. Conseguiu marcação para apenas um dia antes de expirar o prazo de caducidade dos ditos documentos. Nessa entrevista, entregaram-lhe um recibo de papel verde (tal como acontece com todos os outros requerentes de asilo após três anos de estadia em Portugal) que oficialmente, segundo o SEF, comprova que não estava ilegal em Portugal. Esse mesmo papel tem uma caducidade de 60 dias, embora esteja escrito que é válido apenas por 30.[97] Desde Fevereiro de 2010 que T se dirige ao SEF a fim de pedir a renovação dos seus documentos. Fez inúmeras tentativas para procurar emprego porém, nenhum potencial empregador reconheceu a validade desse recibo. Na mesma data em que os seus documentos caducaram, a Santa Casa suspendeu o subsídio sem aviso, nem outra explicação, para além de que o sistema informático estaria interligado com o da Segurança Social que por sua vez se liga ao do SEF. T, tal como a maioria dos seus companheiros na mesma situação, desespera por não vislumbrar um futuro com autonomia, em Portugal. Em pior situação estão todos aqueles que vivem em quartos alugados e que pela suspensão do subsídio da Santa Casa ou da Segurança Social, não têm forma de pagar o quarto ou de arranjar dinheiro para se alimentarem. Dependem uns dos outros (através de amizades solidárias com outros jovens que permaneceram durante a mesma época no CAR), sem nenhuma instituição oficial que assuma a responsabilidade: os que ainda têm subsídio emprestam alguns euros àqueles que já não o têm. Após a saída

[95] A primeira aprendizagem de português foi feita aquando a estadia no CAR. As aulas de português têm uma frequência gratuita e representam o primeiro contacto com a língua portuguesa para a grande maioria dos refugiados e requerentes de asilo.

[96] RVCC: "Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências. Este curso, da responsabilidade do Instituto de Emprego e Formação Profissional, enquadra-se na Iniciativa "Novas Oportunidades" e permite aumentar o nível de qualificação escolar (RVCC Escolar) e profissional (RVCC Profissional) da população adulta, através da valorização das aprendizagens realizadas fora do sistema de educação ou de formação profissional" (in http://www.iefp.pt/formacao/RVCC/Paginas/RVCC.aspx)

[97] No artigo 78.º, número 7 da Lei 23/2007, de 4 de Julho – Lei de Estrangeiros –, referente à renovação de Autorização de Residência Temporária, está escrito o seguinte: "O recibo comprovativo do pedido de renovação de autorização de residência vale como título de residência durante um prazo de 60 dias, renovável". Quando entrevistei o inspector do SEF especificamente sobre a incompatibilidade entre o que está escrito no referido recibo de papel verde e a lei que corresponde ao direito de asilo, este admitiu que o SEF não tinha feito recibos próprios para os requerentes de asilo, pelo que estavam a usar os recibos aplicáveis aos imigrantes em geral.

do CAR (onde estão no máximo três meses após a chegada a Portugal, a menos que sejam menores não acompanhados, como já mencionei), os requerentes de asilo já não podem contar com a ajuda do CPR, nem tão pouco a nível jurídico (a intervenção do Gabinete Jurídico do CPR só se aplica, na prática, no momento inicial de pedido de asilo, salvo raras excepções). Os companheiros de T desanimam e revoltam-se através das palavras:

> "Nos nossos países podíamos morrer por causa de uma bala, aqui afinal podemos morrer todos os dias mais um bocadinho sem esperança, sem ajuda, sem reconhecimento da nossa capacidade de contribuir para a sociedade portuguesa. Afinal porque é que nos deram asilo se não nos deixam integrar? Para onde nos viramos? Aqui não temos trabalho, mas como não nos renovam os documentos, não podemos ir procurar trabalho aos outros países europeus. Eu não quero a liberdade para andar por aí nas ruas sem nada para fazer. Quero uma liberdade que me deixe trabalhar. Agora tenho 20 anos, como é que vou fazer o meu futuro?" (notas de trabalho de campo, Maio de 2010; conversa com vários requerentes de asilo).

5.2 – Quando a idade é imposta pelo raio-X

Um dos muitos aspectos que podemos salientar no relato de T, directamente relacionado com a determinação da sua idade, dá conta das estratégias médico-jurídicas para a determinação da "verdadeira idade" do requerente de asilo não só em Portugal, mas em todos os países do Espaço Schengen.

Os menores não acompanhados[98] em Portugal são em número bastante reduzido (SEF s/d), existindo poucas estatísticas disponíveis – tal como se pode observar no quadro 4, apresentado pelo próprio CPR.

Quadro 4 – Pedidos de asilo efectuados por menores desacompanhados, 2000-2007

Sexo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Masculino	9	7	7	0	0	2	0	5	30
Feminino	1	2	1	0	0	0	0	0	4
Total	10	9	8	0	0	2	0	5*	34

* Até Junho de 2007.

Fonte: CPR (2007).

[98] "Entende-se por menores não acompanhados os nacionais de países terceiros ou apátridas, com idade inferior a 18 anos, que entrem em território nacional desacompanhados por um adulto que, nos termos da lei, por eles se responsabilize e enquanto não forem tomados a cargo por essa pessoa, ou menores abandonados após a entrada no território nacional" (SEF s/d: 6).

Os requerentes de asilo que afirmam a sua menoridade, podem encontrar dificuldades 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 algo subjectivos. Nestes casos, a idade que os jovens requerentes de asilo afirmam ter, é frequentemente questionada 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 não acompanhados, os quais consistem nomeadamente em aplicação de Raios X efectuados à placa dentária, com o fim de avaliar o estado de formação da raiz de determinados dentes. Na informação disponibilizada pelo SEF podemos ler o seguinte:

> "Relativamente à verificação da idade dos menores desacompanhados que pretendem entrar em território nacional, as autoridades podem consultar especialistas externos para tal avaliação. Em Portugal, em caso de dúvida sobre a menoridade do indivíduo, são realizados testes no Instituto Nacional de Medicina Legal, entidade independente que estima a idade dos menores através de exame de Raios X à dentição e à densidade óssea do pulso. Tendo presente que estas técnicas apresentam margens de erro, indicando um intervalo de idade, interessa, ainda assim, referir que se trata de medidas pouco intrusivas para os indivíduos" (SEF s/d: 14).

De acordo com a pesquisa efectuada, de modo geral, a estimativa de idade faz-se através do método mais comum utilizado na Europa para estes fins ou seja, o método de Tanner e Whitehouse. Acontece que este método implica a radiografia da mão e do punho esquerdo por comparação com o cliché de referência que é o de um estudo efectuado por estes cientistas e aplicado a uma população britânica de classe média nos anos 50 (Tanner *et al.* 1975). Sobre este método há que salientar em primeiro lugar o seguinte: dada a sua imprecisão e a grande margem de erro, assumido por todos aqueles que o utilizam (inclusive no IML) com o fim de determinar a idade biológica dos menores requerentes de asilo não acompanhados, a finalidade inicial do recurso a esta metodologia nunca teve como objectivo servir fins jurídicos, como os que procura o SEF através da pretendida legitimação científica, mas para fins puramente médicos. Os métodos de determinação etária aplicados especificamente em Portugal são vários, segundo um relatório elaborado pelo próprio CPR em 2007, intitulado *"A Situação dos Menores Desacompanhados em Portugal: Caracterização e Recomendações"*. Neste relatório, pode-se igualmente ler o seguinte:

> "Em Portugal, os testes utilizados pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, entidade independente externa que, entre outras funções, estima a idade dos menores requentes de asilo, são, normalmente, os Raios X à placa dentária, designadamente, o Método de Haavikkos (ao sexo masculino, avalia o estádio de formação dos dentes 18, 28, 38 e 48), o Método de Kullman (ao sexo masculino que avalia o estádio de formação da raiz dos dentes 38 e 48), o Método de Harris & Nortjèn (sem discriminação por sexo, que avalia o estádio da formação da raiz do dente 38 e 48) e, por último, o Método de Demirjian (ao sexo masculino, a técnica mais potente que testa os dentes 41-47)" (CPR 2007: 25).

Contudo, existe uma aparente contradição entre a aplicação destas metodologias que, segundo este relatório apenas testa os dentes e a sua raiz, e a descrição apresentada pelos requerentes de asilo com os quais falei a este propósito, e que me asseguraram que para além dos dentes, também foram efectuadas medições aos ossos do punho e mão, tal como é descrito no SEF e que corresponde aparentemente ao método Tanner e Whitehouse. A meu ver este último método, levanta visivelmente várias questões preocupantes tais como por exemplo, o facto da população inicial onde foi aplicado, comparativamente, poder não ter a ver com o contexto actual, em particular por se tratar de populações de origens muito heterogéneas como são as dos requerentes de asilo residentes actualmente em Portugal. Os níveis de desenvolvimento ósseo, ou mesmo de estrutura dentária, podem mudar de acordo com características ambientais, como por exemplo a alimentação, ou até pessoais (a genética). Um outro problema com o uso destas metodologias é que a margem de erro assumida por estes métodos é muito elevada, sendo que os resultados obtidos podem ser aplicados tanto a um menor de 16, como a um de 18 ou mais anos.

Relativamente aos menores não acompanhados e indocumentados, o SEF recorre frequentemente a outras verificações em bases de dados biométricas como o Eurodac (em particular para todos os requerentes de asilo com 14 ou mais anos; cf. Eurodac 2009). Segundo os dados do SEF, o Eurodac é uma base de dados de impressões digitais concebida exclusivamente para identificar os requerentes de asilo à entrada de qualquer país, com destaque para a União Europeia. Todos os requerentes com idade superior a 14 anos deixam as suas impressões digitais registadas para efeitos de procedimento de rotina quando solicitam asilo – seja na UE, seja fora dela (SEF s/d: 14). Em 2008, o Eurodac recolheu 219.557 séries de impressões digitais de requerentes de asilo. Destas, 61.945 correspondiam a pessoas que entraram irregularmente nas fronteiras europeias, e 75.919 a impressões digitais de pessoas com estadia irregular, nos territórios dos

Estados-membros.[99] É necessário referir ainda que, segundo a legislação portuguesa, até atingir a maioridade, os menores não acompanhados ficam sob a protecção legal do CPR, que se institui perante a lei como representante legal do menor. Sobre o Eurodac, destaca-se ainda o seguinte: na última década, tal como refere Michael Humphrey (2004), em particular após o *11 de Setembro*, os refugiados deixaram de ser um assunto de direitos humanos associado às políticas de guerra-fria, para se tornarem num assunto relacionado com o controlo de fronteiras, de guerra contra o crime internacional e o terrorismo. Nas políticas europeias de controlo de fronteiras (Frontex; Eurodac) e erradicação de imigrantes "indesejados", os refugiados passaram também a ficar sob suspeita, sendo acusados de serem na realidade, imigrantes económicos, ou, pior, eventuais terroristas, vendo-se a suspeita acrescida relativamente a todos aqueles que vêm do Iraque ou Afeganistão. De acordo com as palavras de Humphrey:

> "Desde os anos 80, o problema dos refugiados deixou de ser uma questão de direitos humanos para passar a ser uma questão de controlo da imigração e, seguidamente, por volta de 2000, uma questão do crime organizado transnacional. Na cimeira de 2000, o G8 (Grupo de oito Nações Industrializadas) assumiu o compromisso de «lutar contra o lado negro da globalização: o crime organizado transnacional que ameaça prejudicar as nossas sociedades e economias" (2004: 42).

Eis o que se pode ler na síntese do relatório do Eurodac de Junho de 2009 relativamente a Portugal:

> "O Eurodac é um sistema de informação criado com o objectivo de identificar os Estados-Membros responsáveis pelas análises dos pedidos de asilo apresentados na União Europeia, tendo em vista acelerar o procedimento de asilo. Este sistema permite aos Estados-Membros identificar os requerentes de asilo e as pessoas que transpuseram ilegalmente uma fronteira externa da Comunidade. Através da comparação das impressões digitais, os Estados-Membros podem determinar se um requerente de asilo ou um estrangeiro encontrado em situação ilegal num Estado-Membro requereu asilo anteriormente noutro Estado-Membro. Além disso, podendo controlar-se se um requerente de asilo já apresentou um pedido noutro Estado-Membro, pode evitar-se a

[99] Para mais dados, consultar informação da Comissão Europeia para a imprensa, "La base de données biométriques de l'UE continue de garantir une gestion efficace du régime d'asile européen commun", 25 de Setembro de 2009 (in http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1357&format=HTML&aged=0&language=FR&guiLanguage=en).

> mercagem de asilo ("asylum shopping") noutros Estados-Membros, depois de lhe ter sido recusado num deles".
>
> De acordo com o Regulamento do Eurodac, é necessário proceder à recolha das impressões digitais de todos os requerentes de asilo, com mais de 14 anos de idade. Essas impressões são posteriormente enviadas em formato digital à Unidade Central do Eurodac, que funciona na Comissão Europeia. O sistema compara as impressões com outras já armazenadas na base de dados, permitindo assim às autoridades controlar se o requerente já apresentou um pedido noutro Estado-Membro ou se entrou na União Europeia sem a documentação necessária" (Eurodac 2009: 1).

Neste texto, podemos constatar o tom com que são designados e assumidos os requerentes de asilo por toda a Europa e também obviamente, em Portugal: não se fala nas razões da sua fuga, muito menos em direitos humanos ou sequer solidariedade para com todos aqueles que pretendem fugir aos horrores de uma guerra. Antes pelo contrário. A necessidade acrescida de controlo biométrico (seja através dos métodos da determinação da idade, seja através da recolha das impressões digitais), faz parte de uma forma de controlo de requerentes de asilo e refugiados que passaram a ser vistos e escrutinados com técnicas de identificação, associadas ao crime e ao terrorismo. Giorgio Agamben (1997) e Michael Humphrey (2004) referem-se, a este propósito, a uma mudança na noção de ética a nível global: os refugiados são por excelência o símbolo do custo dos sistemas internacionais dos Estados-nação, baseados numa hierarquia da exclusão. Agamben, através do seu conceito de *homo sacer* (vida vazia), identifica os refugiados como o teste aplicado aos direitos humanos. Afirma o seguinte: "the very figure who should have embodied the rights of man par excellence – the refugee – signals instead the concept's radical crisis" (Agamben 1997: 38).

A nível internacional, e ainda àcerca das técnicas biométricas de controlo de refugiados, o ACNUR alertou para a necessidade de utilização de técnicas que respeitem a dignidade humana, dando ao menor de idade o benefício da dúvida, caso exista incerteza quanto à idade afirmada. No entanto, não existem registos de dados disponíveis em Portugal, sobre os índices de suspeita, aceitação ou rejeição destes pedidos de asilo com base na afirmação etária, ainda que segundo o relatório do SEF já mencionado anteriormente, a orientação existente é a de permitir a entrada ao menor que pede asilo na fronteira portuguesa, mesmo quando este não reune as condições legais de admissão, agindo deste modo em conformidade (segundo é afirmado no

relatório) com as recomendações do ACNUR, do Fundo das Nações Unidas para as Crianças, com a Cruz Vermelha e com o próprio CPR. Registe-se ainda que os pedidos de asilo de menores não acompanhados nunca foram superiores a sete por ano, com particular origem no Continente Africano, maioritariamente do sexo masculino, e com idades estimadas entre os 16 e os 18 anos.

Em torno do conceito de idade, parece-me pertinente referir que, ao considerar-se a noção de juventude, frequentemente determinada por questões socioculturais 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 inscrição do corpo num marco biológico confirmado, ou não, pelas "políticas biométricas" actuais.[100]

Tal como já referimos, as políticas e práticas legais de acolhimento de menores não acompanhados, não são uniformes em todos os países Europeus. A avaliação da idade não toma em consideração o contexto geográfico, 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 dietas alimentares diferentes das dos países industrializados), e pode resultar numa avaliação errónea, a qual comporta consequências nefastas, tais como a negação do acesso a apoio social específico que lhe deveria ser, nalguns casos prestado. O desenvolvimento psicológico é ainda mais subjectivo, dependendo das características culturais de cada grupo de pertença.[101]

5.3 – Menores não acompanhados: o estado perfeito da liminaridade

De acordo com as Nações Unidas, nos últimos dez anos, mais de dois milhões de crianças e jovens, têm sido mortos em conflitos armados. Contudo, algumas investigações sugerem que sobreviver a uma guerra, e aos traumas devastadores que ela provoca, pode também trazer consequências sociais e psicológicas igualmente

[100] 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.

[101] Para informação mais detalhada sobre esta questão, consultar Hernández (2008).

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

Sabe-se também que os menores desacompanhados representam 3 a 5% da população de refugiados no mundo (ACNUR 2007). Grande parte deles desloca-se por razões relacionadas com conflitos armados, tráfico para exploração sexual, morte dos pais, fuga ao cumprimento de tradições religiosas ou culturais como a mutilação genital feminina, ou a homossexualidade, por exemplo, ou, nalguns casos, para conseguirem desesperadamente salvar o que resta da sua família. Alguns destes adolescentes requerentes de asilo, encontram-se presos numa dupla situação.Por um lado em alguns casos, ainda mantêm a nostalgia do regresso ao seu país, onde possuem a maior parte das suas referências sociais, económicas, culturais e simbólicas, para além das referências emocionais e afectivas que os ligam aos membros restantes da família. Por outro lado, sentem que de algum modo não são bem-vindos ao país de asilo, uma vez que para eles (mesmo quando pertencem a circuitos de origem social e economicamente privilegiados), não há perspectivas de futuro, nem o acolhimento (reconhecimento de estatuto de refugiado) é garantido, logo que atingem a maioridade (Wilson e Drožđek: 2004).

Estes jovens ficam sujeitos a um duplo clima de desconfiança e suspeição: aquele a que são imediatamente sujeitos logo que pedem asilo num país europeu ou também, num contexto muito diferente: a desconfiança dos membros da sua família.

Por vezes, as famílias pressionadas pelos contextos de guerra mas também de pobreza, reúnem todos os bens que possuem, para que um dos seus elementos – jovem e saudável – possa fugir e reunir condições económicas no país de asilo para enviar para a família de modo a poder sustentá-la. Quando as condições socioeconómicas nesse país não são favoráveis ao cumprimento desse objectivo, então o jovem sente-se frequentemente empurrado para uma situação da qual não consegue sair facilmente, sentindo-se perdedor: falhou em relação às expectativas da família, às suas próprias, para além de se sentir rejeitado pela sociedade do país de asilo, onde dificilmente encontra suporte emocional. Esta pressão multilateral, associada à dificuldade de encontrar trabalho, e à pobreza para que são empurrados pelo próprio Estado que os acolhe, tanto pelos subsídios muito baixos (180 ou 400 euros, sendo que este valor é arbitrário, tal como não são claros os critérios da sua atribuição), como pela ausência de

continuidade na atribuição dos mesmos (frequentemente a Santa Casa da Misericórdia interrompe o envio do cheque com o subsídio mensal por meses seguidos, sem dar justificação, e também sem pagar retroactivos pelos meses em que o subsídio não foi entregue), pode trazer consequências nefastas, em particular para os jovens requerentes de asilo. A necessidade de garantir a sobrevivência a qualquer custo, uma vez que o Estado não lhes garante a integração e a protecção prometida quando lhes autorizou a entrada, reconhecendo as suas narrativas como válidas de acordo com a lei de asilo, empurra-os para o desespero, tentando encontrar soluções para a sua vida, ainda que por vezes, de forma ilícita. De requerentes de asilo reconhecidos inicialmente como válidos pelas políticas de fronteira, alguns são impelidos indirectamente pelo próprio Estado para actividades que rejeitam, mas que se lhes apresentam por vezes como as únicas, para não sucumbir à fome e ao desespero.

L, um dos casos com que me deparei durante a pesquisa no Centro de Acolhimento, era o de um jovem etíope que tinha afirmado a sua menoridade aquando do pedido de asilo. Mostrava-se frustrado e deprimido por não poder trabalhar em Portugal, com idade inferior a 18 anos. As suas conversas focavam sempre o mesmo assunto: quando e onde podia encontrar trabalho, para fazer rapidamente dinheiro. Provada que foi a sua idade pelos métodos já referidos, o jovem partilhou comigo a intenção de que, já que lhe tinha sido atribuída uma idade que não lhe permitia mais usufruir da protecção do CPR, então iria começar logo no dia seguinte a procurar trabalho que lhe permitisse enviar dinheiro[102] para a sua família. Este caso particular, levantou a suspeita de que muitos jovens são encorajados pelos seus pais ou familiares mais próximos, a fugir dos países de origem e de uma situação de verdadeiro conflito, para tentarem a sua sorte, num país europeu. Passam a ser eles a única esperança de sobrevivência de famílias inteiras, o que remete mais uma vez, para os difíceis aspectos relacionados com os frequentes atentados à integridade física e psicológica a que estão sujeitos alguns destes jovens, com os consequentes sentimentos de perda, angústia, saudade da família e do país de origem, ansiedade, responsabilidade, medo, mas também muitas vezes uma insuspeita libertação: dos horrores da guerra, e de famílias e contextos culturais frequentemente opressores.

[102] Para os refugiados e requerentes de asilo, o modo mais comum de enviar dinheiro para os países de origem é segundo me comunicaram, através da DHL. As entregas são asseguradas mesmo em locais de guerra e conflito. Esta empresa assegura a entrega de quantias em dinheiro desde a Etiópia à Somália, Guiné Conacri, Serra Leoa, entre muitos outros países.

Ilustração 9 – Memórias

O corpo carrega o peso das suas memórias

5.4 – A memória como património e performance

T, como a maioria dos seus companheiros, possuía como único património as suas memórias. Recordar o que havia experienciado, ou "representar" para os outros o seu próprio passado, constituía a única tentativa de possuir um futuro num lugar distante e afastado de quaisquer referentes, onde num princípio não existe família, amigos, conhecidos, onde de início, não existem sequer documentos que lhe permitissem ser integrado num universo escolar correspondente à sua idade e capacidades.

Resgatamos as nossas memórias partilhando com os amigos, com os familiares, o nosso grupo de referência, momentos significativos que vivemos em conjunto. Os outros, aqueles que nos devolvem a nossa própria identidade, funcionam como reflexo auxiliar de memórias perdidas. Estas memórias são também por vezes, reflexos de sonhos futuros. A partilha com os amigos recentes (com os quais dividiram o quarto no CAR) faz-se através do colectivo das dificuldades do presente, e dos sonhos de uma vida melhor.

Quando existe uma rotura violenta com o grupo, em particular num momento em que esse património de referências individuais ainda está a ser construído – como é o caso dos jovens refugiados – a memória é recriada a partir de uma representação do eu. É uma memória performativa corporal reforçada pelas marcas físicas, visíveis, de tortura e dor; ou psíquicas, resultantes de imagens de horror, sedimentadas no sofrimento. São estes discursos de memória dificilmente reconstruída, o único património esgrimido pelos requerentes de asilo, para a obtenção de um estatuto tão desejado.

Os refugiados e requerentes de asilo, contaram-me as suas histórias – sempre de dor, de ameaça à própria vida, de humilhação e de medo – os seus sofrimentos mais profundos, plasmados em terrores nocturnos, ou em silêncios de histórias que foram vividas para não ser contadas. Contam também o seu desenraizamento, mas também a expectativa de um futuro renovado, de uma esperança nas suas próprias capacidades, noutros seres humanos, num outro espaço territorial tão desconhecido apesar de tudo, como o futuro próximo e até longínquo, sendo que ironicamente, a palavra "futuro" é por vezes uma palavra que não existe, nas suas línguas de origem.

Reconstruída que é, paulatinamente, nova identidade, isto é: a reconstrução do eu a partir dos novos referentes oferecidos pelos sujeitos, num contexto que reconhecem como socialmente e culturalmente diferente do seu, reapropriado ou conquistado o sabor da liberdade (saída do anonimato, simples passeios pela rua, a ida a um centro

comercial), sem riscos que ameacem o próprio corpo, começam a desenhar um percurso tendencialmente já não tão determinado pelo passado e pelas circunstancias externas e ameaçadoras de uma ecologia de guerra, mas um percurso que implica a procura de uma nova vida na sociedade de acolhimento, que não passe obrigatoriamente, pela conquista da confiança e apoio do interlocutor, seja ele advogado, polícia, ou técnico de serviço social da instituição de acolhimento.

A partir de uma veracidade histórica individual repetida entrevista após entrevista, e testemunhada por vezes, pelas marcas de tortura, obtém-se um estatuto que confere uma renovada oportunidade de reconstrução de vida, para além das "narrativas do trauma, entendidas também como construções culturais da memória pessoal e histórica" (Kirmayer 1996: 288), especialmente visíveis no momento da primeira entrevista com as autoridades.

Retomo aqui um dos assuntos já anunciado no início: o momento da primeira entrevista com as autoridades portuguesas. Após o pedido manifesto 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, independentemente da sua idade, como já referimos. O tratamento irá ser igual, quer se trate de crianças, jovens ou adultos. Aí, será sujeito a uma entrevista crucial, uma vez que é perante a "performance" retórica e corporal apresentada, que lhe irá ser atribuído, ou não, o estatuto de refugiado. Nesta entrevista, estão presentes o agente da autoridade, e um jurista do CPR. Apesar das diferenças culturais, sociais, linguísticas e etárias entre o requerente de asilo e o agente da autoridade, e da situação eventualmente traumática em que o primeiro se encontra, frequentemente recém-chegado de um ambiente de terror e exploração,[103] não estão presentes mediadores culturais ou 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, exibe silêncios, a intensidade e desafio do olhar ou a fragilidade e submissão com que encara o agente da autoridade, as referências que oferece do país, a postura do corpo na cadeira, a capacidade de chorar

[103] Existem testemunhos verbalizados timidamente por alguns refugiados, nas entrevistas biográficas levadas a cabo pelos técnicos da ONG ou pela antropóloga, que referem que a viagem de fuga dos países de origem está por vezes sujeita a agressões sexuais perpetradas a troco de alimentos, em particular no caso de crianças e jovens não acompanhadas pela família, mas também roubos e fome.

ou de calar as lágrimas. Toda a subjectividade contida neste acto, é o verdadeiro passaporte para quem não tem (ou não quer ter) outras formas de provar a sua identificação, numa sociedade em que o papel, os documentos, a imagem do eu, substitui a própria identidade física do sujeito.

5.5 – Da fuga ao pedido de asilo e daí à clandestinidade

Onde a diplomacia perdeu as botas…

Cruzar fronteiras implicou sempre até certo ponto, transgredir (Triulzi s/d). Esta afirmação é tanto mais verdadeira quanto se trate da "ambígua categoria" de requerentes de asilo, considerados nalguns países (Itália, Espanha, por exemplo) como ilegais e clandestinos, até que consigam provar as razões que os levam a ter direitos, enquanto refugiados. Ora este "direito", é muitas vezes difícil de provar no contexto actual das normas da Convenção de Genebra para o reconhecimento do asilo político, para além do reconhecimento deste estatuto, estar também muito dependente de acordos políticos e diplomáticos entre alguns Estados europeus e as suas ex-colónias, como é o caso de Portugal. Durante o tempo que durou a minha investigação, não tive conhecimento de nenhum requerente de asilo proveniente dos PALOP, que tivesse obtido a posterior autorização de residência por razões humanitárias. Apesar de ter conhecido pelo menos dois jovens provenientes da Guiné Bissau que conseguiram num primeiro momento persuadir o SEF de que de facto tinham razões para pedir asilo político, dada a actual conturbada situação naquele território, acabaram por já em tribunal (onde foi colocado recurso), verem negada a sua pretensão de reconhecimento de asilo em Portugal. Um destes jovens decidiu arriscar cruzar fronteiras terrestres, procurando abrigo junto de outros familiares, na Bélgica. O outro desapareceu do Centro de Acolhimento, provavelmente tentando também encontrar familiares imigrantes em Portugal, passando assim a imigrante clandestino ou indocumentado. Como consequência desta necessidade de "camuflagem" feita de narrativas e performances convincentes, primeiro nas entrevistas do SEF e depois ao longo da sua permanência no CAR, e sempre que contactavam com todos aqueles que eles identificam como potenciais técnicos de instituições, deparei-me com mais de uma situação em que estes jovens – alguns ainda menores – tiveram necessidade de encobrir a sua própria origem territorial, com o fim de obterem asilo.

G e A são jovens adolescentes com estratégias de aceitação semelhantes. G entrou em Portugal enquanto menor, proveniente da Costa do Marfim. Efectivamente, assumiu nas conversas comigo que não era essa a sua verdadeira nacionalidade, mas sim da Guiné Conacri. Neste caso, a estratégia não estava relacionada com acordos políticos diplomáticos entre Portugal e as ex-colónias, mas apenas porque os documentos que possuía eram da Costa do Marfim.

> "A minha família é de comerciantes. O meu pai viajava frequentemente entre a Guiné Conacri e a Costa do Marfim. Quando começaram os problemas na minha terra, o meu pai disse-me para fugir, mas antes comprou-me os documentos a um amigo com quem costumava ter negócios na Costa do Marfim. Por isso tenho esses documentos e foi com essa nacionalidade que entrei em Portugal. Para mim tanto faz. Aqui no Centro (CAR), tenho vários amigos dos dois países. Nós falamos a mesma língua e temos a mesma religião. É isso que importa. Conhecemos as histórias más de cada um e todos queremos o mesmo: ter um futuro melhor. É isso que eu espero em Portugal: termos nós todos refugiados, um futuro melhor. Não importa se temos 14, 16, 18 ou 22, se vimos de África ou da Ásia ou mesmo da Colômbia. É isso que todos nós queremos: que nos deixem viver aqui para fazermos a nossa vida e termos um futuro melhor."

Durante três anos, G teve sempre os seus documentos frequentemente renovados pelo SEF. Após este tempo, o SEF deixou de lhe renovar os documentos sem nenhuma explicação aparente.[104] G decidiu então apanhar a camioneta e tentar passar as fronteiras que o separavam da Alemanha, país onde se encontrava a residir, parte da sua família. Vai tentar a sorte como imigrante "normal" (segundo as suas palavras). Frustrado com Portugal, como a maioria dos outros jovens requerentes de asilo, diz: "Mais vale dizerem que não nos querem aqui. Primeiro aceitam-nos, para depois nos rejeitarem. Só nos dificultam a vida. Nem entendem o que significa ser-se refugiado." De facto, é este o destino da maioria dos jovens requerentes de asilo que possui família imigrada na

[104] Três anos parece ser o limite aceite pelo SEF para que os documentos sejam renovados sem problemas. Após esse período, a renovação torna-se cada vez mais difícil. De acordo com uma das entrevistas que fiz a um dos inspectores responsável pelas entrevistas aos requerentes de asilo com vista à renovação de documentos, a renovação depende de vários factores. Nomeadamente: as condições sociopolíticas actuais do país de proveniência do requerente de asilo (caso não haja conflitos, os documentos não são renovados, pois pretende-se que se faça o regresso à origem); a presença do requerente em todas as entrevistas solicitadas ao longo dos anos pelo SEF, Segurança Social e/ou Santa Casa da Misericórdia (com o objectivo de verificar se o requerente de asilo sempre cumpriu os requisitos legais para a sua permanência em território nacional), o facto de estar ou não empregado, entre outros requisitos não revelados. Contudo, há que referir que embora os contextos de proveniência não tenham melhorado, por si só, não significa que a renovação dos documentos – cartão de residência por razões humanitárias – esteja garantida.

Europa. Um dia decidem partir, de novo assustados com a condição de eternos "clandestinos", arriscando a sua sorte em cada fronteira europeia que cruzam. Os amigos que entretanto fizeram no Centro de Acolhimento e aos quais ainda não foi cortado o subsídio da Santa Casa, contribuem com algumas notas de 5, 10 ou 20 euros para a compra do bilhete de camioneta. G, passado 3 dias, mandou mensagem por telemóvel a alguns dos amigos que entretanto, passaram a palavra: tinha tido sorte desta vez. Ninguém lhe pediu documentos nas fronteiras e já estava em casa do seu tio em Berlim. *"Portugal? Nunca mais!"*, disse G. O futuro sem documentos era mais uma vez incerto, mas pelo menos estava com a sua família, que o havia de ajudar a encontrar trabalho.

Os requerentes de asilo, tal como muitos imigrantes, são empurrados para a ilegalidade devido às restritas, complexas e burocráticas normas de aparente inclusão em território nacional. Uma das consequências destas estratégias políticas de integração de requerentes de asilo em Portugal e na Europa, é contribuir para a sua reconfiguração enquanto trabalhadores sem direitos, para benefício das redes informais (por vezes ilícitas) que operam por todos os lados. Dizia-me um outro requerente de asilo:

> "A partir de um certo nível de educação, ganhar dinheiro é muito mais fácil para um jovem em África do que aqui na Europa. O problema é que a maior parte de nós requerentes de asilo, não viemos para cá por dinheiro, mas para podermos continuar a viver. O problema é que sem trabalho, também não podemos sobreviver aqui porque não temos família nem ninguém que nos ajude. Portugal não é um bom país para se ser refugiado."

Os requerentes de asilo, até verem o seu estatuto regularizado enquanto refugiados (o que nem sempre está garantido), são remetidos para a margem, das margens de um sistema, vendo-se obrigados a aceitar na melhor das hipóteses, trabalho mal pago e sem direitos, ou na pior das hipóteses, são aliciados para actos menos lícitos. Como referi anteriormente, existe a suspeita latente por parte das autoridades, que uma boa parte dos requerentes de asilo, em particular os mais jovens, não são "verdadeiros" refugiados políticos, de acordo com os princípios proclamados na Convenção de Genebra, mas sim imigrantes económicos "disfarçados". Esta questão remete-nos para a "invenção" de uma norma jurídica e de um conceito que coloca estes migrantes num limbo de um estatuto, sem garantias de protecção: o estatuto de "*residentes por razões humanitárias*". Esta figura jurídica datada no tempo, na maioria dos casos de pessoas

que pediram asilo, entrava o acesso garantido a uma protecção segura e irreversível: a de refugiados. Leva-nos também a questionar uma outra situação relacionada com os conceitos de "*imigrante económico*" e "*refugiado*" ou "*requerente de asilo*". Em muitos países de origem dos indivíduos que pedem asilo, as questões políticas não estão separadas das questões económicas, sendo a guerra apenas uma das particularidades mais visíveis das difíceis condições de vida destes migrantes que vivem nas margens do sistema, mesmo quando residem há já alguns anos em Portugal: desterritorializados e desumanizados, entre um espaço e um corpo em movimento, para além de que, como referi anteriormente, se reinventarem numa identidade também ela mutável (Triulzi s/d).

Uma das eventuais consequências da dificuldade de obtenção de asilo traduz-se por vezes na necessidade de alterar propositadamente a própria identificação. Apesar de os documentos falsos apresentados no momento de pedido de asilo fazerem já parte de um dado adquirido por parte das polícias de fronteira, durante a entrevista é suposto que o requerente assuma a sua verdadeira identidade, o que nem sempre acontece pelas razões já anteriormente expostas. As verdadeiras razões para a partida e para a chegada num país de asilo, nem sempre são lineares, levando o requerente a ter que adaptar ou alterar a sua narrativa, de acordo com as circunstâncias do país onde foi recebido.

5.6 – Lugares de referência e identidades forjadas

"Portugal é uma sala de espera num imenso aeroporto"

N[105] é uma jovem rapariga muçulmana que no primeiro contacto comigo narrou a sua trágica história, dizendo que ainda era menor e que tinha vindo sozinha da Somália. Descreveu com todos os detalhes o seu percurso de fuga: da Somália partiu para a Etiópia, país que mantém também uma guerra prolongada com a Somália. De acordo com a descrição desta rapariga, os etíopes violavam e infectavam propositadamente as raparigas somalis. Da Etiópia fugiu para o Quénia, de aí para a Tanzânia, da Tanzânia para Moçambique e finalmente para Portugal, tendo sido esta etapa feita de avião, ao contrário de todas as outras, que haviam sido feitas em camioneta, carro ou barco. Toda a família tinha sido assassinada, como causa de conflitos étnicos, com excepção de um

[105] Muitos detalhes desta e de outras narrativas são deliberadamente ocultados pela autora. Os requerentes de asilo são em número muito reduzido em Portugal. As mulheres são ainda menos que os homens, pelo que se torna relativamente fácil identificá-las. Garantir o seu anonimato é uma das preocupações permanentes na escrita destes testemunhos.

ou dois parentes que tinha conseguido fugir há alguns anos, para a Europa. Como de costume, o passaporte tinha sido comprado ainda na Somália, mas continha um nome diferente do seu. Não era sua intenção pedir asilo em Portugal. Apenas pretendia fazer escala aqui, para de seguida partir para outro país, onde se encontravam os poucos membros que restam da sua família que apesar de tudo, não conhecia porque já haviam saído há muito tempo do país. Infelizmente (palavra sua) foi retida no aeroporto em Lisboa e já não a deixaram prosseguir em direcção ao destino pretendido, tendo ficado retida num lugar que não queria. Há já três anos que N se encontra em Lisboa. O único registo telefónico que a poderia colocar em contacto com os familiares dispersos por vários países da Europa (e de África) foi perdido durante a viagem. As experiências que N tem vivido desde que chegou à Europa - e a Portugal em particular - têm sido bastante intensas e cheias de objectivos e sonhos nem sempre cumpridos. A necessidade de se ligar a alguém, de reconstruir aquilo que concebe como sendo uma família, levou-a a várias experiências não muito gratificantes, segundo as suas próprias palavras. A cada momento, cria uma nova narrativa, um novo esquema de sobrevivência, um novo afecto. A cada momento deseja sair daqui, desta vida e deste contexto onde no princípio não conhecia ninguém, mas onde ficou retida contra sua vontade. Disse-me várias vezes: "*Portugal é só uma sala de espera num imenso aeroporto.*" Esta espera forçada obrigou-a a forjar afectos, e romances reinventados.

Já não está só. Acaba de ter uma filha. Só há muito pouco tempo, numa das idas à obstetra, me disse quase em sussurro que nasceu na Somália, mas viveu uma boa parte dos seus recentes anos de adolescente, em Moçambique. O percurso efectuado por N foi afinal da Somália para Maputo e de Maputo para Lisboa.

Este e muitos outros exemplos remetem-nos para os fluidos conceitos de identidade e pertença. A identidade no caso dos refugiados e requerentes de asilo, em particular, está longe de poder ser associada a um local, uma etnia ou sequer a um país de origem, e leva-nos a questionar mais uma vez, a identidade associada a lugar de pertença. Assumir uma identidade de origem pode representar um risco, porque caracteriza a dificuldade de garantir asilo ou abrigo (mesmo quando existem razões que justificam o pedido de asilo), de acordo com aquilo que é definido como lugar passível de o obter, pelas políticas de acolhimento europeias e portuguesas em particular. Em contextos (como o africano ou o asiático) onde as fronteiras são o resultado de acordos políticos de origens coloniais, a pertença não se mede através da referência a um Estado-nação. O contacto continuado com requerentes de asilo jovens e adultos, tanto

no CAR como fora dele, permitiu-me observar que o sentimento de pertença e de identidade, se fazia mais pela partilha de um mesmo idioma linguístico, do que pela referência a um país. "Nós somos irmãos. Todos falamos o mesmo dialecto. Entendemo-nos bem, e sabemos como os nossos companheiros pensam." Esta era uma das frases recorrentes de jovens requerentes de asilo que foram construindo amizades a partir da partilha de um mesmo espaço (por vezes quatro ou cinco de idades aproximadas, no mesmo quarto) no CAR, e que já depois de terem saído de lá, mantiveram contacto, facilitado pelas mesmas lutas diárias com o SEF, a Santa Casa da Misericórdia. Estes jovens eram provenientes de países como a Guiné Conacri, Serra Leoa, Costa do Marfim, Camarões ou mesmo Congo. O mesmo acontecia com os provenientes do Irão, Paquistão ou Índia por exemplo. Esta noção de identidade não se coloca apenas no caso dos menores não acompanhados, mas de um modo geral a todos os requerentes de asilo (realça-se aqui mais uma vez o facto de que a maioria dos requerentes de asilo tem idades muito aproximadas sendo a maioria bastante jovem).

Inicialmente é no cenário da entrevista decisiva com o agente da autoridade, que o jovem requerente de asilo possui nas suas mãos a possibilidade de recriar uma identidade. A identidade, segundo Goffman, é um processo em construção contínua, que se vai criando e recriando em função do contexto social, histórico, cultural, sendo também o produto de uma negociação com os outros. As memórias a que a maior parte dos refugiados está sujeita, condiciona a sua visão retrospectiva do passado, tal como referimos anteriormente. Não de uma forma patológica resultante de personalidades múltiplas, mas como necessidade de repetição contínua de um passado (para si próprio, e principalmente para os outros) fruto em parte, de uma reconstituição imaginária de uma memória, que lhes devolva o sentido da sua existência.

Perante a exigência das autoridades de apresentação de uma história credível, o candidato a refugiado, recria uma imagem possível a partir de papéis múltiplos, e por vezes socialmente aprendidos com companheiros de infortúnio. Existem movimentos aprendidos, respostas que se repetem perante situações e contextos nacionais semelhantes.

A este respeito, parece-me interessante referir que, ao considerar-se o conceito de juventude – grande parte das vezes determinado por questões culturais muito mais que por determinantes biológicos e etários – existe um paradoxo no que diz respeito aos jovens requerentes de asilo, entre a construção cultural de juventude e a obrigatoriedade

jurídica de inscrição do corpo, num marco biológico confirmado ou não, pelas políticas "tecnobiológicas" actuais.

Num cenário de guerra ou de lugares onde existem atentados constantes aos direitos humanos, o conceito de juventude não se caracteriza como noutros contextos, como uma etapa de vida com privilégios próprios, normalmente associados a contextos em que os momentos de lazer, ou ócio são constantes, ou até de uma atitude displicente, conotada com uma certa "irresponsabilidade" associada a jovens de classes médias ou altas em contexto europeu, mas também africano, asiático ou americano.

Já desde Margareth Mead (1928) e Malinowski (1929) que o conceito de juventude e adolescência tem vindo a ocupar um lugar privilegiado de debate, apesar de existir um hiato considerável, entre as reflexões produzidas por estes antropólogos e as que se têm produzido já neste século. Contudo, o conceito de juventude, do ponto de vista da antropologia, não possui uma definição linear, podendo-se basear fundamentalmente nas circunstâncias e vivências pessoais, em particular em experiências liminares como testemunham as narrativas dos jovens refugiados, e não numa categoria determinada pela idade cronológica com recurso a determinações de escalas biométricas como as que temos referido (Bordonaro 2006; James 1995; Wulff 1995). Também na perspectiva da sociologia produzida em Portugal, tem vindo a ser debatido o conceito de juventude. Tomando como exemplo Pierre Bourdieu, José Machado Pais (1990) refere que este conceito, começou por ser uma categoria manipulada e manipulável, no sentido em que se fala por vezes dos jovens como uma "unidade social" correspondente a uma faixa de idades. Não existe, pois, segundo Pais e de acordo com a minha experiência etnográfica, uma "cultura juvenil unitária", sendo necessário explorar em alternativa, as possíveis semelhanças e diferenças, com base não na idade biológica mas sim correspondentemente, nas expectativas e aspirações por um lado, e nas diferenças sociais por outro.

Os jovens requerentes de asilo, ainda antes do momento em que decidem abandonar o seu país, dificilmente poderão ser considerados como "jovens", no sentido em que, a categoria etária em que se encontram, está subjugada a uma condição histórica, cultural e política que determina a sua "forçada" atitude perante a vida. Estes jovens isolados, já num país desconhecido, com referentes culturais e linguísticos que desconhecem, remetidos a uma instituição (o Centro de Acolhimento de Refugiados) que funciona como um lugar de passagem para o desconhecido, privados de um contexto familiar, de um grupo de idade a que pertenciam ou de um contexto escolar

que lhes haveria de garantir, na maior parte dos casos, a progressiva passagem para a vida adulta, dificilmente se poderão inserir na caracterização sociológica de "juventude", empurrados que foram para um mundo de adultos violento, que desde muito cedo, aprenderam a temer. A sua socialização está pois, sujeita à invenção de códigos de sobrevivência diferentes do contexto de onde fugiram, operando-se transformações identitárias fulcrais que irão permitir, ou não, uma possível integração na sociedade de acolhimento. Também o frequente sentimento de "vida eterna" e sem limites, que caracteriza muitos dos jovens das sociedades democráticas ocidentais, aprendendo desde cedo, a associar a ideia de morte às gerações dos avós, reveste-se, nos jovens refugiados, de um sentimento avassalador de proximidade, vulnerabilidade e insegurança.

Como já vimos, o conceito de juventude não pode ter uma única definição, porque depende das circunstâncias socioculturais e das experiências pessoais. A juventude é pois um conceito culturalmente construído, "situado numa paisagem social de poder, direitos, expectativas e relações" (Durham 2000), muitas vezes definido apenas por oposição aos mais velhos. Esta definição por oposição, é muito fluida no caso dos menores não acompanhados e jovens residentes no CAR: a "classe de idade" é muito aproximada, o que significa que não há uma verdadeira oposição (apenas aquela que é imposta pelas biotecnologias como anteriormente referimos) entre "jovens" e "velhos". Apesar de não haver estatísticas disponíveis actualizadas, sobre a distribuição etária dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, ao longo do trabalho de campo, apercebi-me que a média de idades oscilava entre os 16 e ao 45 anos, com excepções para os dois extremos, podendo pois falar-se da existência de uma certa homogeneidade etária.

Para a maioria dos menores não acompanhados e outros jovens requerentes de asilo, as experiências passadas reportam-se a envolvimento forçado ou voluntário em rebeliões e conflitos armados, com especial destaque para as "crianças-soldado" no Congo, Eritreia, Somália e Serra Leoa. Para estas, como para as tantas outras, a infância e a juventude não pode ter sido semelhante aos princípios e direitos definidos na Declaração dos Direitos da Criança (1959). O processo de crescimento e procura de construção/definição de identidade pessoal (que costuma ser atributo do período de adolescência) é por vezes brutalmente interrompido. Em contextos de guerra, as vítimas não são só os socialmente desprotegidos. Mesmo os mais instruídos, aqueles que fizeram um percurso escolar universitário, são vulneráveis aos efeitos da guerra, encontrando-se impedidos de buscar oportunidades, tanto nos locais de origem, como já

no país de asilo. Ao longo do trabalho de campo, deparei-me com vários jovens que me relataram a dispersão actual das suas famílias: quando o conflito na sociedade de origem se prolonga por vários anos, a família, numa tentativa de sobrevivência, vai fugindo paulatinamente do lugar original.

Os locais de destino não são só os ditos países industrializados, mas também e sobretudo, os diferentes países fronteiriços em paz (a maioria dos refugiados no mundo deslocam-se entre países do continente africano, segundo dados de ACNUR 2010a). Apesar da distância física entre os membros sobreviventes da família, os contactos virtuais vão-se mantendo por Internet e principalmente por telemóvel, o que de certo modo pode configurar a existência de uma rede social virtual que coloca os sujeitos em relação constante, principalmente em situação de asilo, tal como pude constatar frequentemente na sala de convívio do CAR. As identidades vão-se pois tornando híbridas, como consequência desta forçada e contínua mobilidade. Bryceson e Vuorela empregam o conceito de "transnational families", afirmando:

> "As famílias transnacionais são aqui definidas como famílias cujos membros vivem algum tempo ou a maior parte dele separados uns dos outros, mantendo-se contudo unidos e criando algo que pode ser visto como um sentimento de assistência e unidade colectiva, ou seja, um «carácter de família», mesmo atravessando fronteiras nacionais" (2002: 3).

5.7 – (Re)significação familiar como processo de integração

A "questão transnacional" tem sido abordada fundamentalmente pela antropologia, tendo como experiência a epistemologia dos terrenos de observação. O estudo da globalização e do transnacionalismo tem vindo a ser efectuado como resultado das mudanças culturais que resultam em culturas híbridas (Appadurai 1996; Escobar 1995; García Canclini 1997, 1999; Lavie e Swedenburg 1996; Inda e Rosaldo 2002).

O estudo das diásporas tem igualmente trazido à luz muitas das histórias de vida, narrativas e agencialidade destas famílias dispersas e em movimento, que já não se referenciam em relação à bipolaridade representada por um lugar de partida e um lugar de chegada, mas sim em relação a uma "multi-localização" que constrói pontes identitárias entre várias referências geográficas. O transnacionalismo das famílias em movimento, particularmente nos casos em que parte dos seus membros são imigrantes, outros refugiados e requerentes de asilo, elucida-nos também sobre a importância da

dinâmica das redes sociais e ao mesmo tempo, ajuda-nos a questionar as noções de *pertença* e de *alteridade*, mas também de *autóctone*, *imigrante*, *nacional* ou *estrangeiro*. Neste contexto de *famílias transnacionais,* em particular nos casos em que o passado está enublado por memórias de violência e exploração, o próprio conceito de saudade e nostalgia adquire um significado diferente daquele, que é normalmente atribuído às histórias de emigração, e as memórias transformam-se antes em sonhos projectados no futuro. Assim, a própria noção tradicional de família adquire novos referentes, passando a ser mais uma construção social, em que as ligações entre os membros são negociadas, e onde a ligação biológica perde a sua relevância. As famílias dos refugiados passam a ser de algum modo comunidades imaginadas, que desenvolvem as suas estratégias de contacto, de acordo com as necessidades. Há também a considerar o facto de muitas destas famílias, em particular de origem muçulmana, serem polígamas o que permite uma estrutura de parentesco com uma extensão muito maior na rede de irmãos, primos, tios e por conseguinte, uma rede amplificada de contactos possíveis, no exterior.

Ainda a propósito da noção de família, importa regressar à história de T, com a qual aliás, iniciei este capítulo. Afirmei antes que T tinha passado a viver com uma "família de acolhimento". Não emprego aqui o termo acolhimento no sentido que lhe é atribuído pelo próprio Estado português, que, segundo o Portal da Educação, identifica uma família de acolhimento deste modo:

> "Com a[s] novas regras publicadas em 2008, o acolhimento familiar passa a ser profissionalizado, ou seja, as famílias de acolhimento não podem ter relações de parentesco com as crianças ou jovens que acolhem, ao contrário do que antes poderia suceder. É inclusive obrigatória a inscrição do responsável pelo acolhimento familiar na respectiva repartição de finanças como trabalhador independente. As pessoas ou famílias de acolhimento também não podem ser candidatas a adopção."[106]

Em vez disso, uso o termo de acordo com o que alguns autores da antropologia do parentesco entendem por família, e recorro às palavras de Susana de Matos Viegas na introdução do seu artigo "Eating with my favourite mother":

> "Criar um filho, proporcionando-lhe cuidados e alimentação, é valorizado de tal forma que a mãe de uma criança pode ser a mulher que a criança escolheu para ser sua mãe. A

[106] In http://www.educacao.te.pt/pais_educadores/index.jsp?p=86&id_art=264.

> escolha não é entendida como um acto de livre vontade, mas como um enquadramento temporal, no sentido em que escolher uma mãe é um modo de enfatizar a possibilidade de desfazer ou reverter os laços entre pais e filhos. O artigo sugere uma «socialidade de se tornar um ser no mundo» como uma alternativa não só para a noção de socialização, mas também para a articulação teórica entre parentesco e sociedade" (2003: 21).

Uma das frases que mais me marcaram e que provavelmente condicionaram o rumo da minha atitude face aos requerentes de asilo com os quais trabalhei, foi a frase proferida por T, por coincidência, uma das primeiras pessoas a quem perguntei se me podia contar a sua história. Naquele dia de Julho de 2007, T respondeu-me, ainda em francês: "*Si tu me le demandes, c'est parce-que tu veux m'aider.*" Com esta resposta fui confrontada, ainda que involuntariamente, com o papel que uma antropóloga deve desempenhar, numa investigação sobre o sofrimento dos refugiados. O que é que temos para oferecer em troca, uma vez que aparentemente não estamos ali para devolver coisa nenhuma, ou mesmo muito pouco? Não somos médicos, não somos empregadores, não temos (em princípio) a capacidade científica de podermos intervir no rumo das suas vidas, nem é esse a bem dizer, o nosso objectivo enquanto investigadores… A partir daquela afirmação de T (tinha na altura 17 anos), e sem que algo de consciente ou deliberado tivesse surgido da minha parte naquele momento, foi-se estabelecendo pouco a pouco, uma relação afectuosa entre ambos. Fui percebendo que cada vez que eu chegava ao Centro de Acolhimento, T dirigia-se imediatamente a mim, com um enorme sorriso e imensa vontade de conversar, de estar comigo. Essa relação de empatia foi-se tornando cada vez mais recíproca. Comecei por convidá-lo a passar os fins-de-semana em minha casa, com a minha família, na qual se integrou como se desde sempre lá tivesse o seu lugar reservado. No dia em que finalmente cumpriu os 18 anos, saiu definitivamente do CAR para viver em permanência comigo e com a minha família (nuclear). As nomenclaturas de parentesco dos restantes membros da família, bem como os afectos, surgiram com a naturalidade de uma criança que aprende o seu lugar no mundo, ao mesmo tempo que aprende a falar. O carinho, a protecção, a casa, a alimentação, a instrução e o sentimento de segurança, foram dados na mesma proporção com que recebíamos o mesmo que se recebe de qualquer filho, irmão, neto, sobrinho… Aquilo a que Viegas denomina *"sociality of becoming a being-in-the-world"*, neste caso proporcionada pelo facto de agora ter uma nova família escolhida por ele, ao longo do quotidiano das nossas vidas em comum, na partilha de uma casa e de uma mesa, foi-

se tornando para T na maior protecção contra os medos recorrentes, os pesadelos e as insónias. Mas também para mim. Para a minha família e amigos, a presença de T veio alargar os horizontes de conhecimento do mundo e principalmente, veio confirmar que a noção de família tem a ver muito mais com afectos, reciprocidades e quotidianos que com qualquer laço biológico. Sobre a história de T enquanto membro da minha família, muito mais haveria que relatar. Deliberadamente opto por não o fazer, pois esse relato correria o risco de estar vinculado a subjectividades próprias das relações afectivas. A meu ver, a antropologia ainda não nos deu ferramentas científicas e conceptuais que nos ajudem a colocar em perspectiva o nosso particular relacionamento com aqueles que por efeito da investigação, passaram também a fazer parte intrínseca do nosso quotidiano. O pequeno relato que aqui apresentei, foi assim, apenas um contributo para a transparência da minha relação inicial enquanto antropóloga, com um requerente de asilo que se tornou parte da minha família. A "poética e a política" da etnografia "em casa própria" terá pois que esperar.

O, é um jovem requerente de asilo que entrou em Portugal vindo igualmente da Guiné Conacri. A primeira ocasião que tive para falar com ele mais aprofundadamente, foi quando me pediu para o acompanhar à primeira consulta no Centro de Saúde. Mostrava-se muito pouco confortável, com receio do que lhe iria acontecer no futuro e esforçando-se por perceber o presente que o rodeava. Passou alguns meses no CAR, para depois sair, como todos os outros. Clandestinamente, não muito longe do CAR, tinha as suas próprias relações familiares, preparadas para o receber e lhe dar tecto e apoio logo que saísse do Centro. Tios, irmãos e primos já residentes em Portugal como imigrantes, constituíam a sua rede familiar. O pai e a mãe continuavam em África. Três anos após ter entrado em Portugal como requerente de asilo, os familiares portugueses comunicaram a O que tinha viagem marcada para França. Estava tudo já previamente resolvido: a casa onde deveria ficar e que pertencia aos outros primos e irmãos mais velhos que residiam em França, o que devia levar para a viagem, quanto tempo deveria aí ficar, sendo que a estadia não deveria ser superior a um mês, tempo que intermediava a necessidade de apresentação mensal à Santa Casa da Misericórdia para que o subsídio pudesse continuar a ser pago.[107] Só pouco antes da data de partida foi comunicado a O a

[107] É muito comum a viagem de visita aos familiares imigrados noutros países europeus, entre os requerentes de asilo residentes em Portugal. Contudo, a viagem faz-se normalmente entre as entrevistas mensais na SCM, para continuar a ter direito ao subsídio. A viagem de ida e volta faz-se sempre de camioneta, uma vez que segundo os requerentes de asilo, este é o modo mais eficaz de evitar os controlos fronteiriços, embora legalmente, nada os impeça de viajar.

razão desta viagem repentina: O, ia a França para se casar com uma rapariga muçulmana, filha de imigrantes da Guiné Conacri, nesse país. O, actualmente continua a residir em Portugal com a sua família, (ainda clandestina, para os técnicos do SEF e Segurança Social). A sua esposa recente continua a residir em França. O, terá que esperar cerca de dois anos para que o casamento muçulmano adquira a sua expressão civil legal nesse país. Ainda não pensou o que irá fazer no futuro, nem onde irá morar. Apenas diz num português já mais perceptível: "Tanto faz, não importa onde, o que importa é ter documentos certos para ir para França, poder trabalhar e sustentar a minha mulher e os filhos que vamos ter."

5.8 – Negociando identidades, representando etnias

A própria situação de liminaridade dos jovens (etária, e em movimento entre continentes) faz com que recusem o papel de vítimas, com o objectivo de procurarem activamente o seu percurso rejeitando a anomia e a passividade, para que os remete a sua frágil condição de jovens requerentes de asilo, no país de acolhimento. No capítulo em que escrevo sobre a constituição da Associação de Refugiados em Portugal, pretendo demonstrar que estes jovens requerentes de asilo, constituem-se como agentes activos, na construção de significados e símbolos que representem a sua situação social actual, mas que também os reporta para um futuro sonhado e imaginado, ou por outras palavras: "*imagined worlds*" e "*possible lives*", como propõe Appadurai (1990, 1996; Bordonaro 2006). De acordo com esta perspectiva, a identidade é assim, algo para ser entendido, menos em termos de contexto geográfico, nação, etnicidade ou cultura, e mais em termos do modo como as pessoas "sonham o seu futuro" (Beck 2000: 54, cit. in Bordonaro 2006).

Ainda sobre o conceito de juventude e identidade, podemos dizer que, no que diz respeito aos refugiados, a própria noção de pertença étnica é um fenómeno recriado (Fischer 1986; Geertz 1973), construído, podendo ser reconfigurado para se adaptar a variados contextos e situações de forma rápida, tendo a ver não só com a sua condição de refugiados mas também de adolescentes, sendo que uma das primeiras vicissitudes de qualquer adolescente é a construção da sua própria identidade. Contudo, estas "inovações identitárias" não ocorrem espontaneamente, sendo também o reflexo de mudanças sociopolíticas, ou por acções específicas dos indivíduos que reorganizam as suas experiências e objectivos de vida. Esta necessidade de construir ou recriar novas

identidades ocorre também por ausência de "*role models"* (modelos de referência) no contexto de asilo em Portugal, ou ainda porque a sociedade e contexto de asilo cria em torno da figura do "refugiado" uma expectativa de exotismo traumático associado a regiões longínquas de onde pouco ou nada se sabe.

Em parte, a imagem de vítima colada à ideia de refugiado, vem por via das reportagens fotográficas como por exemplo a da exposição "Êxodo" (2000) produzida pelo fotógrafo brasileiro Sebastião Salgado, ou através de documentários videográficos de divulgação massiça produzidos pelo próprio ACNUR ou Organização Internacional para as Migrações (OIM).

Por ocasião de uma festa organizada pela Junta de Freguesia da Bobadela, já em 2010, foi criado um espaço colectivo onde as "forças vivas" [108] locais foram convidadas a expor a sua particularidades ("cantinho dos avós"; actuação do rancho folclórico; quermesse, artesanato, exposições e banca de petiscos). Por primeira vez, foi também estendido o convite para participação à recém-formada Associação de Refugiados em Portugal. Numa das reuniões a que assisti, o presidente da Junta apresentou uma proposta de participação na dita festa colectiva, sugerindo que, na tenda onde a Associação iria estar presente, deveriam estar representadas as diversas "etnias" constituintes dos refugiados, através de uma mostra de artesanato, comidas e bebidas "características" dessas mesmas etnias.

Apesar de sabermos que mais recentemente em Portugal o termo "etnia" veio ainda que de forma errada, substituir o termo "raça", entendido geralmente pela população como "politicamente incorrecto", o que importa salientar, é que os jovens refugiados combinaram entre si, que etnias é que iam "representar", com o objectivo de corresponder às expectativas do "contexto de acolhimento". Prepararam e apresentaram comidas, bebidas e algumas peças de vestuário que "caracterizassem" pois, as tais etnias de "pertença". Estes "inovadores" (conceito proposto por Camino 1994), apropriam-se de símbolos que exemplifiquem novas identidades, às vezes inventam novos, ou reinventam os significados dos antigos, experimentando entre o "eu" e o "não eu", tentando assim corresponder àquilo, que pelo menos parte da sociedade de asilo, espera deles.

Os refugiados são deste modo repentinamente atirados para novas e não planeadas experiências socioculturais. Os adolescentes refugiados em particular,

[108] Esta é uma expressão muito comum, usada na gíria autárquica para designar associações locais ou outros agentes socioculturais em presença no território.

constroem e negoceiam a sua identidade devido ao seu estado liminar. A liminaridade é um conceito já trabalhado por Turner (1967, 1969, 1974) e também, no contexto português mais recente, por João de Pina Cabral (2000), e representa um estado onde um indivíduo que se move de um ponto fixo e conhecido, *status* ou circunstância, para outro:

> "… torna-se ambíguo, nem aqui nem lá, escapa entre todos os pontos fixos de classificação, atravessa um domínio simbólico que tem poucos ou nenhum dos atributos de seu estado passado ou futuro" (Turner 1974: 232).

No que diz respeito aos refugiados, liminaridade significa ser apanhado entre duas (ou mais) circunstâncias. No caso dos jovens como referimos anteriormente, esta liminaridade é dupla porque também se aplica à passagem de adolescente a adulto. (Por vezes, os adolescentes são tratados de forma ambivalente nos seus próprios contextos de proveniência, sendo o exemplo mais ilustrativo o das "crianças-soldado".)

Alguns dos jovens refugiados que pedem asilo em Portugal, fazem-no também para poderem assumir novas identidades, (incluindo a identidade de género). Tal como acontecer, quando nos contextos de origem são perseguidos pela sua orientação sexual. Eis as palavras proferidas por um jovem (B), com evidente constrangimento no olhar, no Centro de Acolhimento:

> "A minha família expulsou-me por ser homossexual. Nas ruas era perseguido. Um dia bateram-me muito, com bastões. Vê todas estas cicatrizes? Tenho muito medo. No meu país, ser homossexual é como ter uma doença"

A perseguição por causa da orientação sexual é um dos motivos salvaguardado na Convenção de Genebra. O trauma psicológico resultante das experiências de perseguição é por vezes, um factor dissuasor na procura de apoio na saúde, já em contexto de asilo. Habituados que estão a reprimir a sua identidade sexual por se sentirem humilhados, perseguidos e mal tratados física e mentalmente, é necessária uma dose muito grande de coragem para poderem romper com todas as amarras que os prendem à família e ao contexto sociocultural e num acto de desespero e coragem, procurarem refúgio em países onde a homossexualidade não é já tendencialmente, um tabu.

Para estes casos, também não existe em Portugal um apoio específico no campo da saúde, particularmente orientado para os requerentes de asilo que procuram apoio

nesta área. Hipoteticamente, um dos primeiros passos a serem dados, seria por exemplo o de no CAR serem colocados ao dispor de todos os residentes, folhetos em várias línguas sobre a legislação que existe nesta área e principalmente, indicação das diversas Organizações Não Governamentais particularmente capacitadas para a prestação de serviços e aconselhamento psicológico e contra a descriminação em função da orientação sexual e identidade de género.

São vários os autores que referem a prevalência do trauma em crianças e jovens expostos a perseguição e tortura (Gibson 1989; Rand 1990; Gerrity, Keane e Tuma 2001). Por um lado, os adolescentes possuem uma maior capacidade de adaptação e resiliência a novas circunstâncias em contexto de asilo, pelo facto de não possuírem um passado ainda demasiado longo. Por outro lado, quanto menor é a idade, maior é a probabilidade de adquirirem problemas de saúde mental que requerem atenção clínica imediata. Esses distúrbios podem possuir a seguinte expressão, de acordo com alguns estudos: níveis elevados de hipervigilância, distúrbios do sono, graves problemas de aprendizagem, devido em parte a perturbações do sono (Glod, Teicher, Martin, Hartman e Harakal 1997 – cit. in Gerrity, Keane e Tuma 2001: 214). De acordo com os estudos referidos, a privação continuada do sono pode contribuir para a alteração da normal maturação do sistema biológico. Ainda segundo Peden *et al.* (2008), o trauma sequencial em crianças vítimas de guerra e conflito, provocado pelo testemunho da morte ou desaparecimento dos pais e outros familiares (irmãos por exemplo), tem outras consequências, como a fome ou a nutrição muito pobre, a falta de condições de higiene e cuidados médicos que podem interferir no crescimento saudável, tal como a vulnerabilidade à angariação de traficantes. Também em Portugal, algumas das crianças que acompanham os adultos que se assumem como seus pais (enquanto residentes no CAR), não possuem um acompanhamento especializado, nem a nível físico nem a nível mental, sendo apenas remetidos para a consulta normal do Centro de Saúde. A ausência de uma resposta adequada na saúde, especialmente orientada para os menores e adolescentes em Portugal, pode contribuir para a possível traumatização sequencial, sendo neste caso da responsabilidade do Estado que lhes deu asilo mas não cuidados.

CAPÍTULO 6 – O ASILO NO FEMININO

6.1 – Luta, resistência e resiliência

"Home is where the heart is"

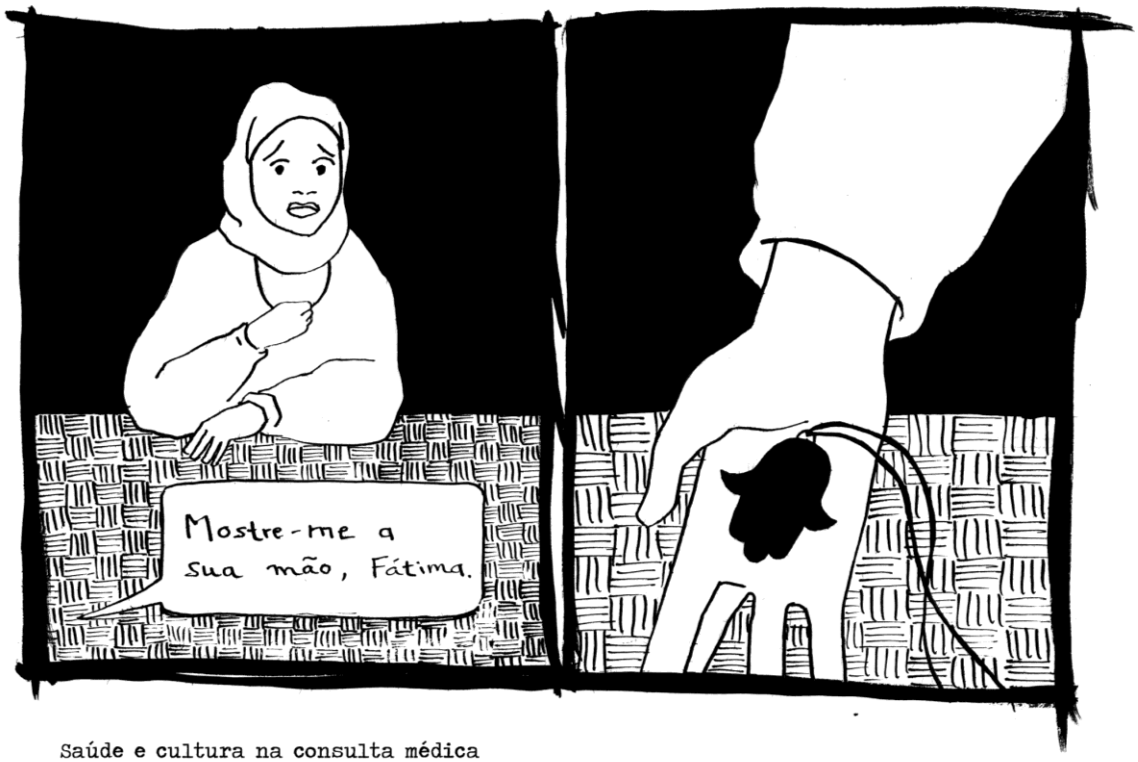
D, através da narrativa da sua experiência enquanto militante do PKK[109] primeiro, e depois enquanto refugiada, exerceu desde logo um enorme fascínio sobre mim. Como antropóloga, considero que os motivos que nos levam a escolher determinados temas de investigação em detrimento de outros, residem essencialmente no nosso próprio percurso de vida e por conseguinte, no património imaginário que vamos construindo sobre os mundos pessoais, culturais, sociais e políticos que nos rodeiam. Essas escolhas recaem também sobre as pessoas que entrevistamos e escutamos, já no contexto da pesquisa etnográfica. Evidentemente, os registos que fazemos e as entrevistas e histórias de vida que acumulamos nos nossos cadernos de campo, não são de todo, só aqueles por quem sentimos maior empatia. Contudo, existem histórias de vida que temos o privilégio de escutar e que nos remetem para aquele lugar quase honírico das histórias de aventuras dos livros da adolescência ou ainda para a visão de um mundo mais justo feito de revoluções, coragem individual e conflitos ideológicos pelos quais – se for necessário – se está disposto a dar a vida.

São vários os autores que aprofundam o conceito de empatia, tanto do ponto de vista da saúde, particularmente do sofrimento dos refugiados em relação com a classe médica (Fassin, Skultans, S. Cohen, Kirmayer, Wilson, Farmer, Kleinman) como também partindo do contexto etnográfico e da relação que se estabelece entre o pesquisador antropólogo e os imigrantes e refugiados. Neste campo, destaco por exemplo o trabalho de Sylvie Fainzang (2007b). Esta autora questiona-se sobre se a empatia e o conhecimento são características de uma relação baseada na possibilidade, ou pelo contrário, na necessidade, num cenário de investigação antropológica onde a experiência, a emoção e a compreensão através da emoção, tomam lugar.

A relação empática com algumas mulheres entrevistadas, como é o caso da minha relação com D, ao longo do tempo criou laços mais fortes, e tal como refere Fainzang,

[109] Partido dos Trabalhadores do Curdistão; em curdo, *Partiya Karkerên Kurdistan* (PKK). O PKK tem por objectivo a criação de um estado curdo independente socialista no território que alega ser o Curdistão.

Ilustração 10 – Outras interpretações do corpo



Saúde e cultura na consulta médica

fui perdendo aos olhos da entrevistada o estatuto de investigadora, para passar a ser vista simplesmente como uma mulher e em particular como amiga mais velha, a quem ela podia pedir conselhos sobre a maternidade e a sua relação conjugal.

> "Quase contra a minha vontade, os meus informantes colocaram-me numa posição absolutamente empática, senti a necessidade de me retirar dessas situações de modo a evitar confinar-me ao ponto de vista das mulheres. (…) Dei por mim bruscamente tomada pelo objecto e por pessoas cuja dor eu tinha aprendido a compreender, intelectual e emocionalmente, passando muito tempo com elas. Mas eu recusei esse estatuto, não só porque eu não tinha vontade de me tornar abstinente, como também porque me pareceu imprescindível que me concedesse os meios para atingir o desapego empático, com o objectivo de me aproximar tanto quanto possível da verdade do objecto. (…) Ao colocarmo-nos demasiado no lugar dos sujeitos que estudamos e, especialmente, permanecendo lá, corremos o risco de entrar nas suas representações, a ponto de não ver, por exemplo, que alguns dos seus comportamentos são paradoxais – uma questão que supostamente é investigada pela antropologia. Portanto, mais uma vez senti a necessidade de me separar desta empatia…" (Fainzang 2007b: 6)

Eu própria percepcionei este sentimento ambíguo que me colocava num ponto em que podia ser engolida pela intensidade do terreno e da proximidade subjectivada com a minha informante e ao mesmo tempo, a pena por não poder desempenhar este "contrato abstracto de amizade entre mim e D". Há quase um ano que não estou com ela, mas sei (por telefone, às vezes por email) que a sua vida mudou: tem mais um filho, mudou para uma casa maior. Sinto na sua voz alguma decepção pelo meu afastamento. Afinal, aos seus olhos, eu não fui ainda a tal amizade por que ela tanto ansiava. Contudo, sinto que sou sua amiga. E é aqui que por vezes preferia seguir mais a emoção do que a razão (científica neste caso). A promessa de reencontro fica adiada para o próximo ano.

Entretanto, D tem outras preocupações na vida e mais um filho para cuidar, mas é esta a sua história, e ao contrário de grande parte das histórias das mulheres refugiadas normalmente associadas ao papel de vítimas, que encontramos na literatura, esta contém uma narrativa de resiliência e agencialidade.

Conheci D pela primeira vez no final de 2007, numa acção de formação em *e-learning* sobre refugiados, levado a cabo pelo Conselho Português para os Refugiados. Nesse dia, para além do tema escolhido para reflexão, a coordenação do curso decidiu apresentar um testemunho directo, neste caso, de uma mulher refugiada. À data com 32 anos e cabelos longos e negros, o que sem consulta dos meus registos escritos consegui

reter, foram estas duas frases: "Fui militante do PKK. (…) O que me custa mais desde que cheguei a Portugal é ainda não ter amigos".

Desde logo, esta última afirmação despertou-me a curiosidade. Residente em Portugal há já alguns anos (à data da primeira entrevista), fazendo um curso de química alimentar na Pontinha,[110] sem problemas com documentos uma vez que já quase tinha completado o seu processo de legalização, e dominando um português quase perfeito, qual a razão que a levava a fazer um apelo de amizade publicamente, perante toda a turma do curso de *e-learning*?

Em Junho de 2008, contactei-a para lhe perguntar se estava disposta a conversar comigo. Expliquei que o meu objectivo era perceber qual a sua história de vida, antes de chegar a Portugal e já depois, durante o processo de integração. Disponibilizou-se desde logo, marcando o primeiro de muitos encontros, em sua casa. Em volta da mesa da cozinha e à frente de dois copos fumegantes de chá turco, começou a contar-me a sua história, ao mesmo tempo que me mostrava com orgulho, as fotografias que testemunhavam a sua actividade política nas montanhas do Curdistão.[111] Eis aqui apenas um pedaço da sua longa narrativa que havia de estender-se a outros cenários lisboetas e que se prolongou pelos anos que durou a investigação: um almoço num restaurante perto do seu lugar de trabalho, uma ida ao jardim zoológico com a sua família e amigos curdos de visita a Portugal, um jantar na minha própria casa, telefonemas, *e-mails*…

> "Tenho 32 anos, sou casada e tenho uma filha que já nasceu em Portugal. Na minha juventude fui guerrilheira do PKK. Nasci no Curdistão. O meu pai é muito rico e sempre viajou muito dentro e fora do país, mas desprezava muito a minha mãe. A minha família está espalhada por todo o lado. A minha mãe vive no Curdistão, o meu pai na Turquia. Tenho cunhados também refugiados em França, na Alemanha e na Suécia. Nenhum deles pode voltar à Turquia. Eu antes pude ir para a faculdade e formei-me em engenharia química. Em 1980, os militares dirigiam o país e eram muito severos. Em 1986, prenderam os meus tios por suspeita de pertencerem ao PKK. Foi nessa altura que o meu pai quis fugir para não sermos apanhados pelo PKK. Mas muitos jovens curdos entre os quais eu e alguns colegas meus da faculdade, revoltados com o aniquilamento que faziam

[110] A Pontinha é um dos locais onde existe um centro de formação em RVCC – Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências.

[111] Optei por não descrever as fotografias mencionadas para preservar a segurança da minha informante.

da nossa cultura, da nossa língua e até das nossas paisagens, resolvemos fugir para as montanhas, com o objectivo de nos unirmos ao Partido.

Conheci o meu marido nas montanhas, onde vivemos durante muito tempo em grupo, com outros rapazes e raparigas que partilhavam os mesmos ideais. Todos aprendemos muito com o nosso líder. Ele foi como um pai para nós. Os turcos nunca aceitaram a nossa independência. Tudo isto ainda me revolta muito. É a Turquia que faz passar para todo o mundo a ideia de que o PKK é uma organização terrorista. Mas não é isso. É apenas uma organização que tem de se defender dos ataques da Turquia e da imagem que o governo turco faz passar dos curdos. (…) O que mais nos revoltava e ainda revolta, é que nunca podíamos assumir a identidade Curda porque corríamos o risco de sermos logo vistos como guerrilheiros assassinos. Na televisão da Turquia é essa a imagem que passam dos Curdos e dos militantes do PKK. Na escola, só aprendíamos a história e a cultura Turca, nunca do Curdistão. Ainda hoje me revolta por isso.

No outro dia veio cá um jornalista que queria ouvir a minha história e que começou por dizer que o meu país era muito bonito, referindo-se à Turquia e que já lá tinha estado neste e noutro lugar. Mas nós curdos, em especial os que temos consciência política e que militamos por uma causa, não nos consideramos turcos. Por isso, não saberem distinguir uma coisa da outra, por um lado dá-nos raiva, por outro percebemos que é o resultado da política imperialista e aniquiladora do próprio governo turco que obriga os meios de comunicação e a opinião pública a considerarem que a Turquia inclui também o Curdistão. O PKK é isto mesmo: uma organização com consciência política que luta pela libertação do nosso povo. Claro que a nível internacional a imagem que fazem passar é outra (…).

Enquanto vivi nas montanhas aprendi a ser o que sou hoje. As mulheres valiam tanto como os homens, tínhamos direito a expor as nossas ideias. Tínhamos a mesma liberdade que os homens e fazíamos as mesmas coisas. Tenho muitas saudades da vida lá…havia solidariedade e amizade entre todos os guerrilheiros. Havia também igualdade entre os homens e as mulheres e as tarefas eram distribuídas entre todos por igual. Eu, tal como as outras mulheres, só estava destacada para cozinhar de tempos a tempos e não como agora, que infelizmente tenho que cozinhar todos os dias. Também tenho saudades dos ideais políticos e da ausência da religião.

Eu nunca aceitei que as mulheres fossem tratadas de modo diferente dos homens e na Turquia é isso que acontece. As mulheres têm que ser submissas e não podem levantar a cabeça. Eu vi como sofreu a minha mãe e não quero o mesmo para mim. Nas montanhas

> aprendi que podia ser diferente. Que podia haver democracia e liberdade entre os homens e as mulheres. Tínhamos direito a tudo o que faziam os homens e aprendemos a usar calças e a lutar como eles. (…) Um dia, tudo mudou. O meu marido foi apanhado pelos militares. Quase morreu. Foi preso e muito torturado. Muitos dos nossos companheiros foram mortos. [Mostra-me fotos de amigos que haviam sido torturados e mortos.] Ainda sofro muito a olhar para as caras deles e lembro-me de como todos éramos uma família. Felizmente o meu marido conseguiu fugir, depois eu e ele tivemos que sair das montanhas. Fugimos para Damasco, na Síria. Na Síria os curdos também não têm direito à cidadania, mas podem ter cartão de identificação. Da Síria fomos para a Turquia. A família do meu marido arranjou-nos documentos falsos para podermos fugir. Os documentos eram portugueses. Assim que pudemos, apanhámos o avião para a Alemanha para pedir asilo. Na Alemanha há uma grande comunidade curda. Dois irmãos do meu marido são refugiados lá e por isso queríamos ficar lá a viver, mas como os nossos documentos eram portugueses, a polícia de fronteira não nos deixou ficar e enviaram-nos para Portugal, por isso estamos cá a viver, mas não é fácil, porque aqui não temos ninguém conhecido. Ainda bem que temos a Internet e os telemóveis. De vez em quando vêm cá visitar-nos: a nossa família e os nossos amigos. Às vezes vamos lá nós, porque aqui não temos condições para receber as pessoas [a casa onde vivem é pequena, tendo apenas um quarto, uma cozinha e um wc.] O meu marido, depois de ter sofrido tanto e com o que ainda sofre, foi preso há pouco tempo na Alemanha. Foi lá visitar um irmão, mas não sabia que não podia voltar à Alemanha durante cinco anos.[112] Agora já chegou a Portugal. (…) Neste momento estou muito contente, porque consegui trabalho numa universidade em Lisboa, como estagiária."

Como referi anteriormente, a recolha da história de vida de D estendeu-se ao longo dos quatro anos da minha investigação. Gostaria aqui de deixar uma pequena reflexão sobre aquilo a que em antropologia designamos por metodologias de investigação, em particular o registo da história de vida. Alguém que decide contar a sua história a um estranho, na maior parte das vezes, e ao fim de algum tempo, não pretende apenas ser escutado, procurando ao invés, uma certa interacção, um diálogo que lhe sirva de estímulo/resposta para encontrar uma reverberação para as suas próprias inquietações.

[112] Segundo as palavras de D, ela e o marido estavam impedidos de entrar na Alemanha por um período de cinco anos pelo facto de terem entrado com documentos portugueses falsos. Uma vez que lhes foi recusado o asilo lá, não poderiam regressar durante um período de cinco anos.

No caso concreto das mulheres entrevistadas - em particular aquelas que já possuíam um património social e cultural que as colocava num patamar diferenciado, que as levou por um percurso académico - procuram ao fim de pouco tempo, encontrar cumplicidades, sintonias na maneira de ver e interpretar o mundo. Nalguns casos (como foi o caso da minha relação com D), o relato da história de vida, passou a configurar-se mais como uma relação de confiança e cumplicidade múltipla entre duas mulheres de idades e backgrounds culturais diferentes, mas modos de pensar de algum modo semelhantes. O facto de eu ser mais velha e ter também já alguma experiência de vida, despoletava por vezes na minha interlocutora, a vontade de pedir conselhos em relação ao seu, mais ou menos recente e algo desconfortável, papel de esposa e mãe, a par com algum sentimento contraditório, relativo à sua posição actual face aos ideais revolucionários libertadores, até há pouco tempo incompatíveis com os actuais papéis. A dificuldade e o apelo que D colocou no dia em que primeiro a conheci – ter amigas – foi-me depois esclarecida nas conversas que se sucederam: considerava as mulheres portuguesas que conhecia "pouco interessantes, pouco profundas, sem ideias e mais interessadas em telenovelas do que numa boa conversa".

Já desde James Clifford e Marcus (1986) ou Bourdieu (1987), entre muitos outros, que assistimos ao debate sobre a subjectividade na pesquisa etnográfica. Clifford reflecte sobre a escrita ou interpretação etnográfica enquanto acto situado no meio de significados poderosos: "Ethnography is actively situated between powerful systems of meaning" (Clifford 1986: 2), referindo ainda que as verdades etnográficas são inerentemente parciais, comprometidas e incompletas. Também Bourdieu (1987: 695), a propósito da utilização da entrevista como método de investigação, refere a existência de uma dissimetria entre pesquisador e pesquisado, agravada quando essa dissimetria é social, isto é, quando existe uma hierarquia das diferentes espécies de capital, especialmente do capital cultural.

Geertz (1989: 25), por seu lado, sugere uma "interpretação em segunda mão" referindo-se ao modo como o pesquisador interpreta ou "traduz" as narrativas que lhe são confiadas.

A experiência da narrativa implica que a informação e o conhecimento que as pessoas produzem sobre si próprias, é negociado de acordo com a interacção social que se estabelece (ou não) com o pesquisador, sendo que aquilo que é narrado está igualmente na dependência de uma memória dinâmica, e de uma verbalização dessa memória selectiva. Nesse sentido, e tal como refere Bruner, a memória é um processo

dinâmico e contínuo de construção e reconstrução do tempo, que envolve um trabalho de interpretação e imaginação. Assim, uma vida não é só como ela aconteceu "mas como ela foi interpretada e reinterpretada, contada e recontada" (Bruner 1994, cit. in Brandão e Germando 2009: 13).

A recolha da história de D foi, assim, o produto de uma relação biunívoca e a meu ver, tendencialmente isenta de hierarquia, no sentido em que dela dependia o que era narrado e a forma como apresentava essa narrativa, e de mim depende a transposição dessas memórias nesta escrita.

No que diz respeito ao eixo central da minha pesquisa – a saúde – devo dizer que foram também várias as narrativas de sofrimento apresentadas por D, com particular destaque para o sofrimento mental que lhe provocava olhar para as fotos dos amigos curdos mortos em combate, ou principalmente sempre que falava do seu marido com o qual vive em Portugal, também ele vitima de prisão e tortura física e mental. Contudo, nunca ela se posicionou a si própria, como vítima. De acordo com o seu relato, o marido[113] não conseguia ultrapassar o sofrimento porque ainda não tinha encontrado o seu caminho em Portugal. Não possuía estudos universitários como ela, mas trabalhava muitas horas num restaurante e de acordo com as palavras de D: "esqueceu os ideais revolucionários e a luta política. Só se interessa por trabalhar muito e ter dinheiro para sustentar a família. Nunca tem tempo para estar em casa".

Um dos muitos encontros com D deu-se aquando da comemoração do Dia Mundial do Refugiado, em 20 de Junho de 2008. Este era um dia especial para o CPR e para os requerentes de asilo que residiam no Centro de Acolhimento da Bobadela. Para além das comemorações que iriam durar todo o dia, e da tão desejada festa com música e teatro à noite, tinham a oportunidade de estar frente a frente a políticos, que apenas conheciam da televisão. Logo de manhã, todos estavam preparados para a recepção da comitiva presidencial, da qual faziam parte, entre outros, o Ministro da Administração Interna, o Presidente da Câmara Municipal de Loures e o próprio Presidente da República, Cavaco Silva, acompanhado da sua mulher. No terraço do Centro, os requerentes de asilo e alguns refugiados, orientados pelos técnicos do CPR, faziam um

[113] Entrevistei também uma vez o marido de D. Mostrou-se afável mas um pouco esquivo, como se pretendesse reprimir as memórias que o levavam em linha recta ao sofrimento, à semelhança de muitos outros requerentes de asilo e refugiados que entrevistei. Recordar, dizia ele, era o pior que lhe podia acontecer. Já bastava acordar aos gritos a meio da noite pelos pesadelos que teimavam em apresentar-se no presente. Com efeito, este constituiu um dos casos mais profundamente acompanhados em consulta de psiquiatria no já referido CAVITOP, tendo sido diagnosticado pelo psiquiatra como um PTSD "inequívoco" (de acordo com as palavras do médico).

círculo, para serem cumprimentados e para cumprimentarem o Presidente da República. Era um momento aguardado com grande expectativa pois para eles, esse encontro revestia-se de uma carga simbólica muito grande: era a oportunidade de serem reconhecidos socialmente, e quem sabe, usar este conhecimento pessoal tão importante, para encontrarem o seu caminho de integração em Portugal. Após um "passou-bem" acompanhado de um sorriso, Cavaco Silva perguntava o nome à pessoa que cumprimentava, seguido da seguinte pergunta: "Então? E quando é que pensa voltar para o seu país?".[114] Perante esta pergunta repetida em cada mão cumprimentada, respondia atónito cada requerente de asilo: "Não sei, mas não posso voltar." Outros respondiam sem rodeios, provocando desta vez, uma olhar de espanto no próprio Presidente da República: "Mas eu não quero voltar. Eu quero ficar a viver em Portugal."

Foi neste dia que pela primeira vez, D mostrou a sua indignação, perante aquilo a que ela própria chamou a *"manipulação política da figura do refugiado"*.

> "Não está certo. Telefonram-me a mim para vir cá e para estar disponível para responder às perguntas do Presidente e do Ministro, se eles quisessem falar comigo. Agora estou aqui, ninguém vem falar comigo e eu fiquei mal com os meus chefes a quem tive que pedir para sair do trabalho por causa disto. Isto é uma falta de respeito!"

Depois destas palavras, D quis sair da cerimónia, tendo-me convidado para ir almoçar a casa dela. Em frente a umas suculentas e aromáticas beringelas no forno recheadas com carne, D contou-me como estava a ser diferente a sua vida em Portugal. Em pouco tempo (mas apenas após se ter completado o seu processo de legalização enquanto refugiada), conseguiu colocação como estagiária em engenharia química num laboratório de uma universidade, passou a receber salário, tinha colegas que apreciavam o seu trabalho e assim que o marido conseguisse um emprego melhor, procurariam uma casa maior para poderem dar um quarto à sua filha e terem condições para receber os seus familiares e amigos curdos. Tinha contudo uma preocupação manifestada num ligeiro sorriso:

> "Com estes desejos, parece que estou a ficar uma burguesa (...). Às vezes tenho saudades dos tempos da montanha. Aqui, com marido e filha, parece que estou parecida como a

[114] Devo referir que esta pergunta, vinda por parte do Presidente da República, me causou alguma perplexidade. Não estaria ele devidamente informado sobre a impossibilidade de os refugiados regressarem à sua terra, correndo risco de morte? Por outro lado, não mandam as "regras de boa educação" não perguntar às pessoas que acolhemos voluntariamente pela primeira vez em nossa casa quando é que se vão embora?

> minha mãe e o pior é que não tenho ninguém que me diga como se educa uma filha, como se ajuda um marido que ainda acorda com pesadelos e que está sempre a pensar no mesmo. (…) Eu por mim parece que ainda me sinto mal preparada para ter filhos. Não sei se tudo isto faz sentido. Quando penso no passado, parece que tudo pertenceu a uma outra vida…"

Este relato de D leva-me a considerar várias análises: desde logo a experiência de uma mudança radical – generalizada a todos os requerentes de asilo e refugiados – entre a experiência de vida (associada a um determinado contexto cultural, a uma determinada identidade, a uma certa forma de viver a condição de género) antes da fuga, e já depois, após o pedido de asilo num país europeu. Esta "sensação de o passado pertencer a uma outra vida", por radicalmente diferente da actual, produz nos refugiados uma certa angústia a que chamaria "não domínio". A maioria das vezes não existe a possibilidade de regresso a um lugar geográfico, a uma casa, a um contexto familiar ou de amizade, que teoricamente continua a existir, nos que não passaram por essa experiência: eu não posso regressar ao passado, mas posso regressar à casa onde nasci, ou à rua onde vivi a minha infância, ao liceu onde estudei e tenho ainda a possibilidade de falar com a minha família ou com os meus amigos de adolescência que me ajudam a recordar, que me dão eles próprios referentes das minhas memórias geográficas, temporais, afectivas. Ou seja: as minhas memórias do passado não me pertencem só a mim, mas antes a um "património colectivo e simbólico" constituído por família, amigos, colegas, casas, objectos, fotos, cadernos, bilhetes escritos e partilhados feitos de cumplicidades e demais referentes. No caso dos refugiados, tal não acontece. É muito raro poderem trazer consigo objectos ou imagens que os ajudem a reconstruir a memória de um tempo que passou, e muito menos pessoas, familiares, amigos. Por isso, relembrar, é uma forma de reconstruir o mundo social, após a existência de trauma. Tal como também refere Kirmayer: "The reconstructions of memory always occur in social contexts that warrant certain types of story as more or less credible" (2007a: 529). D, após seis anos de vida em Portugal e depois de paulatinamente ter conseguido reconstruir parte das suas próprias redes sociais e afectivas, com amigos e antigos companheiros de luta noutros países, e também graças à Internet, conseguiu recuperar, como se de um tesouro se tratasse, algumas das fotos (memórias) do passado que testemunhavam o lugar da montanha do Curdistão onde tinha lutado e onde alguns dos seus amigos tinham sucumbido. Mas a possibilidade de visitar – literalmente – esse

pedaço do seu passado, estava fora de questão. Daí sentir que a vida actual não podia ser a continuação da sua vida passada, nem na forma, nem no conteúdo, uma vez que agora, com a situação profissional e familiar a entrar aparentemente no "caminho certo", até as aspirações quotidianas, pareciam ter posto em causa, as ideologias fundadoras vividas na montanha.

Uma outra análise possível, refere-se à questão da "angústia da maternidade isolada". D manifestava uma ambivalência em relação ao seu papel de mãe: se por um lado, repudiava a vida da sua própria mãe, por considerá-la submissa, acomodada e dominada pelo poder do homem que era seu marido, por outro, dizia que desejava tê-la por perto, pois na maior parte das vezes, não sabia como desempenhar o seu próprio papel de mãe, ansiando pela presença da sua, ou até das mulheres suas amigas que a ajudassem a criar a filha, ou pelo menos lhe dessem algumas indicações de como fazê-lo.

O asilo, para algumas mulheres, também pode ser visto como uma oportunidade para a emancipação e agencialidade. D pode constituir um desses exemplos. Várias vezes criticou a submissão a que a sua mãe e as mulheres do seu país estavam sujeitas. Ela própria sentia-se desconfortável na reprodução do papel tradicional de esposa e mãe, mas valorizada no desempenho do papel de mulher activa e válida profissionalmente. Era a actividade profissional correspondente às suas qualificações, formação e também classe social, que reflectiam o quanto ela era capaz de fazer na sociedade de asilo e que a impulsionavam a lutar por uma vida melhor. Infelizmente, dizia ela, o mesmo não se passava com o seu marido. Se ela própria tinha conseguido esquecer o passado da repressão e da fuga, graças ao facto de ter encontrado uma profissão, já o marido:

> " (…) está ainda afundado na memória e nos pesadelos do passado por não ter encontrado um trabalho que lhe dê futuro e que o ponha em igualdade em relação a mim. Ele assim sofre muito mais com isso, embora não diga que também é por eu estar a trabalhar naquilo que gosto, e ele ainda não."

A resiliência, a supressão do trauma, parte de um bom acompanhamento psicológico – em particular nos que foram vítimas de tortura – mas também, e em paralelo, mas também para pela resolução dos problemas sociais de integração (Mollica 2006; Silove 1999; Wilson 2007; Das 2000; Kleinman 2000; Lock 1997), pelo trabalho remunerado e de acordo com o saber da pessoa, pelo reconhecimento das capacidades

individuais e pela existência de uma rede de apoio e protecção emocional e afectiva, ou seja: por aquilo a que normalmente conhecemos como sinónimo de "grupo de amigos". D, tinha em parte alcançado esse estado, ao contrário do seu marido que continuava a sofrer por múltiplas razões, entre as quais também a do próprio desempenho do papel de género, associado no seu contexto cultural, ao de marido e sobretudo pai. Sem trabalho reconhecido e apesar das múltiplas tentativas para o encontrar, viu-se na necessidade de encontrar algum alívio para o seu sofrimento na cadeira do consultório de psiquiatria. Diagnosticado logo na primeira consulta com PTSD, acabou por desistir de voltar ao consultório e de tomar os medicamentos, à semelhança de todos os outros com os quais contactei durante o meu trabalho de campo.

> "O meu marido foi mal acompanhado na saúde. Alguns dos médicos não eram maus, mas quando o meu marido mais precisava, não o acompanharam. Quando chegámos ao Centro [CAR], o meu marido queixou-se, disse à [técnica do CAR] que se sentia muito mal da cabeça. E sabe o que é que ela respondeu?: «Tem problemas? Olhe, também eu os tenho.» As experiências dele no médico não foram nada boas. Agora o que ele precisa é de encontrar um trabalho que goste, que lhe paguem bem e que possa passar mais tempo connosco" (palavras de D).

Para D, era importante a amizade. Era sobretudo esse apoio que lhe faltava para se sentir bem em Portugal, uma vez que todos os seus amigos – curdos e refugiados – viviam na Alemanha ou em França. Tal como refere Sirriyeh:

> "As amizades demonstraram que eram reconhecidas como membros legítimos de um grupo social ou comunidade e isso fez-se sentir como a outorgação de um grau de proteção contra aqueles que questionam a legitimidade e segurança". (2010: 221).

Também para D ter amigos, é sinónimo de sentir-se segura, protegida, rodeada de gente que a cuida. Não ter amigos fazia-a sentir como não estando propriamente em casa. Binder e Tošić referem igualmente:

> "A fuga e o exílio modelam em grande medida as relações de género e os modelos exemplares quanto ao comportamento específico de cada sexo. Muitas vezes, são reconfigurados e renegociados; o estatuto hierárquico e as relações de poder podem igualmente mudar; as redes familiares e os círculos de amigos podem desenvolver-se de uma forma diferente, ou podem perder-se" (2005: 607).

Apesar de D ter feito um processo de integração, de acordo com aquilo que as instituições consideram ser um sucesso – domínio do idioma de asilo, emprego, formação, habitação estável, família, não dependência de subsídios… –, não tinha ainda conseguido reconstruir emocionalmente a sua rede social e principalmente não tinha consolidado novos amigos. Quem sabe se essa necessidade, tantas vezes manifestada, a irá levar um dia a equacionar a sua estadia familiar em Portugal? "Home is where the heart is"?

6.2 – Procurando um papel no contexto social

O reflexo no espelho da imagem pública

A literatura sobre mulheres refugiadas refere o facto de que estas assumem papéis adicionais que, na maior parte das vezes, as levam a adjudicar-se o cuidado e a protecção dos membros da família zelando pela sua união. São também na frequentemente catalogadas como vítimas, em particular de violência sexual. Esta vulnerabilidade está também ela associada à ideia de que estas mulheres são dependentes, e passivas nos papéis de tomadas de decisão. A leitura da vitimização das mulheres refugiadas acaba por as revitimizar ainda mais, contribuindo para a ideia de que elas precisam "ser salvas" pelas diversas identidades que operam nesta área, o que acaba por ter um efeito perverso. Contudo e apesar do sofrimento a que estão sujeitas, tanto no contexto de conflito como nos momentos da fuga, em particular enquanto vítimas de perseguições sexuais, tráfico, prostituição e violações, a sua força para sair da crise pode ser também bastante grande, tal como se pode observar na resiliência e agencialidade de D, entre outras.

O modo como os refugiados – em particular enquanto mulheres ou crianças – são definidos pelos Estados, é crítico para o modo como experienciam a sua própria condição: "while refugee women acknowledged that they may be victims of war, they demonstrated that they can also be powerful agents of change" (Hajdukowski-Ahmed, Khanlou e Moussa 2009: 9). A percepção deste "*inner power"* dá-se particularmente já no país de asilo, como resultado das suas próprias reflexões sobre o passado por vezes submisso e o presente com triunfos, já num contexto de paz. Ou seja: a maioria dos discursos sobre as mulheres refugiadas, coloca-as no papel de vítimas e só muito raramente como heroínas com capacidade de resiliência. As mulheres que conseguem

fazer o seu percurso de integração através das suas próprias escolhas e não daquelas que lhes são impostas, tendem também a afastar-se cada vez mais do controlo institucional (CPR; SEF; Centro de Emprego…) e até do convívio com os outros refugiados e requerentes de asilo. Deste modo, ficam igualmente fora do alcance dos radares das instituições, deixando de "existir" como actores sociais associados à sua situação de asilo. Este é cada vez mais o caso de D, tal como é também o caso de uma outra ex-refugiada de origem cubana, médica e psiquiatra que me foi indicada pelos técnicos do CPR. Indisponível para contactos, autonomizou-se em relação a um papel que já não é mais o seu, recusando-se a definir-se por uma situação para ela transitória, e portanto remetida para um passado ao qual ela própria não queria regressar.

Por outro lado, os meios de comunicação de imagem, também contribuem para a construção de uma identidade discursiva associada às mulheres refugiadas. É o caso da fotografia da capa da rapariga afegã na *National Geographic Magazine*, em Junho de 1985. Enquanto a revista ganhou imenso dinheiro com a venda e prémios resultantes desse número, a rapariga continuou pobre e anónima, tal como grande parte dos refugiados e requerentes de asilo pelo mundo fora. Como referem mais uma vez Hajdukowski-Ahmed, Khanlou e Moussa, citando vários autores (Foucault 1979; Mulvey 1989; De Laureitis 1984, 1987):

> "A representação visual está associada ao poder e implica uma relação entre sujeito e objecto, e é através da voz e da sua expressão que a agencialidade e o poder são recuperados por grupos marginalizados, especialmente pelas mulheres. Os meios de comunicação visual operam como uma tecnologia de poder que constrói a ideia do refúgio a-histórico" (2009: 13).

Também Carolina Kobelinsky (2010: 101), citando Liisa Malkki (1996), refere que a vitimização dos refugiados é um produto da intervenção humanitária. Uma das consequências desta vitimização entre os refugiados Hutu da Tanzânia estudados por Malkki, é a despolitização da categoria de refugiado, despersonalizando as especificidades por detrás de cada pessoa, e associando-lhes o papel generalizado de vítimas sem voz. De acordo ainda com Malkki, as práticas humanitárias tendem a passar por cima das vozes dos refugiados, sendo que as imagens difundidas pelos meios de comunicação ou pelas campanhas humanitárias, em particular nos campos de refugiados, são igualmente responsáveis pelo silenciamento das suas vozes e dos seus discursos. Allen Feldman (1994) refere que as imagens difundidas na comunicação

social com representações de corpos mortos, torturados, mal-nutridos, doentes e sem-abrigo, contribuem para a despersonalização destas populações e para a difusão da imagem de vítimas, permanentemente associadas aos refugiados. Esta "*estética da estigmatização*", assim designada por Kobelinsky, é também o produto involuntário de obras fotográficas excelentes como a que produziu o fotógrafo Sebastião Salgado na sua exposição *"Êxodos"*, em particular nas fotos da série *"África, Megalópoles, Refugiados e Migrantes".* Vítimas da guerra e da repressão, objectos da injustiça e da acção dos "outros", estas figuras tomadas à escala planetária, aparecem intimamente ligadas ao estigma da vítima (Kobelinsky 2010).

O corpo das mulheres refugiadas, sempre foi usado como arma de guerra: violência, tráfico, prostituição, violações que se agravam nos contextos em que – por terem sido violadas pelos inimigos – acabam por ser ostracizadas pelas próprias famílias. Mas, o asilo para algumas mulheres, pode também ser visto como uma oportunidade para a emancipação e agencialidade. Como referi, D sentia-se desconfortável na reprodução do papel tradicional de esposa e mãe, mas sentia-se bem no desempenho do papel de mulher activa, reconhecida profissionalmente. Epíteto de resiliência, para mim, D constituiu-se através das suas narrativas, e principalmente das suas práticas quotidianas, como o oposto da figura da vítima. Empenhada em não deixar que os outros definissem quem ela própria era, fez uso dos seus saberes, para aparecer aos olhos dos outros, e em particular dela própria, como uma vencedora que conquista todos os dias o direito a fazer-se ouvir. Em relação aos outros requerentes de asilo e refugiados que conheceu cá em Portugal no contexto do CAR, dizia simplesmente que a maior parte mentia. Considerava que os verdadeiros refugiados eram os que eram perseguidos politicamente. Via-se a si mesma e ao seu marido, como refugiados políticos, ostentando com orgulho a sua condição de revolucionária.

D, não foi a única mulher refugiada ou requerente de asilo com quem contactei ao longo do trabalho de campo, capaz de lutar contra a invisibilidade a que normalmente estão sujeitas as mulheres refugiadas. Outras fizeram ouvir as suas vozes, por exemplo através da persecução das suas carreiras académicas, enquanto médicas ou ainda estudantes universitárias. Algumas destas (ao contrário de D que optou por se afastar do contexto de encontro convergente dos refugiados: o CPR) optaram por tentar dar visibilidade social ao próprio conceito de refugiado, continuando ainda hoje a participar no grupo de teatro RefugiActo. Todas elas contudo partilhavam uma característica: pertenciam a classes sociais mais elevadas e haviam tido a possibilidade de estudar, o

que as colocava num patamar de diferenciação social, tendo vindo a constituir-se como "poderosas agentes de mudança", relativamente às outras mulheres refugiadas com quem trabalhei. Para este facto, contribuíram dois factores essenciais e por vezes sobrepostos: dominarem a língua portuguesa (aprendida ao longo da sua estadia já mais ou menos prolongada em Portugal) e serem originárias algumas delas de contextos geográficos onde tradicionalmente está facilitado o acesso das mulheres à formação superior, como a Rússia, a Ucrânia ou a Bielorrússia. A anterior formação académica e o domínio da língua portuguesa, concorreram quanto a mim, para a sua integração pessoal, enquanto mulheres que por dominarem os seus saberes, passaram também a estar melhor capacitadas para conhecer os seus direitos e lutar pelos labirintos burocráticos que inicialmente as imobilizavam.

6.3 – Atitudes e diversidades no cenário feminino

Por baixo do véu

No contexto de asilo em Portugal, as mulheres são em número bastante mais reduzido do que os homens e nas estatísticas oficiais (SEF, EUROSTAT, CPR) não há sequer indicação de quantas são. Ao longo do trabalho de campo, não foram muitas as mulheres com quem contactei, com o objectivo de as entrevistar ou conhecer a história de vida. Impedimentos de vária ordem foram surgindo. No contexto do Centro de Acolhimento, raramente usufruíam dos mesmos espaços de lazer que os homens. Na sala de convívio, por exemplo, era muito raro ver mulheres sentadas a conversar, ou a ver televisão. Para além do facto de serem em número muito menor que os homens, privilegiavam a estadia nos quartos (onde nunca me foi dado acesso por parte do CPR), ou nos espaços exteriores, onde se reuniam em pequenos grupos familiares (no caso de virem com os filhos, por exemplo), mas quase sem contacto entre si. Ao longo do trabalho de campo, foram cerca de doze, as mulheres com as quais trabalhei. Porém, se com algumas delas o início de conversa surgia cuidadoso e até desconfiado quanto às minhas intenções, passado algum tempo fluía fácil e até com um certo de grau de cumplicidade, como era o caso de todas aquelas cuja língua não constituía qualquer obstáculo (por exemplo da Colômbia ou qualquer outra proveniência que tivesse também como língua veicular o francês ou o inglês). Com outras, nem foi sequer possível estabelecer uma conversação mais aprofundada, pela existência de barreiras

linguísticas intransponíveis. Estão entre estas e, em particular, as que acabavam de chegar, as mulheres provenientes da Eritreia, da Somália, de Myanmar ou do Sri Lanka. Recordo de um caso de uma mulher tamil que me foi propositadamente enviada por uma das técnicas do CPR[115] para que eu conversasse com ela. O lugar que me foi disponibilizado pelo CAR para conversar com os residentes era, como já mencionei, um pequeno gabinete junto à sala de convívio. Sozinha, com pouco mais de 20 anos, franzina e de olhar assustado, foi-me dizendo num inglês de difícil compreensão que tinha vivido toda a sua vida com medo e rodeada por violência. Havia chegado a Portugal e ao Centro de Acolhimento há um mês e desde então ainda não havia saído de lá, por receio. Não conhecia ainda nada, nem ninguém. Decidi não prolongar a conversa, pois senti que estava a contribuir para a sua angústia. A situação não era confortável nem para ela, nem para mim. Fiquei sem compreender qual o critério dos técnicos do CPR quanto às pessoas com as quais supunham que eu poderia falar.

Dei-me também conta de que o contacto com algumas mulheres era mais difícil de estabelecer espontaneamente. Entre estas incluíam-se as que tinham uma idade mais avançada em relação à maioria (35, 40 e mais anos) e que residiam no Centro com os seus maridos e eventualmente com filhos. Recatadas, sempre de passagem entre os gabinetes de atendimento dos técnicos e os respectivos quartos, deslocavam-se de olhar curioso mas esquivo por baixo dos saris e lenços, sem nunca pararem.

Por outro lado, havia as mulheres colombianas também residentes no Centro. De um modo geral, mal vistas pelas outras mulheres de origem africana ou oriental, por as considerarem "demasiado expostas e de conversa fácil com os homens". Eram as únicas que frequentavam a sala de convívio, que usavam roupas justas e decotes profundos e que por vezes se riam em voz alta, o que provocava alguma desconfiança entre as outras mulheres e também alguns homens. Era frequente ouvir frases como esta: "Quem fala e ri assim não sofreu. De certeza que não é uma verdadeira refugiada. Está a mentir." O sofrimento era pois considerado pelos outros refugiados (homens e mulheres) que – "a ser verdadeiro" – deveria vir acompanhado de uma certa performance associada ao modo de exprimir o corpo ("não basta ser, é preciso parecer"), em particular no caso das

[115] Dei-me conta que por vezes, havia uma certa tentativa de controlo por parte dos técnicos do CPR, sobre as pessoas com quem eu devia ou, pelo contrário, não devia falar. Supostamente, esta rapariga era alguém seleccionado por eles para entrar no lote das possibilidades de entrevista. Contudo, a própria rapariga mostrava uma certa desconfiança em relação às minhas intenções, pois não lhe tinha sido dito por que razão tinha de sair do seu quarto para vir falar com uma mulher que não era técnica do Centro e que não conhecia. A questão da mediação e controlo de acesso ao terreno por parte da instituição acolhedora – neste caso, o CPR – foi aprofundada no capítulo 3.

mulheres. Aos seus olhos (e também aos olhos de todos aqueles responsáveis pela atribuição de asilo), a ausência de uma postura, ou de uma certa performance relacionada com o corpo e as emoções (nos quais se incluem principalmente: andar arrastado, cabeça cabisbaixa, olhos tristes, preocupados ou assustados, isolamento…) constituíam-se como motivo de desconfiança, relativamente às razões apresentadas para o pedido de asilo. A diferença de atitude, de performance, continua a fazer parte do imaginário social como algo que provoca desconfiança, particularmente perigoso num contexto actual em que o refugiado é visto pelas instituições e políticas de fronteira como alguém potencialmente mentiroso.

Esta aparente leveza de atitude apresentada por algumas mulheres colombianas (não por todas), levou-me a presenciar os únicos jogos de sedução entre os residentes no CAR, envolvendo também homens jovens de origem africana, que procuravam algum conforto na intimidade, num contexto em que lhes era praticamente vedado o acesso a outras raparigas ou rapazes com as quais pudessem envolver-se sexualmente.

6.4 – Riscos das mulheres refugiadas em contextos de guerra, fuga e asilo

No contexto do projecto de investigação-acção que coordenei em 2009 (Santinho 2010), foi possível obter alguns dados mais concretos no que respeita à saúde das mulheres refugiadas e/ou requerentes de asilo, uma vez que havia uma equipa no terreno (CAR) constituída por antropólogas, enfermeiras e psicólogas.

A literatura consultada sobre a saúde das mulheres refugiadas (Farmer 2001; Conrad e Schneider 1992; Ingleby 2005; Inda e Rosaldo 2002; Good *et al.* 1994); é praticamente unânime em considerar que, em contexto de guerra e conflitos armados, um dos grupos mais expostos ao sofrimento contínuo são as mulheres. Nesse projecto, pretendia-se averiguar de que modo a sua saúde estava regulada pelo contexto sociocultural de proveniência, verificar de que modo esta foi afectada pelo conflito e violência localizados no passado, e também avaliar a necessidade de adaptação ao actual contexto sociocultural no país de asilo, neste caso, Portugal.

São inúmeras as referências internacionais sobre os riscos corridos pelas mulheres imigrantes e em particular refugiadas. Por exemplo, na Assembleia-geral das Nações Unidas de 20 de Dezembro de 1993, elaborou-se uma Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, a qual é definida do seguinte modo:

> "… qualquer acto de violência com base no género, sexo, que resulta em, ou que é provável resultar em dano físico, sexual, mental ou sofrimento para a mulher, incluindo as ameaças de tais actos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrida em público ou na vida particular" (ONU 1993).

Contudo, na linha do que referem Binder e Tošić (2005), é fundamental sublinhar que do ponto de vista do pedido de asilo, a violência específica contra as mulheres, não está salvaguardada na Convenção de Genebra de 1951, que determina o direito de asilo e protecção, pelo que não constitui do ponto de vista jurídico, razão suficiente para ser considerada como motivo para a concessão de asilo. Por essa razão, a Convenção de Genebra tem sido apontada por algumas ONG como demasiado redutora, desadequada à realidade contemporânea e particularmente orientada para as necessidades exclusivas dos homens refugiados.

As mulheres refugiadas são frequentemente expostas à violência com mais gravidade do que os homens, por razões relacionadas com a desigualdade sexual no contexto dos processos migratórios, mas também expostas a desigualdades existentes tanto nos seus países de origem, como nos países de asilo. Na maioria dos contextos de origem, as condicionantes da fuga para as mulheres são desde logo, maiores do que para os homens, começando por exemplo pelo montante de dinheiro que é necessário obter para pagarem essa mesma fuga. Ora tanto por razões culturais como religiosas, as mulheres fora dos contextos europeus, e em particular em contextos africanos e asiáticos ("tradicionais"), estão particularmente submetidas à hegemonia masculina em termos de parentesco, primeiro em relação aos pais e irmãos, depois em relação aos maridos. Trabalhar fora de casa e ter um ordenado que as torne independentes financeiramente, ao ponto de poderem amealhar a quantidade necessária de dinheiro que lhes permita a fuga, é na maioria dos casos, algo de dificilmente alcançável. Não é portanto por acaso que, em concreto no caso das mulheres asiladas com quem contactei no CAR, uma parte substancial delas pertencia a um grupo jurídico específico: a de "refugiados reinstalados". Neste caso, as mulheres viajavam acompanhadas pelos seus maridos, mas ao abrigo de uma protecção de viagem internacional, uma vez que já haviam anteriormente recebido o seu estatuto oficial de refugiados, num país terceiro. Este era por exemplo o caso de K, grávida de 7 meses e acompanhada pelo seu marido, originários da Eritreia e com estatuto de refugiada obtido em Malta, onde tinha vivido

durante dois anos, e também o caso de uma família alargada proveniente da Tanzânia, constituída por vários núcleos familiares constituídos por filhos, noras e netos.

São por conseguinte em número bastante reduzido, as mulheres que conseguem chegar à Europa pelos seus próprios meios, entregues a si próprias ou ainda com filhos pequenos a seu cargo e sem terem sofrido algum tipo de violência. Tal como referem ainda Binder e Tošić, a propósito do que caracterizam como "*mulheres não conformistas*" ou "*mulheres que são perseguidas na esfera privada*":

> "As mulheres que violam as regras e normas específicas sobre as mulheres numa sociedade são perseguidas por uma variedade de autoridades: o Estado, organizações religiosas, grupos étnicos, ou mesmo a própria família. À luz das características da perseguição que são específicas ao género, temos de olhar criticamente para o termo «perseguição». A Convenção de Genebra define o Estado como um factor central na sua concepção de perseguição. Assim, a perseguição privada não é interpretada como motivo para asilo. *Esta concepção não reconhece que a esfera privada pode ser (ou é, na maioria dos casos) política: o comportamento privado tem de ser sempre entendido num quadro político e público. Desta forma, os direitos das mulheres são negligenciados simultaneamente como direitos humanos*. Além disso, o facto real de que a esfera privada está fora do controlo do Estado não é tido em consideração (Jensen, 2002: 94)" (Binder e Tošić 2005: 61, sublinhado meu).

As mulheres refugiadas encontram-se assim numa situação de dupla exposição em relação à violência: enquanto refugiadas e enquanto mulheres (Freedman e Jamal 2008). Também se verifica que nalguns casos em que as mulheres viajam com os seus companheiros, pode haver uma profunda inversão nos papéis atribuídos aos géneros, por diferenças culturais entre os países de origem e os de asilo. Nos casos de contextos culturais em que o papel da mulher estava absolutamente confinado à orla doméstica e ao dever de submissão ao companheiro, a inversão de papéis que a sociedade de asilo lhes proporciona (apelo à participação activa da mulher na sociedade; maior facilidade em encontrar trabalho; novas responsabilidades adquiridas na educação dos filhos…) pode proporcionar à mulher uma nova liberdade, mas ao mesmo tempo, acaba por ser alvo do stress e da frustração do seu companheiro do sexo masculino, para quem o papel que desempenhava anteriormente enquanto marido e chefe de família, se alterou profundamente, uma vez que agora na condição de refugiados, também eles passaram a ser desapossados de autoridade e de reconhecimento, por parte da sociedade de asilo.

Um dos requerentes de asilo proveniente da Somália e com quem contactei no Centro de Acolhimento, pediu-me quase em sussurro para falar com ele lá fora na rua, quando eu saísse, pois, disse-me: "percebi que a Dr.ª se interessa pela saúde dos refugiados". Após lhe ter esclarecido que não era médica e lhe ter explicado quais as razões da minha presença no CAR e das minhas pesquisas, insistiu para que eu o ouvisse. Exprimindo-se dificilmente em inglês, e evitando olhar-me nos olhos, explicou-me qual era a situação, dando-me a entender a sua principal aflição por meias palavras:

> "Não sei o que fazer. Estou muito preocupado. Estou aqui no Centro com a minha mulher já há dois meses mas ninguém me ajuda… Dói-me muito o estômago. O médico do Centro de Saúde deu-me este medicamento. Mas agora ainda me sinto pior. Tenho tonturas e não consigo ter nada íntimo com a minha mulher."[116]

No que diz respeito em concreto às mulheres, até ao momento, os profissionais de saúde em Portugal, não estão particularmente alertados para detectar as consequências da violência contra as mulheres refugiadas tanto perpetrada num contexto de guerra, como de fuga como já eventualmente depois, na esfera doméstica, mesmo quando estas se dirigem às consultas nos centros de saúde. A violência interpessoal, frequentemente escondida do olhar público, afecta um largo espectro de mulheres refugiadas. Em contexto de conflito, as violações e a violência sexual são usadas como armas de guerra, podendo existir até dependência económica e emocional em relação aos perpetradores. Esta questão pode ter implicações sérias na dinâmica dos abusos, e nos modos de lidar com estes assuntos na sociedade de asilo, em particular no domínio da saúde física e mental. Num estudo sobre mulheres refugiadas da Somália nos Estados Unidos, é referido o seguinte:

> "A violência doméstica pode ser iniciada ou agravada por factores de tensão na reinstalação, como as barreiras linguísticas e as diferenças culturais (Darvishpour, 2002; Friedman, 1992; Min, 2001). Em geral, quanto maior for a diferença cultural entre a

[116] Mostrou-me uma caixa de *Omeprazol*. Na bula deste medicamento é referido que está indicado para a prevenção de lesões gástricas provocadas por toma excessiva de outros medicamentos. Numa informação disponibilizada pelo INFARMED alerta-se para o seguinte: "Efeitos secundários raros: sensação de picadas ou formigueiros, delírios, agressão, confusão mental, alucinações, coloração preta-acastanhada da língua, aparecimento de quistos glandulares benignos que desaparecem após terminado o tratamento, fraqueza muscular, dores nos músculos e nas articulações, *impotência*" (sublinhado meu). Expliquei-lhe que eu nada podia fazer em concreto, a não ser aconselhá-lo a pedir uma nova consulta no Centro de Saúde para que ele pudesse apresentar ao médico, este sintoma.

> cultura nativa e a nova cultura, maior é a tensão. Um factor de tensão comum é o das alterações nos papéis de género. Quando se reinstalam nos Estados Unidos, as mulheres refugiadas podem ter de trabalhar fora de casa pela primeira vez e podem acabar por trabalhar mais horas e ter maiores ordenados do que seus parceiros masculinos (Menjivar & Salcido, 2002; Min, 2001). Apesar de difícil, a reinstalação num país ocidentalizado também pode proporcionar às mulheres originárias de sociedades patriarcais, como a Somália, uma experiência positiva, bem como uma maior sensação de poder e independência. Pode ocorrer o oposto aos homens com origem nesses países, com a reinstalação a conduzi-los ao desemprego, à perda de poder e status, e ao enfraquecimento do sentimento de identidade. Essa inversão de papéis pode contribuir para os conflitos conjugais e a violência doméstica (Darvishpour, 2002; Min, 2001)" (Nilsson et al. 2008: 23).

Nas mulheres com quem trabalhei, assisti a dois tipos de realidades. N, Russa, havia-se formado em medicina com especialização em ginecologia, antes de ter assistido ao assassinato dos seus pais. No mesmo dia em que lhe fizeram também a ela uma ameaça de morte, através de um papel colocado à porta da sua casa, decidiu pegar unicamente no dinheiro que tinha à mão e fugir juntamente com o seu marido, também quadro superior numa empresa. Desde que chegou a Portugal (em 2006), e apesar de falar bastante bem português, ainda não conseguiu o reconhecimento da sua graduação em medicina, pelo que ela e o seu marido, têm sobrevivido quase exclusivamente do salário de empregada de limpeza. N lamentava-se e dizia-me:

> "Ele (referindo-se ao marido) anda sempre irritado por não encontrar trabalho. Grita comigo e com a filha. Estou sempre a dizer-lhe para procurar trabalho no jornal e aceitar qualquer um porque não é bom ficar todo o dia a pensar no mesmo. Mas ele não aceita. Diz que não quer ser sustentado por mim, mas ao mesmo tempo não encontra trabalho igual ao que ele fazia antes. Acho que mesmo assim, vai ser mais fácil para mim, porque posso trabalhar nas limpezas e ganhar dinheiro. Não quero isto para sempre, mas por agora é melhor do que não ter nada e ficar a pensar no passado. Também não quero ficar em casa a ouvi-lo todo o tempo…"

Uma situação oposta à de N diz respeito em particular às mulheres muçulmanas residentes ou ex-residentes no CAR, casadas, com filhos ou também solteiras, com filhos a cargo. Uma das queixas recorrentes ouvida frequentemente no CAR pela técnica de serviço social, era referente às mulheres que se recusavam a trabalhar nos

escassos empregos para onde a técnica da UNIVA[117] a operar no interior do CAR, as encaminhava. Segundo esta,

> "as mulheres analfabetas [referia-se concretamente às mulheres muçulmanas] que dedicam a vida aos filhos, não sabem nem querem trabalhar porque não valorizam o trabalho. Preferem ficar a tomar conta dos filhos o dia todo".

Quando lhe coloquei a pergunta sobre qual achava que eram os principais factores que levavam à integração dos refugiados no mercado de trabalho, ela respondeu:

> "…são principalmente três factores: o domínio da língua portuguesa; a motivação e as condições psicológicas. Muitos deles [referia-se tanto a homens como a mulheres] não têm as condições para perceber a importância formal que requer um emprego, por exemplo o cumprimento de horários, o número de horas de trabalho e até a classe social a que pertencem. Muitos não admitem trabalhar num trabalho desqualificado quando no país de origem pertenciam a uma elite cultural e social".

É de destacar que, como já tive ocasião de referir, muitas destas mulheres e homens não encontram apoio ao nível social ou da saúde mental, adequado às necessidades básicas para uma integração apropriada no emprego, sendo de salientar que na tentativa de integração por parte das instituições que em Portugal têm a cargo essa integração, não têm em atenção a heterogeneidade subjacente à situação de asilados. A classe social, a religião, o género e ainda a existência ou não, de uma formação prévia, não são consideradas na maior parte dos casos, pelas instituições empregadoras (como é o caso das UNIVA do IEFP).

Uma das outras questões que aqui se podem levantar é referente aos perigos da reificação da cultura. Lila Abu-Lughod (2002) chama a atenção para o risco de se dar demasiada importância à diferença cultural no que diz respeito por exemplo, às mulheres muçulmanas. Tal como refere no seu artigo,

> "… devemos desconfiar quando claros ícones culturais são embrulhados em narrativas históricas e políticas mais confusas (…) Eis o que acredito que deveria ser um direito humano universal: o direito à libertação da violência estrutural da desigualdade global e da devastação da guerra, os direitos quotidianos de ter o suficiente para comer, ter casa

[117] UNIVA: "Unidade de Inserção na Vida Activa", como atrás referido. Aparentemente, a taxa de sucesso no que diz respeito ao apoio da UNIVA aos requerentes de asilo e refugiados ficava muito abaixo das expectativas, atendendo ao desalento demonstrado pelos próprios nas conversas informais dentro e fora do CAR.

> onde a família possa viver e prosperar, encontrar maneira de ter uma vida decente para que os filhos possam crescer, e ter a força e a segurança para trabalhar fora, no seio das suas comunidades e estabelecendo as alianças que pretenderem, como viver uma vida boa, o que pode muito bem introduzir mudanças na forma como essas comunidades estão organizadas" (Abu-Loghod 2002: 785).

Na minha óptica e por outras palavras, o que Abu-Lughod defende é a necessidade de dar a cada mulher (muçulmana ou não) o direito de exprimirem os seus desejos e vontades para que elas próprias possam desenhar o seu caminho livre da imposição dos determinantes institucionais que contribuem para a violência estrutural, aceitando desde logo "a possibilidade da diferença":

> "O que eu defendo é o trabalho duro exigido pelo reconhecimento e o respeito pelas diferenças – precisamente como produtos de histórias diferentes, como expressões de diferentes circunstâncias, e como manifestações de desejos estruturados de forma diferente. Podemos querer justiça para as mulheres, mas seremos capazes de aceitar que possa haver ideias diferentes sobre a justiça e que mulheres diferentes podem querer, ou escolher, futuros diferentes do que nós consideramos como sendo o melhor? Devemos considerar que elas poderão ser chamadas à personalidade, por assim dizer, numa linguagem diferente" (Abu-Lughod 2002: 788).

Tal como referi no início deste capítulo, o que me parece realmente importante é deixar que as mulheres refugiadas falem na primeira pessoa sobre aquilo que no contexto de asilo desejam para si, e para as suas famílias. É claro que para isso aconteça, é fundamental criar as condições para que elas possam ser ouvidas por sua vontade, ao seu ritmo e em segurança.

6.5 – Ouvindo o corpo

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

também em sério risco de colapso físico e mental. A maioria das mulheres que entrevistei, manifestavam problemas de ordem física, sendo os mais recorrentes alterações ginecológicas (interrupção da menstruação, dores pélvicas). Algumas (cerca de metade), diziam também terem sofrido violência de vária ordem.

Segundo o artigo da psicóloga transcultural Solveig Ekblad, com quem tive a oportunidade de frequentar um curso[118] no Karolinska Institut de Estocolmo, existem sérias consequências para a saúde das mulheres refugiadas: as mulheres que sobreviveram à violência interpessoal, podem demonstrar elevado grau de medo, depressão, ansiedade, abuso de substâncias (vulgarmente: álcool, tabaco, drogas), irregularidades hormonais (sangramento menstrual prolongado) e até tentativas de suicídio (Ekblad *et al.* 2007). A auto-percepção de uma saúde debilitada ou de um agravamento do estado de saúde, é também comum. Os sintomas psicológicos incluem: falta de energia, medo, ansiedade, depressão, sentimento de impotência, apatia, disfunção cognitiva, insónia e somatização. Ainda segundo Ekblad, as manifestações físicas podem estar relacionadas com o abuso sexual, e incluem várias manifestações de sofrimento nos órgãos reprodutores, tais como: dor crónica na região pélvica, disfunção sexual, para além de outros tipos de dor. Os sintomas músculo-esqueléticos são também frequentes. Algumas mulheres manifestam sintomas de distorção de imagem corporal.

Entrevistei N, em 2008. Oriunda do Azerbaijão, residia desde o início do mês no CAR, juntamente com o seu marido. Tinham feito uma longa viagem até chegar a Portugal: Do Azerbaijão tinham fugido por razões de perseguição política para Moscovo, e daí para Barcelona. O resto da sua família estava na Turquia. Em Barcelona arranjaram um carro que os trouxe até Lisboa. Queixava-se bastante de dores de cabeça, taquicardia, insónias. Chorava frequentemente. Refere que desde que começou o medo que sentiu pela perseguição política iniciada há dois anos, houve alterações profundas no seu corpo:

> "O meu corpo mudou. Há dois anos que a menstruação deixou de ser regular. Há 4 meses que parou. Acho que isto é do medo e do stress porque estou a passar… Está lá um médico no Centro de Saúde, mas não consigo falar com ele sobre isto…"

[118] Tal como referi anteriormente, fui convidada pela professora Ekblad a participar num curso de uma semana, em Estocolmo, sobre a saúde mental dos refugiados. Neste curso, da sua responsabilidade, e onde também participou o professor Mollica, os alunos de doutoramento de vários países europeus que desenvolviam as suas teses na temática da saúde mental dos refugiados partilharam as suas experiências sob a orientação de ambos os professores.

A inexistência de serviços de saúde adaptados às necessidades de mulheres refugiadas e de um modo mais abrangente, às questões de género, passa a ser um forte entrave à procura de bem-estar por parte destas mulheres asiladas em Portugal. Para além disso, a somatização, não tem sido considerada num espectro mais amplo da verbalização do sofrimento e dos referentes de interpretação do mal-estar, por parte da pessoa que o manifesta.

Como refere Watters (2007), trata-se de vozes que necessitam de ser ouvidas para que os seus problemas possam ser representados de forma a serem operacionalizados no seio dos serviços sociais e de saúde. Contudo, a voz do refugiado é frequentemente inscrita num determinado contexto demasiado rígido, que a formata. A voz é ouvida sobre o olhar do terapeuta ou do clínico que normalmente se dirige na exploração de acontecimentos traumáticos no passado. Sem uma oportunidade para articular as suas experiências no seus próprios termos (esta e outras populações) são frequentemente objectos de respostas institucionais influenciadas por estereótipos e pela homogeneização dos refugiados numa categoria patológica.

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

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

Uma questão que me parece igualmente relevante, em termos do acesso das mulheres refugiadas aos serviços de saúde em Portugal, é que grande parte das mulheres entrevistadas referia que apesar de se sentirem fragilizadas e com vontade de ver resolvida a ansiedade em relação ao seu mal-estar, não encontravam apaziguamento na consulta do Centro de Saúde, ou por não serem ouvidas com tempo, ou por existirem barreiras linguísticas, ou ainda por terem receio de serem atendidas por um homem e não por uma mulher. Referiam ainda frequentemente que o agravamento da saúde tinha sido sentido já em Portugal. Outro dado que me parece pertinente referir, é que durante

os quatro anos que durou o trabalho de campo, houve uma só referência por parte dos técnicos do CPR/CAR, a uma mulher que haviam tido a necessidade de encaminhar para a consulta de psicologia ou psiquiatria. Atendendo ao facto de que todos os requerentes de asilo e refugiados são encaminhados para essas consultas pelo CAR, ou pelos médicos do Centro de Saúde, seria interessante averiguar se a diferença de encaminhamento para as consultas de saúde mental entre homens e mulheres tem por base a interpretação dos comportamentos e das narrativas apresentadas por ambos, aos respectivos técnicos. No caso desta mulher com a qual não cheguei nunca a contactar, uma vez que ela raramente ia ao CAR e morava em parte incerta, apenas soube através dos técnicos que era supostamente oriunda da China, falava sozinha, ameaçava suicidar-se e tinha comportamentos agressivos. Pressupõe-se que para os técnicos do CAR, apenas o que é interpretado como comportamento desviante - identificado pelos técnicos do CAR como por exemplo os casos em que o requerente de asilo acorda os companheiros de quarto com pesadelos e gritos ou ainda aqueles que falam sozinhos e se isolam - ou até agressivo (ameaça física ou verbal aos técnicos, muitas vezes por não serem atendidos por eles quando precisavam) é passível de ser encaminhado para as consultas de saúde mental, não sendo relevante a razão social que leva a tais comportamentos. Curioso verificar que todos estes casos de encaminhamento para a consulta de psiquiatria são referentes a homens (excepto o caso da refugiada chinesa) e que nenhuma das mulheres com as quais trabalhei ao longo de 4 anos da minha pesquisa foi encaminhada para a mesma consulta, apesar de pelo menos metade destas (cerca de oito) me terem informado que sofriam mentalmente, no início por terem sido vítimas de violência, e actualmente por não saberem o que iria acontecer às suas vidas em Portugal. Todavia, aparentemente, a passividade dos seus comportamentos foi interpretada pelos técnicos do CAR como ausência de sofrimento.

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

Ainda segundo as enfermeiras do projecto mencionado que atenderam algumas das mulheres que se dirigiam voluntariamente ao gabinete de atendimento, a abordagem das necessidades de saúde com base na "vulnerabilidade" feminina, fez com que aspectos relativos à sexualidade, nomeadamente as preocupações com o corpo (aspecto

físico), com as alterações do ciclo menstrual e com práticas sexuais, fossem expressos abertamente. Consideramos que o facto de haver uma identificação de género com as enfermeiras e restantes técnicas do projecto da associação GIS, para além da total disponibilidade e ausência de barreiras físicas (no CAR, os técnicos encontram-se separados da zona dos residentes por uma porta fechada com código secreto de abertura) potenciaram esta procura voluntária de escuta, por parte das mulheres refugiadas.

É ainda de referir a importância que os rituais religiosos adquiriam para o apaziguamento da ansiedade, mencionada por algumas mulheres. Segundo um testemunho apresentado, a ida à igreja dava mais alento à rotina diária, para além de tornar viva a herança que trazia do seu país de origem. Uma das mulheres referia que apesar de ser protestante, em Portugal frequentava, através da irmã, uma igreja pentecostal no Intendente, na qual se sentia muito bem. Mesmo quando estava numa outra cidade europeia, onde vivia antes de pedir asilo em Portugal, costumava ir todas as semanas a uma igreja, que ficava muito perto do local onde morava. Depreendemos que a crença numa religião e a prática dos rituais religiosos, pode contribuir para a resiliência num contexto de adversidade. Salienta-se também o facto de que para as mulheres com filhos, o atendimento a estes feitos pela equipa (necessidades inerentes à saúde das suas crianças, nomeadamente actualização das vacinas, quadros agudos de doenças dermatológicas, febres, entre outras), potenciava a relação e o diálogo com as suas famílias, em particular porque esta relação era facilitada por momentos lúdicos, através da disponibilização de papel e canetas para desenhos ou jogos. Em muitos casos o desenrolar da relação entre as mulheres e a equipa do projecto, decorreu na sequência destas necessidades manifestadas pelas crianças.

Num contexto de fuga e asilo, não só procuram a todo o custo, proteger a vida e a saúde dos seus filhos, como ainda sofrem a pressão cultural de transmitir-lhes os valores tradicionais que consideram importante manter, como os rituais religiosos e as prescrições alimentares. Mas sofrem também pressão por parte da sociedade de asilo ao serem incitadas a enviar os filhos para a escola, ensinar-lhes uma outra língua, outros códigos de referências socioculturais. Um outro problema relaciona-se com o tipo de abordagens religiosas. De acordo com o psicólogo transcultural David Ingleby, uma outra área causadora de potenciais dificuldades é a religião:

> "As famílias que querem que os seus filhos cresçam como muçulmanos numa cultura que não islâmica, deparam-se com grandes dificuldades. Por exemplo, muitas crianças acabam por viver o Natal pois é celebrado em larga escala à sua volta, denotando um sentido de esperança. Ao contrário do Eid, ou outra festividade islâmica, sobre as quais não se pensa muito, já que na escola ninguém as celebra" (2005: 155).

São várias e muito complexas as razões que levam as mulheres a optar por silenciar os seus sofrimentos aos profissionais de saúde, o que pode ter como consequência, a ocultação propositada do seu mal-estar. No caso de uma mulher proveniente do Congo, com a qual não foi possível a comunicação directa, foi o seu marido que nos confirmou resumidamente a sua história de vida. Antes de chegar a Portugal, esta mulher havia estado submetida a situações de violência extrema, o que poderia justificar o seu mal-estar senão físico, pelo menos psíquico. Os funcionários do CAR, informaram-me que ela não caminhava, mas que aparentemente estava em bom estado físico, de acordo com os médicos previamente consultados no Centro de Saúde. Não saía do quarto, não preparava as refeições para a família (constituída pelo marido e por um filho ainda menor), o que fazia com que a criança fosse alimentada apenas pelos restos de comida preparada pelos outros residentes. A história que me foi narrada pelo marido, um dos refugiados mais velhos residentes no CAR, foi esta:

> "Tenho 60 anos. No Congo trabalhei como funcionário superior num banco central. Fui responsável por um gabinete que tinha os dossiers das contas de muitas pessoas importantes. Quando o presidente Kabila morreu e lhe sucedeu o filho, quiseram ter acesso a todos esses documentos. Mas eu já estava reformado. Já não tinha acesso a eles. O governo mesmo assim desconfiou e mandou-me prender. Prenderam-me a mim e à minha mulher. Levaram-na a ela. Esteve muitos dias numa sala fechada e com os olhos tapados. Depois soltaram-na. Quando nos soltaram, conseguimos fugir e arranjar um passaporte português, por isso viemos para cá, mas a minha mulher nunca mais andou. Os médicos não fazem nada por ela. Dizem sempre que está tudo bem, que não há nada de errado com ela e que ela pode andar. Ela daqui a pouco vai ficar melhor. Estou a tratá-la com umas ervas que compro no centro de Lisboa."

A somatização, nas palavras de Kirmayer e Robbins, é definida como: "the persistent tendency shown by some patients to present with functional somatic distress or physical symptoms that have no apparent explanation" (1991: 38). De acordo com Van Dongen e Fainzang, a somatização é: "the manufacture or amplification of bodily

symptoms" (2005: 132). É também considerada por esta autora como uma característica mais própria das mulheres que dos homens, e podem ser vistas como queixas corporais e sintomas que funcionam como um meio de expressão do *self*, criatividade e até resistência. Pretendem demonstrar um caminho de sofrimento, de modo a solicitar ajuda, ou até simpatia ou pena, ou ainda podem ser considerados como uma forma de demonstrar secretamente indignação, frustração ou raiva em relação àqueles que se colocam numa posição superior. A doença somatizada pode ainda ser interpretada como uma arma dos mais fracos (Kleinman 1988; Taussig 1980; Scheper-Hughes e Lock 1991). No sentido atribuído por Durkheim, os sintomas da doença podem também ser interpretados como factos sociais totais, uma vez que devem ser lidos num contexto mais amplo de história de via passada e presente e também (acrescento) na história de trauma. Neste caso mencionado de aparente paralisia motora, e à luz de Van Dongen e Fainzang, a doença não é apenas algo que "acontece" às pessoas, mas também algo que as pessoas "fazem" de modo criativo: "Illness is, in other words, a form of bodily praxis" (2005: 133). O corpo também pode ser usado para exprimir conflitos, sentimentos negativos, como frustração, raiva e sentimento de perda, por exemplo. Por outras palavras, a somatização pode ser interpretada num contexto social sentido como opressor, como uma "arma de protesto", em particular pelas mulheres despossuídas de voz política ou social ou até familiar, como era o caso desta mulher refugiada. Assim sendo, poderemos considerar que a somatização poderá ser interpretada muito para lá da abordagem biomédica, como um significado político e social (Scheper-Hughes 1994), o que, dadas as limitações e as ferramentas conceptuais usadas pelos médicos na consulta do Centro de Saúde, fica aquém de qualquer hipótese de cura através de vias medicamentosas.

6.6 – Esquecendo o passado: memória e sofrimento

Finalmente queria ainda referir-me àquelas mulheres que recusaram ser entrevistadas, ainda que o tivessem demonstrado de forma simpática e isenta de hostilidade. I, residente em Portugal há já sete anos, originária da Bósnia, com uma filha pequena e integrada profissionalmente como auxiliar administrativa numa instituição, declinou simpaticamente o meu convite para a entrevista dizendo:

> "Não quero contar a minha história. Antes, acho que me fazia bem falar, mas agora já não. Faz-me mal pensar no passado. Cada vez que me lembro, começo a chorar, por isso não me quero já lembrar."

De acordo com o psiquiatra transcultural R. Mollica (2006: 96), existem aparentemente dois tipos de caminhos no cérebro para as memórias traumáticas: um dos caminhos é através do córtex, a estrutura cerebral que está associada á consciência nos humanos. Este caminho leva-nos à *memória declarativa,* a qual armazena novos factos e acontecimentos e está associada à revisão consciente das aprendizagens mais recônditas. O *locus* da memória declarativa é o hipocampo. Nas situações perigosas e traumáticas, em particular nos eventos que invocam medo, surge um novo tipo de memória, conhecida como *memória emocional.* Este tipo de memória localiza-se na amígdala – uma estrutura em forma de almôndega adjacente ao hipocampo. A memória emocional codifica associações emotivas inconscientes e experiencia esse impacte no comportamento consciente. A amígdala é assim o centro de comandos do cérebro na resposta ao medo, não ficando à espera de que a mente consciente – localizada no córtex – decida se a ameaça é ou não, real. A amígdala pode activar uma resposta de emergência através do cérebro, em milésimos de segundos, apelando à rápida intervenção do sistema que dá resposta ao stress. Enquanto que o sistema de *memória declarativa* armazenou os detalhes dos acontecimentos traumáticos como factos, as emoções intensas associadas a esse acontecimento, são percepcionadas como *memórias emocionais*. Logo, estas *memórias emocionais* associadas a um evento traumático, apelam a uma resposta corporal, com os mesmos sinais do facto real acontecido no passado, como por exemplo: batimento cardíaco acelerado, sensação de medo ou pânico, suores, etc. Estes dois sistemas de memória, combinam factos e emoções de modo a criar uma situação na qual o indivíduo traumatizado passa a ser prisioneiro das suas próprias memórias. Os eventos traumáticos, infelizmente, podem criar memórias emocionais na amígdala, que são difíceis de extinguir. É por essa razão que, segundo o autor anteriormente referido, as emoções traumáticas associadas a *flashbacks* e a estímulos ambientais do trauma inicial, podem afectar seriamente a vítima desses eventos. Ainda segundo Mollica, uma abordagem clínica apropriada, a par de uma orientada narrativa da história do trauma, pode guiar o caminho da *memória declarativa*, de modo a provocar pensamentos racionais acerca dos eventos traumáticos, enquanto que em simultâneo, põe de lado os estímulos das emoções mais fortes. Esta

abordagem pode levar á redução ou eliminação das *memórias emocionais* que sobreviveram à sua utilidade adaptativa, sendo que a "auto-cura" pode-se por vezes encontrar através da criação de um novo sentido para a vida, com estímulos sociais positivos e com a vontade de sobrevivência e recuperação. Neste ponto, a pessoa decide fazer o que tem de ser feito, para evitar a imersão no passado traumático. Aparentemente foi o que fez I na sua recusa em recordar o passado.

Tal como referi anteriormente citando Kirmayer (2007b), a memória é também mediada social e culturalmente ou seja, é importante perceber quais as razões que levam a apelar à memória, ou ao contrário, aquelas que a levam a negá-la. Partilhá-la ou não partilhá-la num determinado momento, estabelece o que lembramos e o que pretendemos esquecer. A memória é também subjectiva, na medida em que surge a partir de diferentes estímulos sociais, portanto, não pode ser considerada apenas como uma actividade psicológica interna e pertencente ao indivíduo, mas sim como algo social que pode ser, ou não, estimulado colectivamente. As memórias reprimidas de I, podem pois ser entendidas como uma tentativa de se distanciar de uma realidade que ela viveu no passado, mas que recusa como uma definição de si própria, de modo a suprimir o sofrimento. Viver o presente e o futuro, são os seus únicos desejos. Trabalhar, conviver com os colegas e ajudar a crescer a filha, as suas únicas formas de cura.

CAPÍTULO 7 – SAINDO DA INVISIBILIDADE

7.1 – A vida em dois actos: o grupo de teatro RefugiActo

Neste capítulo e perante o contexto anteriormente referido, pretendo apresentar algumas das pistas, coadjuvantes do modo como os refugiados e requerentes de asilo que permanecem em Portugal[119] encontram algum apaziguamento para a situação de vítimas de uma violência directa no passado e também estrutural no presente, ao mesmo tempo que iniciam um momento marcante de agencialidade. Por primeira vez na recente história dos refugiados em Portugal, lutam por adquirir uma voz autónoma, independente das instituições que têm a responsabilidade de lhes dar asilo (SEF/CPR) e de prepararem o caminho para a sua integração (SEF/CPR/MAI) o que nem sempre acontece pelas vias institucionais, como seria suposto.

Uma das mais prementes necessidades é, segundo referem, encontrarem aqui um sentido de pertença, de grupo ou comunidade, enfim, um ensaio de rede social ou até um substituto de rede familiar, num contexto simultâneo de grande diversidade dos membros que constituem o grupo de teatro. Uma vez que estes últimos conceitos (grupo, comunidade) estão amplamente debatidos no seio das ciências sociais, pretendo aqui apenas ilustrar o modo como os refugiados criam auto-ajuda, visibilidade social e até agencialidade, através da expressão dos seus sentimentos e também das suas reivindicações. O primeiro e até agora mais visível elemento, manifesta-se através do envolvimento de vários refugiados (17 pessoas de 12 nacionalidades diferentes) no grupo de teatro RefugiActo. Este grupo foi criado em 2004 pela professora Isabel Galvão, também responsável pelas aulas de português no CAR, tarefa esta, contínua e permanente e que se destina tanto aos requerentes de asilo acabados de chegar ao Centro de Acolhimento, como àqueles que residem em Portugal há já vários anos. A iniciativa dinamizadora e militante desta professora, a par com a sua disponibilidade para o trabalho voluntário, na implementação e consolidação do grupo de teatro, tem vindo a constituir-se principalmente como um elo de ligação afectiva entre alguns dos

[119] Muitos requerentes de asilo (eventualmente a maioria), sobretudo os mais jovens, desaparecem repentinamente e sem aviso do CAR, ou mesmo do contacto periódico com o SEF ou com a Santa Casa da Misericórdia (instituição pública parceira do CPR e que é a responsável pela atribuição do subsídio). Este "desaparecimento" atribui-se sobretudo ao facto de viajarem clandestinamente para os países europeus onde pelo menos parte da sua família reside como imigrante, tentando assim reatar as redes sociais anteriormente perdidas, como referi no capítulo 1.

refugiados que residem há mais tempo em Portugal, e os que chegaram recentemente. Para além da Professora Isabel Galvão, existe ainda um pequeno leque de profissionais que têm contribuído voluntariamente para a formação de competências na área de representação, nomeadamente: António Revez, Bruno Bravo, Sofia Cabrita (actores e encenadores); Miguel Castro Caldas (dramaturgo) e Raquel André (actriz).

O grupo em si, não constitui um elenco fixo (o convite para a entrada no grupo, faz-se nas aulas de portugês frequentada pelos recém-chegados ao CAR), estando principalmente condicionado por três factores: a disponibilidade dos seus membros, que varia essencialmente com a sua presença ou ausência em Portugal; a maior ou menor proximidade residencial em relação ao CAR, na Bobadela, local onde se realizam a maior parte dos ensaios e ainda, a situação de cada membro perante as actividades que efectuam, como por exemplo a existência ou não de emprego compatível com os dias e horas dos ensaios. Ao longo destes anos, por conseguinte, os membros do elenco têm variado, ainda que a sua maioria seja constituída por refugiados que já concluíram o seu processo de asilo. Em relação à constituição do grupo, importa ainda referir a sua heterogeneidade, tanto quanto à origem geográfica dos seus membros, quer ainda quanto ao género, classe social, religião, idade e claro: história de vida. Albânia, Afeganistão, Bielorrússia, Caxemira, Colômbia, Costa de Marfim, Irão (um dos mais recentes encenadores do RefugiActo é o refugiado iraniano Davoud Ghorbanzadeh, encenador e ex-professor de teatro na Universidade de Teerão), Kosovo, Myanmar, Portugal, Palestina, Rússia, são algumas das proveniências dos membros. Relativamente à idade, varia entre os 70 anos (um dos refugiados de mais idade em Portugal, proveniente da Palestina) e os 10 anos (criança já nascida em Portugal e filha de uma das refugiadas da Bielorrússia). Este espaço de partilha que é o RefugiActo é um dos poucos lugares, em que tanto refugiados como requerentes de asilo em Portugal, podem considerar seu e onde se podem exprimir como colectivo, fazendo das suas apresentações um acto de intervenção política, pela partilhada com o público, através por exemplo de *sketches* de crítica social, ou até de peças poéticas que relatam a violência, a fuga, o sofrimento e o valor da liberdade. Tal como refere Joe Winston a propósito das reflexões de Hannah Arendt:

> "É o espaço partilhado, em vez de qualidades ou crenças interiores, que os une num objectivo comum, que permite que seja estabelecido um «nós» – em termos materiais, espaciais e temporais – de modo a incentivar a acção colectiva, deliberada. Para Arendt, o

> aparecimento diante de uma plateia é um componente crucial da política genuína e, portanto, um elemento fundamental da cidadania, onde a acção é uma questão pública (…) uma realidade mundana, tangível em palavras que podem ser ouvidas, em actos que podem ser vistos, e em acontecimentos que são comentados, lembrados e transformados em histórias" (Winston 2007).

O RefugiActo está constituído como um grupo independente do CPR, ainda que esta instituição permita o uso das suas instalações na Bobadela (os ensaios são feitos preferencialmente no auditório do Centro de Acolhimento de Refugiados (CAR). Apesar de ser independente e de não usufruir qualquer tipo de apoios financeiros, o próprio CPR[120] tem beneficiado da constituição deste grupo, na medida em que sempre que existem cerimónias oficiais sobre refugiados, nomeadamente: a comemoração do Dia Mundial dos Refugiados em Portugal, os Congressos do CPR, as comemorações do 25 de Abril, ou ainda a convite de outras instituições ou cerimónias que têm como função elaborar sobre o tema mais abrangente das imigrações (como é o caso das recentes edições de "Os Dias do Desenvolvimento", levadas a cabo pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD),[121] o RefugiActo é convidado a participar no programa, dando visibilidade à situação dos refugiados em Portugal. O grupo tem-se apresentado igualmente em escolas e em encontros de grupos de teatro amador e ou comunitário.

Desde a sua formação, o RefugiActo, tem tido um papel fundamental na tentativa de construção de um sentido de grupo, na partilha de memórias, sonhos, receios, alegrias, frustrações, conquistas, mas também na recriação de uma "cultura de asilo" no sentido que lhe atribuem Shuman e Bohmer (2004: 402) quando referem nomeadamente, a importância de medir o impacte do asilo na construção de narrativas que reflectem as experiências comuns a requerentes de asilo, em diversos contextos. As peças teatrais apresentadas por este grupo dão também voz a um sentimento colectivo dos refugiados em Portugal, através das narrativas de sofrimento que apresentam ao público. Diria que o RefugiActo permite potenciar as vozes silenciadas destes *actores sociais*, no palco, mas apenas *figurantes sem nome*, no contexto da sociedade

[120] É de salientar que apesar de o Conselho Português para os Refugiados apoiar indirectamente o grupo de teatro através por exemplo da cedência das instalações para os ensaios ou da legitimação que lhes é reconhecida através dos constantes convites ao grupo para que se apresente em cerimónias e momentos festivos levados a cabo pelo próprio CPR, nunca, até ao momento, houve algum tipo de referência mais aprofundada sobre o RefugiActo no *site* oficial do CPR.

[121] Ver www.diasdodesenvolvimento.org/.

portuguesa. Shuman e Bohmer destacam igualmente que as experiências de asilo podem condicionar a construção da narrativa do requerente de asilo:

> "Os factores culturais que influenciam a construção das narrativas dos requerentes de asilo incluem as práticas e as organizações sociais de grupos específicos, bem como aquilo a que poderíamos chamar a «cultura de asilo», as experiências comuns aos refugiados e requerentes de asilo provenientes de diferentes partes do mundo. Cada cultura tem os seus próprios conceitos de coragem, vitimização, dignidade e perseguição, e ainda diferentes conceitos e práticas de burocracia. Se as vítimas de trauma entendem os seus problemas como pessoais ou como parte de uma situação mais vasta de perseguição política, também é culturalmente específico. Cada um destes conceitos é, até certo ponto, traduzível, mas eles são também construções culturais incorporadas, diferenciadas ainda por noções locais relativas à idade, ao género e a outros marcadores identitários. Além disso, tanto as formas de discurso das comunidades de origem dos requerentes de asilo como a experiência cultural de serem refugiados influenciam a construção da narrativa de asilo" (2004: 402).

O RefugiActo tem contribuído para a construção da narrativa sobre o asilo em Portugal, dando aos refugiados a possibilidade de saírem da invisibilidade a que a sociedade tantas vezes os vota, através da criação e partilha de actos cénicos não só poéticos e culturais, mas também de intervenção política e crítica social, por meio da construção destas narrativas, plasmadas em textos cénicos e *sketches* satíricos. Para além de, ao longo destes 6 anos terem feito inúmeras apresentações em palcos formais e informais pelo país fora, saliento ainda o facto de as suas peças serem normalmente acompanhadas de tertúlias em que se debate o tema dos refugiados, aproveitando assim para esclarecer um pouco mais, o público que os escuta. As peças encenadas são o resultado consensual de um longo e importante debate em várias línguas, entre os membros do grupo, e acabam por representar os problemas, as angústias e por vezes as perplexidades que vivem os refugiados, na tentativa de integração na sociedade portuguesa. Peças como *Aqui*, ou *Ecos de Esperança* e *Abrigo*, para além de um *sketch* sobre as dificuldades sentidas nos "desencontros terapêuticos" num cenário de consulta com os médicos no Centro de Saúde, dão visibilidade às suas narrativas, feitas de experiências traumáticas (mas também caricatas), aflições e esperanças e são, mais do que um lugar de partilhas e solidariedades entre os membros do grupo de teatro, um verdadeiro acto terapêutico encontrado não no consultório de um psiquiatra, mas num ambiente seguro e empático.

A partilha das suas histórias de vida faz-se também num lugar, onde acreditar que a história traumática de cada um, pode transformar-se numa nova história, já não de humilhação e sofrimento, mas de prazer, orgulho, nostalgia e também reivindicação. Estas apresentações públicas em forma de *sketches* irónicos, leitura encenada de poesias, ou peças montadas a partir de textos produzidos por todos, contêm em si uma crítica política implícita. Um dos *sketches* ironizava sobre a comida enviada pelo Banco Alimentar (da qual se alimentam os requerentes de asilo enquanto residem no Centro de Acolhimento) e a velocidade com que tinham de consumir os imensos iogurtes que chegavam já quase fora de prazo. Uma das cenas mostrava como este "excedente de iogurtes" podia ter uma função mais útil, através de uma nova apropriação do objecto: jogar xadrez com os copos de iogurte, ajudava-os a ocupar o tempo do ócio no Centro de Acolhimento, para além de lhes manter a mente activa.

Um outro *sketch* a que tive o privilégio de assistir, mostrava os desentendimentos entre uma médica do Centro de Saúde, enfastiada e ao mesmo tempo irritada, por ter que atender refugiados os quais não compreendia, e o desespero dos mesmos para lhe fazerem entender os seus sofrimentos.

Numa brochura de divulgação do RefugiActo, encontramos o seguinte texto:

> "Enquanto projecto de experimentação, o RefugiActo tem explorado diversas formas de valorização da multiculturalidade/interculturalidade:
>
> ► Em pequenos sketches, num registo irónico e cómico,
>
> - sobre situações da vida dos migrantes no seu processo de integração, satirizando o mau atendimento no Centro de Saúde, o compadrio e obstáculos para obtenção da documentação, o trabalho ilegal, a dificuldade em arrendar uma casa, etc.
>
> - sobre situações da sua experiência enquanto requerentes de asilo e o seu acolhimento em Portugal, brincando com os mal-entendidos e constrangimentos inerentes a um Centro de Acolhimento, com as condições de aprendizagem e dificuldades da língua portuguesa, etc.
>
> ► Com textos que entrecruzam diferentes expressões culturais e saberes, procurando através do desempenho do papel do outro, conhecer, relativizar, questionar e valorizar as diferenças. São exemplo disso:

- "O saber não ocupa lugar" – um concurso divertido em que há de tudo: perguntas e representações sobre diferentes países, a ignorância da bela apresentadora e júri totalmente parcial.

- "Dançar sem se atrapalhar" – um concurso animado dedicado à música e à dança de diferentes partes do Mundo, sem vencedores nem vencidos.

- "Era uma vez... um ano novo" – uma viagem ao interior de cada um de nós, aos nossos sentimentos perante o que nos rodeia."

A apresentação destas peças leva ao público a possibilidade da confrontação com a esfera política do drama, em que os refugiados emergem. São também, por vezes, carregadas de emoções e memórias de sofrimento e separação. Numa das comemorações do Dia Mundial dos Refugiados, C, da Birmânia, escolheu apresentar um poema do poeta birmanês Htoo Ein Thin, intitulado "Irrawaddy" (nome de um rio que atravessa a Birmânia (actual Myanmar), também conhecido por "History's Bride". Foi esta a introdução ao poema feita por C e pela sua mulher N (também requerente de asilo), em português, antes de iniciar a leitura do poema em birmanês, perante uma plateia comovida pela emocionada leitura:

> "Irrawaddy e a história do Myanmar serão eternamente noivos. Irrawaddy é um rio que atravessa o Myanmar de norte a sul. Por isso, tem uma grande importância para nós: geograficamente e culturalmente. Irrawaddy é testemunha do medo, da perseguição, da fuga. E, como não podemos falar livremente, é junto de Irrawaddy que choramos, que gritamos a nossa raiva. Irrawaddy é um cemitério de histórias, mesmo das novas histórias que vão nascer. Irrawaddy é também testemunha da nossa esperança. A ditadura militar é responsável por quase dois milhões de refugiados birmaneses. Mas este regime, terá que acabar um dia. Que esse dia chegue em breve é a nossa esperança."

Num outro evento, N refugiado palestiniano, escolheu declamar uma poesia do poeta e resistente palestiniano Mahmud Darwich, intitulado "Bilhete de Identidade". O conceito de identidade, ou de identificação, no sentido de obtenção de documentos que legitimem os requerentes de asilo e refugiados perante a sociedade portuguesa, é como já mencionei anteriormente, uma das principais preocupações e reivindicações dos requerentes de asilo em Portugal. É também uma questão simbólica para todos os palestinianos que não possuem um território livre onde voltar, como é o caso de N. A

leitura deste poema está portanto revestida de uma dupla significação: enquanto refugiado e enquanto palestiniano.

"BILHETE DE IDENTIDADE
Toma nota! Sou árabe
O número do meu bilhete de identidade: cinquenta mil
Número de filhos: oito
E o nono... chegará depois do verão!
Será que ficas irritado?
Toma nota!
Sou árabe
Trabalho numa pedreira com os meus companheiros de fadiga
E tenho oito filhos
O seu pedaço de pão
As suas roupas, os seus cadernos
Arranco-os dos rochedos...
E não venho mendigar à tua porta
Nem me encolho no átrio do teu palácio.
Será que ficas irritado?
Toma nota!
Sou árabe
Sou o meu nome próprio – sem apelido
Infinitamente paciente num país onde todos
Vivem sobre as brasas da raiva.
As minhas raízes...
Foram lançadas antes do nascimento do tempo
Antes da efusão do que é duradouro
Antes do cipreste e da oliveira
Antes da eclosão da erva
O meu pai... é de uma família de lavradores
Nada tem a ver com as pessoas notáveis
O meu avô era camponês – um ser
Sem valor – nem ascendência.
A minha casa, uma cabana de guarda
Feita de troncos e ramos
Eis o que eu sou – Agrada-te?
Sou o meu nome próprio – sem apelido!
Toma nota!
Sou árabe
Os meus cabelos... da cor do carvão
Os meus olhos... da cor do café
Sinais particulares:
Na cabeça uma kufia com o cordão bem apertado
E a palma da minha mão é dura como uma pedra
... Esfola quem a aperta
A minha morada:
Sou de uma aldeia isolada...
Onde as ruas já não têm nomes
E todos os homens... trabalham no campo e na pedreira.
Será que ficas irritado?
Toma nota!
Sou árabe
Tu saqueaste as vinhas dos meus pais
E a terra que eu cultivava

Eu e os meus filhos
Levaste-nos tudo excepto
Estas rochas
Para a sobrevivência dos meus netos
Mas o vosso governo vai também apoderar-se delas
... ao que dizem!
... Então
Toma nota!
Ao alto da primeira página
Eu não odeio os homens
E não ataco ninguém mas
Se tiver fome
Comerei a carne de quem violou os meus direitos
Cuidado! Cuidado
Com a minha fome e com a minha raiva!

7.2 – O teatro como forma de apaziguamento e espaço reinvindicativo

"Um calmante, não uma cura"

Aparecer perante o público, escolher livremente o que pretendem exprimir através dos seus poemas ou *sketches* de teatro, representa para os membros do grupo do RefugiActo, uma forma de se expressarem colectivamente, de darem visibilidade às suas histórias de vida (não por ter sido obrigatoriamente solicitada pelas instituições de acolhimento), e mais ainda, de o fazerem através de símbolos que reconhecem como seus, de cada um, e ao mesmo tempo colectivos, de todos os membros do grupo de teatro. Esta forma de dar visibilidade às suas experiências de repressão e sofrimento, adquirem uma indubitável forma de expressão e reivindicação simbólica e política – por quanto reclama um reconhecimento da sua situação por parte do público que assiste – uma vez que se reportam não apenas ao passado das suas vidas, mas também às experiências presentes num contexto de asilo. Assim, o modo como cada actor escolhe narrar (e representar) a sua história, resulta por vezes para o próprio, como um acto libertador, carregado de sentimentos e sofrimentos há muito reprimidos. S, refugiado da Albânia, ao ler um poema que lhe tinha sido enviado pela sua filha a quem já não via há vários anos, não susteve as lágrimas chorando convulsivamente em pleno palco, tendo admitido depois, publicamente, que se sentia mais "leve", depois de conseguir exteriorizar o seu sofrimento através do choro.

São vários e coincidentes os testemunhos dados pelos refugiados e requerentes de asilo, em relação àquilo que para eles, representa pertencer ao RefugiActo. Perante a minha pergunta, respondiam:

– "O teatro fala de nós";

– "Para mim, são a minha família";

– "Para mim, é uma janela através da qual os refugiados respiram, especialmente no caso em que não sabe ou não consegue expressar os seus problemas";

– "Trata dos problemas sociais que encontram os refugiados"; "Com o teatro podemos opinar e expressar os nossos problemas";

– "A falta de comunicação por exemplo entre o refugiado e o médico no Centro de Saúde provoca raiva…não raiva: desespero. Através do teatro falamos disso." "Também temos um teatro que fala dos problemas com o SEF";

– "O teatro é um calmante para o nosso sofrimento, não uma cura! A cura só vem se conseguirmos resolver aqui os nossos problemas"; "Por isso é que a Câmara (de Loures) deve apoiar. As outras instituições também devem apoiar";

– "É preciso apoio para o grupo de teatro. Cada refugiado é um caso, mas se há problemas com um de nós, partilhamos e ajudamo-nos todos, por isso é que precisamos do grupo de teatro";

– Dizem-nos que nos temos que integrar em Portugal, mas não sabem o que dizem. Não conhecem as nossas dificuldades. Assim quando representamos pode ser que nos conheçam melhor e que compreendam aquilo por que ainda passamos. É claro que também temos problemas entre nós, mas esses sabemos resolver. Não são importantes em comparação com o que passamos lá fora".

Para os membros que participam no grupo, uma das funções apaziguadoras, é o de poder substituir a família que perderam, ou da qual estão inevitavelmente separados. Bordeando o campo da antropologia do parentesco (Carsten 1991, 2000; Viegas 2003), sabemos que a noção de família é abrangente e sujeita a alterações. Nem sempre a família é aquela em que nascemos. Por vezes, os laços que ligam as pessoas sujeitas a uma mesma experiência, bem como a inter-ajuda entre os membros, e a partilha de momentos simbolicamente importantes, fazem emergir uma co-relação solidária a que os refugiados, neste caso, denominam família: uma família resultante do relacionamento (*relatedness*, segundo Carsten) e da necessidade de conforto afectivo e social, baseada na opção, e não uma família no sentido biológico do termo.

Apesar de, tal como podemos observar nestes testemunhos, o grupo de teatro ser fundamental nas suas vidas para a construção de um sentimento de grupo e até um substituto das relações familiares, não quer isto dizer evidentemente que haja uma total ausência de conflitos (o que reforça a ideia de dinâmica familiar). Porém, do que me foi dado observar durante o trabalho de campo, esses conflitos emergiam particularmente na aversão à quase submissão plasmada na crítica a alguma obrigatoriedade de representar a instituição CPR em qualquer cerimónia oficial, sem que houvesse contrapartidas consistentes que, beneficiassem o grupo de teatro e os seus membros. Ainda assim, e apesar dos pontuais conflitos que possam surgir de quando em vez, a necessidade de participação no grupo, tem sido, segundo os próprios, superior a qualquer desentendimento.

Uma das peças com mais impacte no público e também uma das mais representadas, é a peça intitulada *Ecos de Esperança*. No palco, encontram-se todos os actores, homens mulheres e crianças. Uns sentados, outros de pé, vão declamando um a um, as respectivas histórias das suas próprias vidas. A, fala da experiência da longa viagem carregada de sofrimento, no barco onde fugiu clandestinamente; D, fala de como viu matarem o seu pai e do caminho de fuga até Espanha e depois Portugal; L, fala de como saiu à pressa da Bielorrússia deixando para trás uma carreira, uma família e uma casa, tendo que começar tudo de novo já em Portugal. Rea Dennis (2007: 356), citando Cohen-Cruz, refere que narrar a sua história (na performance teatral) propicía um modo de intervir politicamente (*to become political*), não através da *teoria* política, mas sim da *experiência* política. Assim, como referem Garro e Mattingly, "Narrative is a fundamental human way of giving meaning to experience" (2000: 1). A dimensão pessoal da narração da história permite uma orgânica e uma oportunidade genuína de envolvimento numa acção criativa, e simultaneamente abre a possibilidade de poder comunicar aos outros, o que é de facto importante para a pessoa.

> "Para os refugiados e requerentes de asilo, as aspirações à cidadania e à agencialidade podem surgir como miragens fúteis num horizonte de ocupação precária. O facto de a prática performativa baseada na comunidade encontrar aplicação regular junto dos refugiados e requerentes de asilo está possivelmente relacionado, em parte, com um desejo genuíno (por parte da organização não governamental, do organismo financiador, e do praticante de teatro) de reforçar a esperança nas pessoas. No entanto, a história pessoal no contexto dos refugiados representa uma complexa moeda de troca aos níveis cultural, político e social. Salverson (2001) adverte que a «escuta inocente» dessas histórias não

> faz jus à grande complexidade das vidas de quem conta essas histórias nem ao propósito de as contar" (Dennis 2007: 357).

De um modo geral, nas representações a que assisti (cerca de dez), a ocasional apatia por parte do espectador, era colmatada pelo apelo à intervenção, durante as tertúlias temáticas que se seguiam à apresentação da peça e que eram estimuladas quer pela professora Isabel Galvão, quer pela directora do CPR (Dr.ª Maria Teresa Tito de Morais), quer ainda e ocasionalmente pelos próprios refugiados e requerentes de asilo. Nestas tertúlias, o público colocava perguntas aos refugiados, debatiam-se entre todos o significado político que implica *ser* um refugiado, questionava-se o próprio significado do conceito de asilo e abrigo. Pelo menos pontualmente, os próprios refugiados tinham a percepção de que alguém os ouvia, que alguém estava genuinamente interessado naquilo que eles tinham para dizer. Contudo, é necessário colocar as coisas em perspectiva. Apesar da apresentação do grupo e das suas performances narrativas, dar alguma visibilidade à precária condição política e social dos refugiados, ela não garante por si só, uma percepção mais alargada e contextualizada, dessa mesma condição. O que pretendo dizer é que, a avaliar pelo tipo de público presente nas tertúlias, poderemos supor que não haverá em princípio, um "exponencial de notícia" que cative públicos anónimos mais alargados. Pelo que me foi dado observar, arrisco a caracterizar a maioria dos elementos do público como militantes nas causas sociais, na medida em que surgem, e se mobilizam particularmente, no interior da rede social associada ao próprio CPR (por exemplo na divulgação dos congressos bianuais, ou nas festas periódicas), ou ainda por exemplo, um público *habituée* às comemorações do 25 de Abril (no Largo do Carmo), arrastando sempre consigo, os mesmos amigos e familiares. A meu ver, dificilmente o RefugiActo ganhará contornos de interesse na esfera pública através da Internet (como reflexo das eventuais notícias que vêm a público nos meios de comunicação social de massas), por exemplo. Se fizermos uma breve pesquisa, são poucas as referências que encontrarmos e reportam-se a 2008[122] e a 2006,[123] sendo que neste último *site* constam essencialmente fotografias alusivas às representações, como aliás é o que sucede no *site* oficial do CPR, para além de uma referência a um ciclo de conferências, uma das quais sobre uma actuação do RefugiActo.[124]

[122] In http://www.causas.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=141.

[123] In http://refugiacto.refugiados.net/.

[124] In http://www.refugiados.net/_novosite/confs2009.pdf.

Tomando como princípio que o objectivo do RefugiActo não está centrado na expressão das narrativas da história de vida de cada um, mas sim no rastilho que estas poderiam proporcionar para o diálogo com a sociedade portuguesa, sou levada a crer que deste modo, a narrativa através deste grupo, dificilmente abalará as estruturas de poder, ou sociais, de modo a produzir um efeito de transformação sobre a sua condição de vítimas de violência estrutural, com direito a ver cumpridos os direitos que a própria legislação de asilo em Portugal teoricamente lhes proporciona. Logo, parece-me a mim, que o maior valor do RefugiActo se centra essencialmente em dois planos: a) o plano simbólico: a sensação de poder e controlo de cada homem e mulher que enquanto refugiados "representam" as suas vidas: subir ao palco, controlar o texto, fazer ouvir finalmente a sua voz, no meio do silêncio de uma plateia que está ali precisamente para escutar e perceber, ser reconhecido e apreciado publicamente através das palmas e dos abraços solidários no final; e b) no plano diria eu, quase terapêutico: o reforço da auto-estima e da segurança, poder expor-se publicamente sem medo da repressão, exorcizar o sofrimento através da expressão pública do mesmo, comungar com os outros membros do grupo a "cultura de refugiado", e poder criticar ainda que ironicamente, a sociedade portuguesa que também contribui para o sofrimento físico e mental (por exemplo, o *sketch* do Centro de Saúde).

Tal como refere Karol R. Ortiz (1985), os seres humanos têm uma necessidade básica de serem compreendidos pelos outros. A atenção prestada ao relato da história feita pelos "actores" do RefugiActo através de uma escuta empática, pode proporcionar uma experiência para o narrador, de algum modo comparável ao contexto da psicoterapia.[125] Dar conhecimento do seu sofrimento a quem o quer escutar, sem outro objectivo do que poder aprender sobre cada história dos refugiados, pode contribuir, ainda que de forma subtil, para algum apaziguamento do narrador, através da catarse[126] que essa narrativa empática contém.

Espero que seja suficientemente claro que não pretendo aqui afirmar que o teatro RefugiActo substitui o efeito terapêutico de uma verdadeira consulta de saúde mental culturalmente competente (que como sabemos ainda não existe em Portugal,

[125] *Lato sensu*, entende-se por psicoterapia uma forma de cuidado de saúde mental que implica a fala com um psicólogo ou outro especialista em saúde mental. Supõe-se que a psicoterapia ajude a pessoa a aprender a exercer controlo sobre a sua própria vida de forma a dar respostas saudáveis a situações stressantes ou desafiadoras.

[126] Segundo Ortiz, "Catharsis in the therapeutic sense can be defined as the emotional re-experiencing of traumatic events and a resolution of accompanying strong emotions which have been carried through the years, often subconsciously, and have affected one's daily life experience" (1985: 118).

particularmente orientada para o eventual trauma dos refugiados). Muito menos afirmo que, pelo facto de poderem falar abertamente dos seus sofrimentos e inclusive, elaborarem alguma crítica social da sociedade portuguesa, dá aos membros a possibilidade de uma intervenção política que lhes altere para melhor o *status quo* em que se encontram. Porém, considero que no actual contexto de vida dos refugiados e requerentes de asilo, apenas o RefugiActo e a criação da *Associação dos Refugiados em Portugal* (da qual falarei adiante), constituem alguma agencialidade por parte de um colectivo tão heterogéneo.

No caso concreto do RefugiActo, as apresentações ao longo destes anos têm tido o mérito de se constituírem como agentes de mudança e *empowerment,* na medida em que exploram as problemáticas éticas, sociais e políticas dos refugiados. As narrativas das histórias de vida têm sido dramatizadas de modo relevante e tanto para os próprios refugiados como para o público que assiste. Falam publicamente de situações que precisam ser resolvidas num contexto de mudança social e política (os problemas na consulta do Centro de Saúde, no SEF, no próprio Centro de Acolhimento, por exemplo), permitindo simultaneamente a construção de uma comunidade que, apesar de multicultural e heterogénea, substitui em grande parte, a ausência de redes sociais e familiares, como mencionei anteriormente. O RefugiActo fala de realidades que necessitam ser transformadas. Evidentemente que nem todos os refugiados e requerentes de asilo em Portugal pertencem ao grupo de teatro, mas todos os outros, acabam por beneficiar indirectamente destas performances pois há "alguém" que fala de certo modo por eles, sendo "um deles". Tal como refere James Thompson no artigo "Applied Theatre/Drama: an e-debate in 2004":

> "O Teatro Aplicado refere-se à prática teatral e dramática em contextos não tradicionais e/ou com comunidades marginalizadas. Refere-se à prática do teatro comprometida com áreas da política social e cultural, tais como saúde pública, a educação, a justiça penal, a interpretação de lugares do património e o desenvolvimento" (2004: 49).

Assim sendo, considero que o RefugiActo tem o inegável mérito de se constituir publicamente como uma voz crítica à violência estrutural a que os refugiados e em particular os requerentes de asilo, ainda estão sujeitos em Portugal.

Ilustração 11 – Saindo da invisibilidade

7.3 – A Associação de Refugiados em Portugal

Por último, um outro exemplo onde a resiliência pode também favorecer a reivindicação política e social e a transformação de novas condições de integração, por parte dos refugiados e requerentes e asilo, é o da recém-criada Associação de Refugiados em Portugal, em Janeiro de 2010. Constituída igualmente por requerentes de asilo de várias proveniências geográficas, e tão heterogénea como o próprio grupo de teatro, é a meu ver, o primeiro símbolo[127] de liberdade de autonomia, expressão e agencialidade, através da recusa de uma vitimização impotente que a maioria das instituições teima em associar aos refugiados. Num artigo de Edward Said publicado em 1984 e citado por Ilana Feldman (2008: 498), este chamava a atenção para o facto de que os refugiados palestinianos não terem "*permissão para narrar*"; isto é, não tinham espaço para contar as suas histórias, ou fazer as suas próprias reivindicações.[128] Do mesmo modo que os refugiados palestinianos, também os refugiados portugueses não tiveram até agora, um modo de se exprimirem livremente na sociedade portuguesa, uma vez que a sua voz tem estado condicionada e controlada pelas instituições representantes de um discurso hegemónico, e que têm a cargo a sua integração. Para tal contribui também o facto de em Portugal, ao contrário de muitos outros países onde os refugiados se constituem em comunidades, e possuem as suas próprias identidades salvaguardadas pelas redes sociais de pertença, aqui e tal como referi anteriormente, essas comunidades dificilmente existem (os refugiados são de proveniências muito heterogéneas e em número muito reduzido).

A Associação de Refugiados em Portugal poderá vir a constituir-se, a meu ver, como um primeiro espaço real e simbólico em que os refugiados desenvolvem agencialidade através de projectos e acções que venham ao encontro das suas necessidades e de acordo com as suas capacidades e aspirações. É através da (relativa) autonomia que uma organização destas proporciona, que se podem romper as primeiras barreiras de acesso e produção de poder, entendendo este aqui meramente, como o

[127] Primeiro símbolo porque, ao contrário do RefugiActo, que se constituiu em primeiro lugar como iniciativa da professora de português, a ARP foi constituída por iniciativa exclusiva dos próprios refugiados e requerentes de asilo.

[128] Aqui pretendo referir que apesar de o grupo de teatro RefugiActo parecer ser um lugar de liberdade de expressão por excelência, teremos sempre que considerar a possibilidade de existência de alguma limitação, ainda que involuntária, por parte da principal e até agora única instituição de apoio: o próprio CPR. A dependência institucional pode conduzir a uma eventual coação relativa aos textos escolhidos como crítica institucional ou social.

simples acto que pode permitir sair da marginalização social. Esta "tentativa de colectivo" destaca-se ainda pela heterogeneidade dos refugiados que a constituem, ou seja, configura-se como um processo de construção social pela diferença, através da formação de uma identidade múltipla, resultante de uma tentativa de fuga do espectro do trauma e da violência.

Em Portugal, no que respeita às associações de imigrantes em geral, estas têm-se constituído como um espaço privilegiado de mobilização social e política, tendo como objectivo a defesa dos interesses dos seus membros, na sociedade de acolhimento. De acordo com Horta (2010: 12), o sentimento de pertença, bem como as sociabilidades geradas no âmbito das dinâmicas associativas, tendem a proporcionar um refúgio psicossocial, que permite atenuar e, até mesmo, ultrapassar os obstáculos e as dificuldades com as quais os migrantes se confrontam, especialmente, numa primeira fase de fixação e de adaptação ao novo meio (Jenkins e Sauber 1988; Rocha-Trindade 1988).

Além das dimensões culturais, recreativas, sociais e económicas que caracterizam os objectivos da constituição dos estatutos da maior parte das associações de imigrantes em Portugal, a mobilização social e política tem também emergido, igualmente, como uma importante vertente de intervenção (ex: SOS Racismo; Associação de Migrantes e Recreativa do Talude, entre outras). É contudo de salientar que salvo raras excepções, os imigrantes que não estejam ainda documentados como cidadãos nacionais, não podem eleger, nem ser eleitos para cargos políticos, o que na realidade, constitui uma limitação à sua capacidade de intervenção política directa. Contudo, o facto de se constituírem como uma figura jurídica colectiva (como é aliás o caso da ARP), dá-lhes a possibilidade de se apresentarem perante a sociedade e as instituições em geral, como um colectivo e portanto, com poder representativo.

Foi essencialmente essa característica – terem uma voz colectiva autónoma, com estatuto jurídico, associada à necessidade de se apresentarem sem intermediários junto por um lado, das instituições estatais que têm a obrigação legal de os acolher (SEF; Santa Casa da Misericórdia; MAI) por outro, das instituições que têm como responsabilidade ajudar à sua integração (Centro de Emprego; Centro de Saúde; Autarquias, entre outras) – que motivou a necessidade de constituição da ARP. A iniciativa dessa criação partiu de alguns requerentes de asilo e refugiados que já se encontram há alguns anos a residir em Portugal.

Em Janeiro de 2010, fui contactada por alguns destes refugiados com o objectivo de me pedirem para os orientar nos processos burocráticos de constituição da associação, bem como na escrita dos estatutos e objectivos da mesma. O encontro ficou marcado para um domingo chuvoso, nas instalações cedidas pela Junta de Freguesia de São João da Talha. Na sala juntaram-se cerca de 15 refugiados [129] de várias proveniências geográficas, entre as quais: Birmânia, Costa do Marfim, Serra Leoa, Somália, Guiné Conacri, Irão, entre outras. Todos eles (também estavam presentes algumas mulheres) eram já meus conhecidos. Na mesa, estavam mais três refugiados que assumiram a disponibilidade de se candidatarem aos cargos dirigentes da associação, uma vez que segundo afirmaram, tinham tomado a iniciativa da sua criação. Após a minha explicação inicial sobre a forma e o conteúdo que uma associação deve ter, e sobre a importância de eles próprios definirem o que pretendiam colocar nos objectivos estatutários, começou-se uma ronda de intervenções por parte dos presentes, sem antes terem decidido (os meus colegas de mesa e os presentes na sala) que a língua em que se ia falar era o português, porque, de acordo com as suas palavras, "bem ou mal, é a única língua comum a todos". Reconheço que me surpreendi com o facto de todos os presentes na sala quererem tomar a palavra. Um após outro, foram apresentando as razões porque era necessária a criação desta associação, coincidindo no facto de que era fundamental uma voz colectiva que os representasse perante a sociedade, e principalmente perante as instituições. Porém, antes de entrarem propriamente neste assunto, expunham perante todos, longamente e com detalhes, as dificuldades porque passavam e o sofrimento a que estavam permanentemente sujeitos: a impotência perante a Segurança Social, que não lhes paga o subsídio a que têm direito, o trabalho que tarda em chegar, a falta de resposta do Centro de Emprego, a ausência de apoio jurídico por parte do CPR sempre que têm algum problema legal para resolver. Destaco o resumo de uma das intervenções apresentadas:

> "O subsídio que me dão, não dá para pagar o quarto, comer e pagar os transportes para andar à procura de trabalho. Às vezes penso: fugi das balas, mas aqui morro todos os dias mais um bocadinho. De que me serve ter asilo se não consigo sobreviver com dignidade? Já pensei em pedir asilo numa prisão. Aí temos cama e temos comida…A liberdade não

[129] Mais uma vez, o uso do conceito "refugiado" faz-se apenas por economia de espaço. Saliento contudo que, aqui também, a maioria era de facto constituída por requerentes de asilo.

> me serve de nada, se não tenho trabalho nem dinheiro para viver... Fazem de nós vítimas à força. É por isso que precisamos da associação."

Ou outra:

> "Queremos a associação para nos ajudarmos a nós próprios e para ajudar os outros assim que chegam a Portugal."

Uma das intervenções mais emotivas foi o de C, da Birmânia, em Portugal já há cinco anos, mas que continuava a manifestar um intenso sofrimento mental plasmado na emoção da voz.

> "Sinto muita raiva por só me oferecerem trabalho como operário, ou mecânico (…) Eu podia dar o meu contributo a Portugal como engenheiro graduado, mas parece que ninguém está interessado em saber o que eu posso fazer de melhor (…). Mas também sinto raiva por sentir raiva, porque sei que cada pessoa tem que definir o lugar em que quer viver e aí explorar o que cada um sabe e quer verdadeiramente fazer e agarrar-se a isso com toda a força (…) mas está muito difícil. Cada pessoa só tem essa opção e o percurso para a vida mais feliz tem que ser feito individualmente. Essa luta aqui tem que ser feita sozinho (…). As forças começam a faltar."

Destes depoimentos destaco duas noções principais: a primeira é relativa ao sofrimento continuado por parte dos refugiados. As dificuldades de uma verdadeira integração social e económica, mesmo após tantos anos de vida em Portugal, apesar das qualificações de alguns deles, remete-os para a violência estrutural tantas vezes sublinhada por diversos autores (Farmer, L. Green, Kleinman, Das, Lock, entre outros) e que vai minando a confiança, a força, inclusive a saúde mental dos refugiados em Portugal. Um outro aspecto, refere-se ao segundo testemunho: a necessidade de criarem uma associação que os represente para que saiam da *vitimização forçada* a que a sociedade em geral, e as instituições em particular os vota, numa tensão dialógica entre a actual suspeita política nos Estados da União Europeia sobre a existência de grande número de "falsos refugiados" (ou seja: de migrantes por razões económicas e não políticas, como se fosse possível separar totalmente as duas premissas) e a vitimização forçada, no sentido em que são por vezes considerados pelos mesmos Estados como vítimas indefesas, incapazes de traçarem por si próprios um caminho político de defesa dos seus direitos (Hajdukowski-Ahmed, Khanlou e Moussa 2009; Daniel e Knudsen

1995) e que lhes coarcta a possibilidade de terem um papel dinâmico na sociedade, de terem uma voz que represente de forma justa, a si próprios.

Regressando ao relato da primeira reunião de constituição da associação, pretendo ainda salientar algo também mencionado por todos (sem excepção) os que ali se encontravam: o permanente dilema entre *partir* ou *ficar*. Esta questão, sempre presente nas mentes dos refugiados, plasma a contradição entre o desejo e a realidade: se o desejo de muitos é ficar em Portugal, a realidade, é que pelo facto de não terem trabalho nem bens que os sustente, acabam por decidir partir (às vezes clandestinamente) para outros países, onde pelo menos existem redes familiares e sociais de suporte. Esta questão é fundamental, pois configura-se como um entrave à constituição da associação, tendo sido eventualmente uma razão de peso para a anterior inexistência de uma associação de refugiados em Portugal, e veio levantar um problema imediato: alguns dos refugiados que inicialmente se ofereceram para os órgãos dirigentes, assumiram que iriam ter alguns problemas na gestão da associação, devido ao facto de se verem obrigados pelas circunstâncias, a deslocarem-se para outros países da Europa.

Outra discussão acalorada antes do final da reunião, versou sobre o nome que deveriam escolher para a dita associação. Vários dissertaram à volta do nome "refugiado", argumentando que esse é um estatuto a que ninguém pretende ser associado:

> "Ser refugiado é sinónimo de sofrer. Queremos ser reconhecidos pelos portugueses por aquilo que valemos enquanto pessoas, e não por sermos refugiados."

No final desse dia, acabaram por chegar a acordo sobre o nome para a associação. Decidiram que apesar de não se definirem pelo estatuto de refugiado, era importante que se assumissem enquanto tal, perante a sociedade portuguesa e as instituições políticas, uma vez que era pelos seus próprios interesses, e pelos interesses daqueles que haveriam de chegar, que pretendiam criar a associação. Assim, ficou definido naquele dia que o nome seria: *Associação dos Refugiados em Portugal.*

Uma segunda reunião teve lugar no domingo da semana seguinte. Aí, discutiram-se objectivos, ideias para os estatutos, processos burocráticos e financeiros ligados ao registo oficial da associação. Chegaram a acordo de que os sócios da mesma, poderiam ser todos aqueles que passassem pelo CPR, como uma forma de os ajudar no difícil processo de asilo. À semelhança de muitas outras associações de migrantes em Portugal (e não só), uma das primeiras preocupações dos corpos dirigentes é poder providenciar

aos sócios uma mediação nos complexos processos de integração social na sociedade de acolhimento, a par de uma maior visibilidade no campo político-ideológico e dos direitos e deveres de cidadania. Um dos elementos comuns às associações e também à ARP é a mobilização colectiva de reivindicações e expressão dos interesses dos sócios, em particular no que diz respeito às dificuldades sentidas no campo jurídico e que implica – segundo os próprios refugiados – a necessidade de conhecerem e darem a conhecer, as leis que os protegem em Portugal, fazendo-as cumprir; a mediação com as eventuais entidades empregadoras, a mediação na saúde, a mediação com o SEF, na tentativa de perceberem os processos relativos aos pedidos de asilo individuais que consideram arbitrários e nunca explicados, entre muitos outros objectivos estatutários. Faz parte também dos seus objectivos, desenvolver projectos que promovam a ajuda financeira e legal, aos refugiados e requerentes de asilo que ficam sem subsídio da Segurança Social ou da Santa Casa da Misericórdia, sem prévio aviso. Uma das ideias para projectos, que partilharam comigo numa das reuniões da associação, foi este:

> "Quando os requerentes de asilo chegam ao Centro de Acolhimento, ficam três meses sem fazer nada, a pensar só no seu sofrimento. Ficam por lá sem fazer nada, no quarto, ou em frente à televisão, a olhar às vezes para filmes de guerra. Isso não é bom para a saúde. Lá no Centro [CAR] também não nos deixam fazer nada. Como há bastante terreno à volta, podíamos ter uma horta para cultivarmos os nossos alimentos. Muitos dos que chegam não estão habituados à comida de cá. Se pudéssemos cultivar nós próprios aquilo que comemos, tínhamos várias vantagens: ocupávamos a nossa cabeça, matávamos o tempo, comíamos melhor, e do que sobrasse, até podíamos vender em cabazes aos portugueses que estivessem interessados. O que nós queríamos era pedir à Câmara um terreno (referiam-se à Câmara de Loures, mas também à de Lisboa, pois num aparte comentaram: «Sim, porque nós não somos refugiados do Concelho de Loures, somos refugiados de Portugal, por isso os nossos projectos podiam ser propostos em qualquer lugar!»). Podia ser em qualquer lado. Há para aí tantos terrenos desocupados… A associação tratava disso, organizava as pessoas e depois com o dinheiro da venda, até podíamos juntar dinheiro para melhorar a vida dos que cá estão e ficam sem apoios da Santa Casa. Pelo menos dava para ajudar durante um tempo.
>
> Outro projecto muito importante para a associação era ter um advogado que nos ajudasse a falar com a Santa Casa e com o SEF. Quando saímos do CAR e se temos algum problema, nunca, temos ajuda. Por exemplo: não há ninguém, mesmo ninguém, que nos explique porque é que demoram tantos meses ou às vezes anos, para nos renovarem o

> «cartão de residente por razões humanitárias». Não é justo. Essa foi uma das razões porque criámos a associação. Para podermos representar todos os outros que nem sabem falar português e que não conhecem os seus direitos. Se tivéssemos um advogado que defendesse os nossos direitos, já não nos tratavam desta maneira. Estamos sempre dependentes das decisões deles, sem sabermos porque é que as tomam…"

Um dos problemas relativos à constituição da associação, e que tardou mais tempo a resolver, relaciona-se com a inflação no registo da associação no Instituto de Registos e Notariado (IRN). Presentemente, um dos requisitos formais nesse processo, implica a abertura de uma conta num Banco, no valor mínimo de 500 euros. Dados os condicionalismos financeiros em que vivem os refugiados desempregados, ou a viver exclusivamente de subsídios, foi muito difícil (tardaram cerca de seis meses a juntar essa quantia) conseguirem reunir a quantia requerida entre os membros da direcção, para a abertura de conta que lhes permitiria o registo oficial e definitivo da mesma. Este era todavia um requisito obrigatório logo, o incumprimento do mesmo, condicionaria a formalização dos projectos ou a candidatura a apoios financeiros para o seu desenvolvimento.

Relativamente à necessidade de se apresentarem como colectivo, perante os órgãos oficiais que detêm o poder (arbitrário porque nunca são directamente consultados relativamente às decisões políticas que os envolvem) de decidir sobre as suas vidas em Portugal, passo a relatar um episódio sintomático, bastante grave porque atentatório aos direitos humanos e os direitos dos requerentes de asilo e que ilustra de certo modo, o controlo e coação a que estes estão sujeitos, nomeadamente por parte do SEF. Já anteriormente referi a falta de transparência com que o SEF atribui, ou não atribui, a renovação do cartão de "Residente por Razões Humanitárias" ou "Protecção Subsidiária" em Portugal.[130] São muitos os requerentes de asilo que me têm manifestado queixas relativas à forma como são tratados individualmente, neste serviço. A tentativa de pedido de renovação dos documentos processa-se do seguinte modo: Sensivelmente um ano após o cartão de residente por razões humanitárias[131] ter sido emitido, é fornecido pelo SEF uma folha de papel verde que teoricamente, tem efeitos legais (supostamente com este papel o requerente de asilo pode alugar casa, pode pedir emprego, etc.). Contudo, nada disto se passa na realidade, porque nem os potenciais

[130] Para verificar legislação, consultar SEF (2009: 19).

[131] Como referi no capítulo 1, este cartão é atribuído depois de o pedido de asilo em Portugal ter sido formalmente aceite pelas autoridades portuguesas (MAI/SEF).

arrendadores, nem os potenciais empregadores, reconhecem neste papel um documento legal. De acordo com a lei,

> "Caso o pedido de asilo seja admitido, segue-se a instrução do procedimento. Para o efeito os requerentes beneficiam de uma AR [autorização de residência] provisória, válida pelo período de quatro meses, renovável por períodos iguais até decisão final. O processo é instruído pelo SEF, no prazo de 60 dias, prorrogável por iguais períodos, até ao limite de 180 dias (art.º 28)".

Acontece, com efeito, que o documento emitido pelo SEF (uma folha de papel verde em tamanho A/4) e que substitui o anterior cartão de residência, tem escrito na base "Este documento é válido por um período de 30 dias", o que constitui desde logo uma depreciação para a forma como os requerentes de asilo são tratados pelo SEF, uma vez que não é verdadeiramente este, o prazo de validade aplicado àquele documento. Numa das vezes em que acompanhei os requerentes de asilo à entrevista com o inspector incumbido dos processos da renovação destes pedidos de residência, e perante a minha interpelação face à contradição entre o que está salvaguardado na lei para os requerentes de asilo (validade de 60 dias) e o que aquela folha de papel mencionava como válida (30 dias), foi-me dito pelo próprio: "Aqui (no SEF) damos-lhes esses papéis porque não temos outros específicos para os refugiados. Estes servem em especial para os imigrantes do regime geral, mas não faz mal". Esta afirmação releva em parte a atitude com que os requerentes de asilo são tratados, e uma certa desresponsabilização perante algo que lhes pode alterar a vida quotidiana dificultando-lhes o acesso por exemplo, à empregabilidade, aumentando os níveis de ansiedade a que estão sujeitos. Como efeito imediato deste procedimento, os requerentes de asilo, por não terem conhecimento da lei, nomeadamente a validade do documento provisório por 60 dias e não 30), rumam mensalmente às instalações do SEF, onde esperam horas seguidas, até poderem ser atendidos pelo inspector. Acresce o facto de que desde há alguns meses, o dia de atendimento aos requerentes de asilo nas instalações de Lisboa (Av. António Augusto de Aguiar), ficou cingido apenas à quarta-feira, único dia da semana em que se encontra um dos inspectores directamente responsáveis pela renovação dos documentos e outros assuntos.

Um reflexo imediato da constituição da ARP foi a maior comunicabilidade entre os seus membros, em torno a um objectivo comum. Face à urgência de verem resolvidas as necessidades de renovação de documentos, dentro do prazo e devidamente

justificados os constantes atrasos de decisão, decidiram mobilizar-se em grupo, com o objectivo de se apresentarem colectivamente e não individualmente, perante os inspectores do SEF, numa quarta-feira do último mês de Setembro (2010). Reuniram-se cerca de 15 requerentes de asilo, solicitando ser atendidos colectivamente, com o objectivo de que lhes serem dadas explicações para aquilo que consideraram *uma arbitrariedade institucional* pelo facto de nunca (segundo eles), receberem respostas coerentes e transparentes para as suas dúvidas e questões. Alguns dos requerentes de asilo aí presentes, perante a resposta dos inspectores, no sentido de não poderem ser atendidos colectivamente – em particular um dos requerentes que conhecia melhor os seus direitos – exprimiu-se de forma um pouco mais exaltada, dizendo em francês:

> "Estamos fartos de ser tratados como carneiros que não pensam e só obedecem. Exigimos respeito e explicações. Fomos aceites como requerentes de asilo porque fomos perseguidos nas nossas terras. Não merecemos ser tratados assim em Portugal, país que prometeu acolher-nos e proteger-nos".

Como consequência imediata, os inspectores mandaram fechar as portas do SEF, obrigaram um por um, a dar o nome, a identificação e o contacto e, acto imediato, àquele que "ousou" falar mais alto, foi-lhe colocado um carimbo no documento, com ordem de expulsão do território nacional a cumprir num prazo máximo de 20 dias. Em relação aos restantes, foram divididos em dois grupos: um dos grupos deveria apresentar-se na quinta-feira seguinte e o outro na sexta-feira, com o fim de serem escutados um a um. Este episódio provocou uma enorme tensão entre todos os presentes, uma vez que perante este aviso de expulsão em relação a um deles, os restantes começaram naturalmente a questionar-se sobre o que lhes iria também acontecer. A angústia instalou-se. Entre lágrimas de desespero, ansiedade e raiva, no dia seguinte, fizeram uma tentativa de contacto com o serviço jurídico do CPR que aparentemente, nada sabia do sucedido. O requerente de asilo com ordem de expulsão, prometeu ir a outro país estrangeiro com o objectivo de voltar com um advogado que pusesse o SEF em tribunal. É necessário referir que ainda antes deste episódio terminar, os inspectores do SEF exigiram que todos os envolvidos assinassem uma carta onde constavam declarações redigidas pelos inspectores. O teor genérico desta carta (segundo me relataram os requerentes de asilo) era a de uma declaração, atestando que o próprio tinha provocado desacatos no interior das instalações do SEF. As cópias destas declarações foram negadas a todos os requerentes de asilo que as solicitaram.

Na semana seguinte, e após uma enorme ansiedade e medo, a situação inverteu-se a favor dos requerentes de asilo envolvidos. A ordem de expulsão foi suspensa, tendo sido substituída por uma AR com validade de 4 meses, e os restantes membros de ambos os grupos, viram alguns dos seus pedidos serem satisfeitos, nomeadamente a validade da AR ser aumentada para períodos de 4, 6 meses a até dois anos. Os requerentes de asilo atribuíram este volte-face ao receio do SEF em ser alvo de acusação de abuso à liberdade de expressão, por parte de entidades estrangeiras, ou organizações defensoras dos direitos humanos.

Como referi anteriormente, os requerentes de asilo estão normalmente sujeitos a uma ansiedade extrema. Logo, impor uma espera desnecessária, prolonga a ansiedade e pode agravar o estado da saúde mental. O desconhecimento sobre o que está previsto na lei de asilo, bem como as barreiras de linguagem, entre outras, acabam por resultar num divórcio entre a legislação e a realidade quotidiana. Como refere Da Lomba (2004), a inexistência de um representante legal durante as entrevistas individuais com o SEF, devidamente documentado, que inspire confiança ao requerente de asilo, coloca em causa a justiça da própria entrevista. É importante referir que neste episódio passado no SEF, nenhum dos requerentes de asilo em presença, era já residente do CAR, logo, não podiam usufruir de imediato, do apoio jurídico providenciado por essa instituição, o que torna ainda mais pertinente, um dos projectos referidos pelos dirigentes da ARP e que menciona a necessidade de advogado na associação que medie e represente os refugiados. A atitude repressora e intimidatória dos inspectores contribuíu drasticamente para o agravamento da ansiedade nos envolvidos e reforça a noção da existência de uma violência estrutural contínua perpetrada pelas instituições que têm a obrigação de proteger os refugiados.

Partindo deste episódio, e do ponto de vista da defesa dos direitos humanos, configura-se de crucial importância para os refugiados e requerentes de asilo em Portugal a constituição da ARP e a efectivação dos projectos a ela ligados, como um meio de poderem proteger os seus interesses legais num Estado que prometeu dar-lhes asilo e protecção, para além de protegerem também a saúde mental contra actos de violência burocrática.

> "… à medida que a instituição da cidadania vai sendo desagregada e a soberania do Estado sofre cada vez mais pressões, estão a emergir no mundo contemporâneo espaços subnacionais e também supranacionais para as ligações democráticas e a agencialidade, e

> elas devem ser reforçadas juntamente com as políticas existentes, mais do que em sua substituição. É importante respeitar as reivindicações das diversas comunidades democráticas, incluindo as noções particulares que têm da sua cultura e de como se posicionam legal e constitucionalmente, reforçando simultaneamente o seu compromisso com normas emergentes da justiça cosmopolita" (Benhabib; 2004: 3).

Tal como refere Benhabib, a desagregação dos direitos de cidadania – dos estrangeiros, dos residentes, dos cidadãos – na Europa contemporânea, constitui-se como estudo de caso central, colocando inclusive em causa o significado de direitos humanos. Do mesmo modo, o direito de asilo tem implícito o dever de dar residência. Recusar esse direito, envolve a desfragmentação do Outro.

Como também refere Agier (2008b), o modelo imposto aos refugiados, é o de vítimas silenciosas, sem direito a discurso. Os refugiados formam uma espécie de "comunidade de êxodo", que não é nem étnica, nem religiosa ou nacional. É uma espécie de comunidade existencial, nascida directamente do coração de todas as guerras. A ARP pode vir a significar um momento crucial na mudança do asilo em Portugal, ao adquirir voz, ao fazer-se ouvir.

Vários autores citados por Fisher (1997: 444) – Fowler 1991; Frantz 1987; Hyden 1998 – referem a existência de uma percepção (um pouco romântica) de que diversas associações existem para "alterar o estado de coisas", através da contribuição para a democratização dos procedimentos na sociedade civil, no contexto de uma política neoliberal, pela maior capacidade de desburocratização, da maior flexibilidade e vontade de inovar, e também da maior capacidade para identificar as necessidades mais prementes da comunidade que representam. Para além disso, referem ainda a capacidade de unir o local ao global, através da constituição de redes internacionais onde circulam os fluxos de informação.[132] Uma das funções das associações é a aspiração a uma visão do mundo que transcenda a existência isolada de cada indivíduo, através da pertença a uma comunidade. De acordo com Maalouf:

> "… de um lado, a aspiração a uma visão do mundo que transcende a nossa existência, os nossos sofrimentos, as nossas decepções, que dá um sentido – ainda que ilusório – à vida e à morte; do outro, a necessidade de todos os homens se sentirem ligados a uma

[132] Alguns dos dirigentes da ARP têm já participado em diversas redes internacionais colectivas através do Facebook, nomeadamente a campanha "BrEaKiNg the SiLeNcE in SiLeNCe" (http://www.kizoa.fr/diaporama/d1075992kP45593081o2/breaking-the-silence-international-campaign), ou a Escuela Internacional CJE, University on Youth and Development.

> comunidade que os aceita, que os reconhece e no seio da qual possam ser compreendidos por meias palavras" (1998: 128).

Ter "um todo" que represente "cada parte", é evitar o isolamento, a morte simbólica. Assim, o processo da identificação social constitui um mecanismo mental que diminui a ansiedade da vulnerabilidade do refugiado isolado, através da criação de um significado para uma função colectiva. Existir socialmente (através da ARP), contribui para uma percepção de segurança a um nível colectivo, bem como de barreira contra o sofrimento mental.

> "A essencialização no seio do grupo pode, no entanto, dar resposta a uma necessidade muito mais fundamental dos indivíduos. Pode transformar os grupos de pertença em entidades reais, das quais os indivíduos podem tornar-se parte para atingir um nível diferente da existência do que aquele que é garantido pelo eu [self] individual" (Castano e Dechesne 2005: 232).

A pertença a um grupo, seja ele um grupo de teatro ou uma associação, contribui para a reconfiguração de um sentido identitário, através da participação dos refugiados nos mecanismos de decisão, na colaboração produtiva, na definição de objectivos, na negociação de um consenso e na partilha de problemas e soluções para esses mesmos problemas, não só através de um produto colectivo, mas também na transformação do potencial de cada indivíduo inserido nesse grupo. Neste processo, cada refugiado por si, mas inserido num colectivo, tem agora uma nova oportunidade para redefinir a sua identidade, tanto a nível simbólico como através do sentido de pertença a um colectivo, pela conquista de um papel activo no interior do grupo com o qual se identifica. A ARP pode vir a constituir-se como um escudo contra o sofrimento mental, bem como uma estratégia política de luta contra uma vitimização, imposta pelo contexto sociopolítico.

CONCLUSÃO

A dissertação que aqui se apresenta, apesar de assumida inicialmente como integrada na perspectiva teórica da antropologia médica, não deixa de ter igualmente uma forte vertente de antropologia política, com enfoque na saúde. Pesquisar sobre refugiados e requerentes de asilo em Portugal é, antes de mais, atravessar um palco onde os sujeitos se movem permanentemente condicionados pelas políticas de asilo internacionais e também nacionais, e onde são frequentemente postos em causa os direitos humanos e os direitos de cidadania. Actualmente, nos diferentes países da União Europeia – Alemanha, França, Reino Unido, Holanda, entre tantos outros –, os refugiados são sistematicamente interpretados (mas não assumidos) através de duas perspectivas essenciais: ou como vítimas ou como oportunistas. De um modo geral, a primeira perspectiva está associada a Organizações Não Governamentais que lutam pela melhor integração dos refugiados nos diferentes contextos de acolhimento. A segunda associa-se a políticas de controlo de fronteiras nos Estados pertencentes ao Espaço Schengen, através da Agência Internacional Frontex, que tende a excluir os imigrantes oriundos de países terceiros, em nome da "segurança interna". Quer um ponto de vista quer outro, se vai construindo, e reproduzindo, sem que haja na esfera social uma verdadeira preocupação pela desconstrução e análise das razões essenciais que levaram um determinado sujeito a fugir do seu contexto de vida, pedindo asilo num lugar que defenda a sua vida e os seus direitos, tal como determinado na Convenção de Genebra.

O contexto português tem uma experiência de asilo muito diferente dos outros países europeus, porquanto é residual o número de refugiados que chegam às fronteiras portuguesas pedindo asilo. Existem várias razões para esta diferença: a lateralidade deste país face ao centro da Europa; a ausência de linhas aéreas directas entre os países de origem da maioria dos refugiados e Portugal; a quase inexistência de redes sociais e familiares aqui sediadas; e, principalmente, a ideia percepcionada de que Portugal é um país pobre, e portanto não atractivo em termos de oferta de emprego. Uma das razões que pesa a favor da escolha de Portugal como lugar de asilo é a suposta permeabilidade nos postos de fronteira, comparativamente a outros países europeus onde o afluxo de requerentes de asilo é muito maior, ainda que, na maioria das vezes, Portugal tenha como função primordial garantir um local de passagem para o resto da Europa, onde existem as redes sociais e familiares de apoio que procuram, para reconstruir as suas

vidas. Porém, o número residual de requerentes de asilo, não chega sequer a garantir a existência de uma consciência, no tecido social português, do que significa ser-se refugiado pelo que, quer as instituições mais afastadas dos locais onde normalmente os refugiados se dirigem[133] para tratar de processos burocráticos ou de saúde, quer a sociedade civil e restantes ONG (com excepção para o Conselho Português de Refugiados), desconhecem os contornos sociais, políticos e culturais em que se movem, contribuindo, ainda que involuntariamente, para a invisibilidade das suas experiências e anseios. Esta invisibilidade ou, num contexto mais alargado das nações europeias, o receio face a uma hipotética invasão de requerentes de asilo, acaba por não lhes garantir a protecção e a segurança consagrada pela Convenção de Genebra (assinada pela maioria dos países), protegendo ao invés, e cada vez mais, as fronteiras e, consequentemente, a "segurança interna" de cada país.

Os efeitos da actual crise económica também se fazem sentir na administração quotidiana dos requerentes de asilo em Portugal, na gestão de fundos que politicamente deveriam garantir às instituições responsáveis, a capacidade para dar resposta às necessidades de sobrevivência e integração dos requerentes de asilo em Portugal (Ministério da Administração Interna, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Conselho Português para os Refugiados), mas que na prática são insuficientes e não estruturados (os subsídios mensais podem ser repentinamente interrompidos por meses, sem nenhuma explicação, para depois serem eventualmente continuados por mais um período indefinido). Por outro lado, num contexto mais alargado, ao nível empresarial é frequente a rejeição da contratação laboral dos requerentes de asilo que, apesar de verem consagrado na lei o direito ao trabalho, na realidade são sistematicamente excluídos dessa possibilidade por supostamente não demonstrarem os requisitos legais para tal contratação. São assim remetidos para trabalhos precários onde são explorados e constantemente preteridos face aos nacionais (ainda que por vezes apresentem competências e habilitações melhores).

Este clima de "desconfiança" institucional face aos refugiados remete-os para uma espiral de sofrimento. A desconfiança inicia-se ainda no contexto de fuga original, onde são perseguidos e torturados por regimes ditatoriais, determinadas facções militares, grupos religiosos fundamentalistas, ou inclusive por modos distintos de pensar a sua

[133] Centralizadas no CPR, SEF, Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia, Junta de Freguesia da Bobadela e de Santa Iria de Azóia, Câmara Municipal de Loures e Centros de Saúde da Bobadela e de Santa Iria.

própria realidade, enquanto indivíduos. A desconfiança surge ainda nos longos itinerários de fuga, ficando sujeitos aos caprichos de agentes de tráfico humano. A desconfiança também se manifesta radicalmente já nos postos de fronteira europeus, onde os requerentes de asilo são primeiro que tudo suspeitos de serem "falsos refugiados", ou seja, imigrantes económicos disfarçados. Aí, são escrutinados pelos agentes dos serviços de controlo de fronteiras, através da pesquisa sobre a situação política e social efectuada em *sites* oficiais e ainda a pesquisa sobre as marcas biométricas do seu corpo, eventualmente registadas em bases de dados internacionais dos postos fronteiriços, e seguidamente, da narrativa de sofrimento, postura corporal e descrição da história de fuga apresentada pelo requerente de asilo perante os agentes de autoridade. Em todo este processo, após a autorização de entrada provisória em Portugal e uma vez sujeitos ao escrutínio das instituições responsáveis pelo seu acolhimento, os requerentes de asilo perdem o domínio sobre a gestão imediata da sua própria vida. Desde logo perdem o controlo sobre o significado que os outros atribuem às suas palavras, capacidades, sofrimentos, desejos e aspirações.

Neste panorama, a perspectiva da saúde dos refugiados e requerentes de asilo e, a ela indelevelmente associada, questão do trauma, que noutros países europeus, nomeadamente em França, constituem portas de entrada justificadas para o acolhimento e protecção, tem em Portugal contornos diametralmente opostos. Através da pesquisa etnográfica, constatámos, por um lado, que a maioria dos refugiados e requerentes de asilo no contexto português, apresentavam narrativas de grande sofrimento físico e mental; por outro constatámos igualmente que, apesar de o direito à saúde estar consagrado na Lei de Asilo, não existe uma intervenção sistemática e estruturada a este nível, o que contribui para a maior dificuldade na recuperação do trauma e, por conseguinte, na sua integração na sociedade portuguesa. Porém, salienta-se também o facto de que a saúde não constitui, na maior parte dos casos, uma das preocupações primordiais manifestadas pelos refugiados (apesar dos relatos de pânico, insónia, vigilância constante, dores somatizadas). Para estes, outro tipo de urgências se colocam, como a necessidade de obtenção de documentos que verdadeiramente assegurem a sua permanência legal no país, enquanto refugiados e cidadãos, a integração num emprego dignamente remunerado, uma casa que lhes dê abrigo e protecção.

Vários autores (nomeadamente Fassin) chamam a atenção para estes factores: em vez de se olhar para os refugiados exclusivamente do ponto de vista do trauma (mais particularmente do "síndrome pós-traumático"), ou dos mal-estares físicos e mentais,

torna-se necessário convocar outras formas complementares de suporte e integração no lugar de asilo, através do envolvimento político e relacional.

Mais além das preocupações sobre o estado da saúde físico ou mental, os refugiados e asilados têm a urgência de encontrar os seus próprios caminhos, podendo contribuir dignamente para a sociedade que assumiu o compromisso de lhes proporcionar as condições sociais para a sua integração. Os suportes terapêuticos – impostos ou escolhidos pelos próprios – só encontrarão eficácia, quando dialogarem no mesmo plano da realização das condições sociais necessárias ao desempenho de uma vida digna. Quando tal não acontece, perpetua-se a violência política e simbólica, por exemplo na ausência de correspondência entre as leis de asilo e a realidade de gestão de documentos de autorização de residência, que conduz, na maior parte dos casos, a um arrastamento consubstanciado nos prazos ultrapassados da renovação de documentos de residência por razões humanitárias, da responsabilidade do SEF, e que levam à situação involuntária de ilegalidade.

Mas ainda no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde aos refugiados e requerentes de asilo em Portugal, é necessário referir que as consultas pontuais, descontextualizadas, desestruturadas e sem atenção para com os significados que os próprios refugiados atribuem aos seus sofrimentos conduzem, na maior parte das vezes, a quadros clínicos interpretativos que se afastam da verdade objectiva vivida pelo refugiado ao longo da sua história de trauma, acentuando, mais uma vez, um quadro de interpretação biomédica hegemónica e muito afastada da competência cultural. Não é pois de estranhar que os refugiados demonstrem desconfiança e até indignação em relação às terapêuticas administradas pelos clínicos, em particular os de saúde mental. Se, como sucede frequentemente no campo da prestação de cuidados de saúde dos refugiados em Portugal, a ideologia médica insiste em criar sistemas de oposição entre o "nós" e o "eles", perpetuando um olhar etnocêntrico que remete o refugiado em sofrimento para uma alteridade imutável e desprovida de contexto, então a solução passa também por criar estruturas de saúde que abram a possibilidade de olhar a saúde e a doença a partir da pesquisa etnográfica onde o "outro" passe a ser considerado como o "nós", contribuindo com os seus saberes e interpretações, a partir da sua própria história de vida.

Finalizando, queremos ainda deixar claro o que entendemos por "competência cultural na saúde" tantas vezes mencionada ao longo da dissertação. De acordo com os autores Kleinman e Benson (2006), este conceito, quando mal interpretado, pode

conduzir a vários problemas, nomeadamente o de se considerar equivocamente que a cultura pode ser reduzida a uma ferramenta técnica, através da qual os médicos podem ser capacitados. Isto é, a cultura é frequentemente entendida pelos clínicos de forma estereotipada, e como sinónimo de nacionalidade, etnicidade ou até língua, contrastando com o conceito de cultura usado no campo da antropologia, onde esta é entendida como um processo mutável, inseparável dos aspectos económicos, políticos, religiosos e mesmo psicológicos ou biológicos, ou até de género, idade ou classe social. A interpretação médica da cultura pode conduzir à ideia (tantas vezes reproduzida pelos médicos entrevistados em contexto de trabalho de campo) de que, por exemplo, os refugiados africanos têm estas ou aquelas crenças, reagem deste ou daquele modo, sendo que, por vezes, os aspectos culturais podem não ser sequer significativos para a interpretação do sofrimento, como acontece nalguns casos de tortura ou trauma. A forma mais eficiente de desenvolver uma verdadeira competência cultural na saúde (ainda que, por si só, a competência cultural na saúde possa não garantir eficácia na cura) é apelando à formação etnográfica dos profissionais de saúde, através, por exemplo, da escuta e compreensão em profundidade, do ponto de vista do paciente em relação ao seu próprio sofrimento, para além da compreensão sobre o seu contexto sociocultural e histórico. Torna-se então necessário comunicar com o outro, perguntar, ouvir o outro enquanto pessoa singular, nomeadamente sobre a interpretação que ele próprio faz do seu sofrimento e qual a melhor forma de o superar, reconstruindo com o paciente a "narrativa do sofrimento" e abolindo igualmente a condição hegemónica do conhecimento médico. Este "outro" faz também parte de um contexto social mais alargado que, na maior parte dos casos, contribui para a intensificação do seu sofrimento. É pois importante para o clínico, mais do que conhecer a cultura do paciente, conhecer o seu contexto de vida: se tem família, casa, emprego, dinheiro para pagar medicamentos (entre outros aspectos), ou mesmo, nos casos em que o paciente se mostre relutante em expor a sua vida, torna-se relevante a negociação entre clínico e paciente, determinando em conjunto o que é mais importante para o paciente no contexto actual do seu sofrimento e busca de cura.

Em Portugal, não existe ainda, como vimos ao longo da dissertação, uma adequada formação em competência cultural na saúde. Ainda que estejamos longe de afirmar que não existem médicos, psiquiatras ou outros profissionais de saúde que possam prestar um serviço de saúde adequado, pela experiência do trabalho de campo, esta competência manifestou-se particularmente através da sensibilidade dos poucos

médicos que procuravam entender e respeitar o sofrimento dos refugiados, por aquilo que eles representavam como seres humanos inseridos num processo político e histórico e que lhes afectava tanto o passado, como o presente. Contudo, concluímos que existe ainda um longo percurso a percorrer e que este depende, fundamentalmente, das vontades políticas no campo da saúde e direitos humanos.

Vivemos num mundo de grandes incertezas, onde a ideia de justiça e o conceito de direitos humanos têm vindo a ser sistematicamente secundarizados em relação à ideia de risco, ameaça e (presumível) protecção e prevenção. Pesquisar e escrever sobre o contexto actual dos refugiados tornou-se também, para mim, uma forma de dar visibilidade aos seus percursos no presente, de modo a poder colaborar academicamente para a transformação das suas vidas futuras enquanto cidadãos de pleno direito. Acrescento umas últimas linhas para sublinhar que, ao elaborar esta pesquisa, pretendi fundamentalmente apresentar algumas propostas tanto no campo político do asilo, como no da saúde dos refugiados, apontando percursos que poderão contribuir para se olhar e repensar criticamente estas temáticas em Portugal. Ao revelar algumas contradições, ocultas da sociedade, entre o estipulado na lei e as realidades quotidianas que lhe correspondem, pretendo, acima de tudo, deixar o meu contributo para a melhoria das condições de acolhimento dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal.

Bibliografia e fontes

ABÉLÈS, Marc, 2010, *The Politics of Survival*, Durham, Duke University Press.

ABU-LUGHOD, Lila, 2002, "Do Muslim women really need saving? Anthropological reflections on cultural relativism and its others", *American Anthropologist*, n.s., 104 (3): 783-790.

ACNUR, 2000, *A Situação dos Refugiados no Mundo 2000: Cinquenta Anos de Acção Humanitária*, Genebra, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados.

ACNUR, 2002, "Portugal", *UNHCR Statistical Yearbook: 2002*, Genebra, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, 430-431 (disponível em http://www.unhcr.org/414ad5a27.html).

ACNUR, 2004, *Resettlement Handbook*, Genebra, UNHCR, Department of International Protection (disponível em http://www.unhcr.org/4a2ccf4c6.html).

ACNUR, 2005a, *Statistical Yearbook 2003: Trends in Displacement, Protection and Solutions*, Genebra, UNHCR (disponível em http://www.unhcr.org/42b017494. html).

ACNUR, 2005b, *2004 Global Refugee Trends: Overview of Refugee Populations, New Arrivals, Durable Solutions, Asylum-Seekers, Stateless and Other Persons of Concern to UNHCR*, Genebra, UNHCR (disponível em http://www.unhcr. org/42b283744.html).

ACNUR, 2007 [1951], *Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados*, Genebra, UNHCR (disponível em http://www.unhcr.org/3b66c2aa10.html; versão portuguesa disponível em http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/pm/Tratados/conv-genebra-1951.htm).

ACNUR, 2007, *2006 Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons*, Genebra, UNHCR (Division of Operational Services), disponível em http://www.unhcr.org/statistics/STATISTICS/4676a71d4.pdf.

ACNUR, 2010a, *Relatório Tendências Globais 2009: Refugiados, Solicitantes de Refúgio, Repatriados, Pessoas Deslocadas*, Genebra, UNHCR (disponível em http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2010/Tendencias_Globais_2009.pdf).

ACNUR, 2010b, "Total Refugee Population by Country of Asylum, 1960-2009" e "Total Refugee Population by Origin, 1960-2009", Genebra, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (tabelas Excel disponíveis em http://www.unhcr.org/statistics/Ref_1960_2009.zip).

ACS, 2007, *Fórum Nacional de Saúde: Implementação do Plano Nacional de Saúde*, Lisboa, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde (disponível em http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/05/forumnacionalsaude1.pdf e http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/05/forumnacionalsaude2.pdf).

AGAMBEN, Giorgio, 1997, *Homo Sacer I: Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Seuil.

AGIER, Michel, 2002, *Aux Bords du Monde: les réfugiés*, Paris, Flammarion.

AGIER, Michel, 2004, *La Sagesse de l'Ethnologue*, Paris, Lóeil Neuf.

AGIER, Michel, 2008a, *Gérer les indésirables: des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Paris, Flammarion.

AGIER, Michel, 2008b, *On the Margins of the World: The Refugee Experience Today*. Cambridge, Polity Press.

AHONEN, Pertti, *et al.*, 2008, *Peoples on the Move: Forced Population Movements in Europe in the Second World War and Its Aftermath*, Oxford e Nova Iorque, Berg.

ALLDEN, K., *et al.*, 1996, "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile", *American Journal of Public Health*, 86 (11): 1561-1569.

APA, 1952, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, Washington D.C., American Psychiatric Association.

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

APA, 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), Washington D.C., American Psychiatric Association.

APPADURAI, Arjun, 1990, "Disjuncture and difference in the global culture economy", *Theory, Culture, and Society*, 7: 295-310.

APPADURAI, Arjun, 1996, *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

ARENDT, Hannah, 1978 [1943], "We Refugees", in Hannah Arendt, *The Jew as Pariah: Jewish Identity and Politics in the Modern Age*, org. e introd. Ron H. Feldman, Nova Iorque, Grove Press, 55-66.

ARENDT, Hannah, 2004 [1963], *Eichmann em Jerusalém: Uma Reportagem sobre a Banalidade do Mal*, Coimbra, Tenacitas, 2.ª ed.

AUGE, Marc, 1986, "L'Anthropologie de la maladie", *L'Homme*, 26 (1-2): 81-90.

AUGÉ, Marc, 2005 [1992], *Não-Lugares*, Lisboa, Editora 90 Graus.

AUSTIN, Alex, FISCHER, Martina, e ROPERS, Norbert (orgs.), 2004, *Transforming Ethnopolitical Conflict: The Berghof Handbook*, Berlim, Berghof Research Center for Constructive Conflict Management e Verlag.

BAGANHA, Maria Ioannis, e RIBEIRO, Joana Sousa, 2007, "Imigração qualificada no sector da saúde: as oportunidades do mercado laboral português", *Migrações*, 1: 53-78.

BALIBAR, Etienne, 1994, *Masses, Classes, Ideas: Studies on Politics and Philosophy Before and After Marx*, Nova Iorque, Routledge.

BARLEY, NIGEL, 2006 [1983], *O Antropólogo Inocente*, Lisboa, Fenda.

BASTOS, Cristiana, 2002, *Ciência, Poder, Acção: As Respostas à Sida*, Lisboa, ICS.

BASTOS, Cristiana, 2007, "Medical hybridisms and social boundaries: aspects of Portuguese colonialism in Africa and India in the nineteenth century", *Journal of Southern African Studies*, 33 (4): 767-782.

BAUMAN, Zygmunt, 1998, *Globalization: The Human Consequences*, Cambridge, Polity Press.

BECK, Ulrich, 2000, *What is Globalization?*, Cambridge, Polity Press.

BECKER, David, 2004 [2001], "Dealing with the Consequences of Organised Violence in Trauma Work", Berghof Research Center for Constructive Conflict Management, (disponível em http://www.berghof-handbook.net/documents/publications/becker_handbook.pdf).

BENEDUCE, Roberto, 1995, "Figure della morte e depressione nelle culture africane", in R. Beneduce e R. Collignon (orgs.), *Il Sorriso della Volpe: Ideologie della Morte, Lutto e Depressione in Africa*, Nápoles, Liguori, 7-40.

BENEDUCE, Roberto, 1998, *Frontiere dell'Identità e della Memoria: Etnopsiquiatria e Migrazioni in un Mondo Creolo*, Milão, Franco Angeli

BENEDUCE, Roberto, 2002, *Trance e Possessione in África: Corpi, Mimesi, Storia*, Turim, Bollati Boringhieri.

BENEDUCE, Roberto, 2005, *Antropologia della Cura*, Turim, Boringhieri.

BENEDUCE, Roberto, 2009, "Etnopsiquiatria e migração: a produção histórica e cultural do sofrimento"), in Elsa Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa, ICS, 33-61.

BENEDUCE, Roberto, e MARTELLI, Pompeu, 2005, "Politics of healing and politics of culture: Ethnopsychiatry, identities and migration", *Transcultural Psychiatry*, 42 (3): 367-393.

BENHABIB, Seyla, 2004, *The Rights of Others: Aliens, Residents and Citizens*, Cambridge, Cambridge University Press.

BIBEAU, Gilles, 1979, *De la maladie à la guerison: essai d'analyse systémique de la médecine des Angbandi du Zaire*, Quebeque, Université Laval, tese de doutoramento.

BINDER, Susanne, e TOŠIĆ, Jelena, 2005, "Refugees as a particular form of transnational migrations and social transformations: Socioanthropological and gender aspects", *Current Sociology*, 53 (4): 607-624.

BLANE, David, BARTLEY, Mel, e DAVEY SMITH, George, 1997, "Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials", *European Journal of Public Health*, 7: 385-391.

BOEHNLEIN, James K., 2007, "Religion and spirituality after trauma", in Laurence J. Kirmayer, Robert Lemelson e Mark Barad (orgs.), *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 259-274.

BORDONARO, Lorenzo Ibrahim, 2006, *Living at the Margins: Youth and Modernity in the Bijagó Islands (Guinea-Bissau)*, Lisboa, ISCTE, tese de doutoramento.

BOUILLON, Florence, FRESIA, Marion, e TALLIO, Virginie (orgs.), 2006, *Terrains sensibles: expériences actuelles de l'Anthropologie*, Paris, EHESS/Centre d'Études Africaines.

BOURDIEU, Pierre (org.), 1987, *A Miséria do Mundo*, Rio de Janeiro, Editora Vozes.

BOURDIEU, Pierre, 1991, *Language and Symbolic Power*, Cambridge, Polity Press.

BRANDÃO, Thaís Oliveira, e GERMANDO, Idilva Maria Pires, 2009, "Experiência, memória e sofrimento em narrativas autobiográficas de mulheres", *Psicologia & Sociedade*, 21 (1): 5-15.

BRYCESON, Deborah Fahy, e VUORELA, Ulla, 2002, *The Transnational Family: New European Frontiers and Global Networks*, Oxford, Berg.

BURSTOW, Bonnie, 2005, "A critique of Posttraumatic Stress Disorder and DSM", *Journal of Humanistic Psychology*, 45 (4): 429-445.

CABRAL, João de Pina, 2000, "A difusão do limiar: margens, hegemonias e contradições", *Análise Social*, XXXIV (153): 865-892.

CAMINO, Linda A., 1994, "Refugee adolescents and their changing identities", in Linda A. Camino e Ruth M. Krulfeld (orgs.), *Reconstructing Lives, Recapturing Meaning: Refugee Identity, Gender, and Culture Change*, 29-56.

CARSTEN, Janet (org.), 2000, *Cultures of Relatedness: New Approaches to the Study of Kinship*, Cambridge, Cambridge University Press.

CARSTEN, Janet, 1991, "Children in between: fostering and the process of kinship on Pulau Langkawi, Malaysia", *Man* (n.s.), 26: 425-443.

CARVALHO, Clara, 2001, "De Paris a Jeta, de Jeta a Paris: percursos migratórios e ritos terapêuticos entre França e Guiné-Bissau", *Etnográfica*, V (2): 285-302.

CARVALHO, Clara, 2009, "Pluralidade terapêutica entre os migrantes guineenses", in Luís Silva Pereira e Chiara Pussetti (orgs.) *Os Saberes da Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*, Lisboa, ISPA, 231-259.

CASTANO, Emanuele, e DECHESNE, Mark, 2005, "On defeating death: group reification and social identification as immortality strategies", *European Review of Social Psychology*, 16 (1): 221-255.

CASTLES, Stephen, 2003, "Towards a sociology of forced migration and social transformation", *Sociology*, 37 (1): 13-34.

CEFAÏ, Daniel, 2003, *L'Enquête de terrain*, Paris, La Découverte.

CHRISTIE, Daniel J., *et al.*, 2008, "Peace psychology for a peaceful world", *American Psychologist*, 63: 540-552.

CLIFFORD, James, 1986, "Introduction: partial truths", in James Clifford e George Marcus (orgs.), *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press, 1-26.

CLIFFORD, James, e MARCUS, George (orgs.), 1986, *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

COHEN, Anthony P., 2007, "Self-conscious anthropology", in Antonius C. G. M. Robben e Jeffrey A. Sluka (orgs.), *Ethnographic Fieldwork: An Anthropological Reader*, Oxford, Blackwell, 108-120.

COHEN, Stanley, 2001, *States of Denial: Knowing about Atrocities and Suffering*, Cambridge, e Oxford, Polity Press e Blackwell Publishers.

CONRAD, Peter, e SCHNEIDER, Joseph, 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Filadélfia, Temple University Press, 2.ª ed.

CORNETT, Carlton, 1998, *The Soul of Psychotherapy: Recapturing the Spiritual Dimension in the Therapeutic Encounter*, Nova Iorque, Free Press.

COTE, Daniel, 2009, "Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique: repères anthropologiques", *Altérités*, 6 (2): 26-47 (disponível em http://www.alterites.ca/vol6no2/pdf/Cote_2009.pdf).

CPR, 2001, "Relatório de 2001", disponível em http://www.cpr.pt/relat2001/.

CPR, 2007, *A Situação dos Menores Desacompanhados em Portugal: Caracterização e Recomendações*, Lisboa, Conselho Português para os Refugiados, com colaboração da Organização Internacional para as Migrações (OIM), Julho.

CPR, 2008, "Programa Nacional de Reinstalação: reflexões sobre a sua operacionalização", Lisboa, CPR (com apoio do Fundo Europeu para os Refugiados e do Ministério da Administração Interna), Agosto (disponível em refugiados.net/_novosite/dossier_reinstalacao/ProgramaNacionalParaAReinstalacao.pdf).

CPR, s/d, "Pedidos de Asilo 2000-2004", disponível em http://www.refugiados.net/cid_virtual_bkup/estatisticas/pedidos_asilo_2000_a_2004_habit.html.

CREHAN, Kate A. F., 2002, *Gramsci, Culture and Anthropology*, Berkeley, University of California Press.

CSORDAS, Thomas J. (org.), 1994, *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, Cambridge University Press.

CSP, 2010, "Suicide and Self-Harm Among Refugees and Asylum Seekers", *SIEC Alert*, 72, Janeiro (disponível em http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert72.pdf).

CUNHA, Manuela Ivone, 1991, "Investigar «problemas sociais»: equívocos e dilemas de uma etnografia na prisão", *Cadernos do Noroeste*, 4 (6/7): 193-209; versão online em http://hdl.handle.net/1822/5229, 20pp.

DA LOMBA, Sylvie, 2004, *The Right to Seek Refugee Status in the European Union*. Antuérpia, Oxford e Nova Iorque, Intersentia.

DANIEL, E. Valentine, 1994, "The individual in terror", in Thomas J. Csordas (org.), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, Cambridge University Press, 229-246.

DANIEL, Valentine, e KNUDSEN, John, 1995, *Mistrusting Refugees*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

DAS, Veena, e KLEINMAN, Arthur, 2000, "Introduction", in Veena Das *et al.* (orgs.), *Violence and Subjectivity*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press, 1-18.

DAS, Veena, *et al.* (orgs.), 2000, *Violence and Subjectivity*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

DAS, Veena, *et al.* (orgs.), 2001, *Remaking a World: Violence, Social Suffering, and Recovery*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

DAVIS-FLOYD, Robbie, e St. JOHN, Gloria, 1998, *From Doctor to Healer: The Transformative Journey*, New Brunswick, New Jersey e Londres, Rutgers University Press.

DENNIS, Rea, 2007, "Inclusive democracy: a consideration of playback theatre with refugee and asylum seekers in Australia", *Research in Drama Education*, 12 (3): 355-370.

DEVEREUX, Georges, 1969, *Mohave Ethnopsychiatry: The Psychic Disturbances of an Indian Tribe*, Washington, D. C., Smithsonian Institution Press.

DEVEREUX, Georges, 1973, *Ensayos de Etnopsiquiatría General*, Barcelona, Barral.

DEVEREUX, Georges, 1980 [1953], "Cultural factors in psychoanalytic therapy", in George Devereux, *Basic Problems of Ethnopsychiatry*, Chicago e Londres, University of Chicago Press, 289-304.

DIAS, Sónia (org.), 2007, *Migrações*, 1, Lisboa, Observatório de Imigração.

DURHAM, Deborah, 2000, "Youth and the social imagination in Africa", *Anthropological Quarterly*, 73 (3): 113-120.

EKBLAD, Solveig, *et al.*, 2007, "Interpersonal violence towards women", in Patricia Frye Walker e Elizabeth Day Barnett (orgs.), *Immigrant Medicine*, Saunders/Elsevier, 667-674.

EMBER, Carol R., e EMBER, Melvin (orgs.), 2004, *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, Nova Iorque, Springer.

ENGELS, Friedrich, 1987 [1845], *The Condition of the Working Class in England in 1844*, Nova Iorque, Penguin Classics.

ESCOBAR, Arturo, 1995, *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton, N.J., Princeton University Press.

EURODAC, 2009, "Segundo Relatório de Inspecção – Síntese", Grupo de Coordenação de Controlo do Eurodac, 24 de Junho, disponível em http://www.edps.europa.eu/EDPSWEB/webdav/shared/Documents/Supervision/Eurodac/09-06-24_Eurodac_report2_ summary_PT.pdf.

EVANS-PRITCHARD, E. E., 1976 [1937], *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*, Nova Iorque, Oxford University Press.

FAINZANG, Sylvie, 2007a, "Between ethnology and the public sphere: a pas de deux", comunicação apresentada no encontro "Ethnografeast", Lisboa, inédito (disponível em http://ceas.iscte.pt/ethnografeast/papers/sylvie_fainzang.pdf).

FAINZANG, Sylvie, 2007b, "Anthropology and medicine: empathy, experience and knowledge", in Els van Dongen e Ruth Kutalek (orgs.), *Facing Distress: Distance and Proximity in Times of Illness*, Viena, Wiener Ethnomedizinische Reihe, 1-20.

FARMER, Paul, 1992, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley, University of California Press.

FARMER, Paul, 1996, "On suffering and structural violence: a view from below", *Daedalus*, 125: 261-283.

FARMER, Paul, 2001, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, University of California Press

FARMER, Paul, 2003, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

FARMER, Paul, 2004, "An Anthropology of structural violence: Sidney W. Mintz Lecture for 2001", *Current Anthropology*, 45 (3): 305-325.

FARMER, Paul, 2008, *Santiago's Children: What I Learned about Life at an Orphanage in Chile*, Austin, University of Texas Press.

FARMER, Paul, 2010, *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*, org. Haun Saussy, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

FASSIN, Didier, 2000, "Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration", *Homme et Migrations*, 1225: 5-12.

FASSIN, Didier, 2001, "La globalisation et la santé: éléments pour une analyse anthropologique", in Bernard Hours (org.), *Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 24-40.

FASSIN, Didier, 2004, *Des Maux Indicibles: sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.

FASSIN, Didier, 2005, "Compassion and repression: the moral economy of immigration policies in France", *Cultural Anthropology*, 20 (3): 362-387.

FASSIN, Didier, 2006, *Quand les corps se souviennent*, Paris, La Découverte.

FASSIN, Didier, 2007, *When Bodies Remember: Experiences and Politics of Aids in South África*, Berkeley, University of California Press.

FASSIN, Didier, e BOURDELAIS, Patrice (orgs.), 2005, *Les Constructions de l'Intolérable: études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris, La Découverte.

FASSIN, Didier, e D'HALLUIN, Estelle, 2007, "Critical evidence: the politics of trauma in French asylum policies", *Ethos*, 35 (3): 300-329.

FASSIN, Didier, e MEMMI, Dominique, 2004, *Le Gouvernement des corps*, Paris, EHESS.

FASSIN, Didier, e RECHTMAN, Richard, 2005, "An anthropological hybrid: the pragmatic arrangement of universalism and culturalism in French mental health", *Transcultural Psychiatry*, 42 (3): 347-366.

FASSIN, Didier, e RECHTMAN, Richard, 2007, *L'Empire du Traumatisme: enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.

FEIERMAN, Steven, e JANZEN, John M., 1992, *The Social Basis of Health and Healing in África*, Berkeley, University of California Press.

FELDMAN, Allen, 1991, *Formations of Violence: The Narratives of the Body and Political Terror in Northern Ireland*, Chicago, University of Chicago Press.

FELDMAN, Allen, 1994, "On cultural anesthesia: from Desert Storm to Rodney King", *American Ethnologist*, 21 (2): 404-418.

FELDMAN, Ilana, 2008, "Refusing invisibility: documentation and memorialization in Palestinian refugee claims", *Journal of Refugee Studies*, 21 (4): 498-516.

FISCHER, Michael M. J., 1986, "Ethnicity and the post modern arts of memory", in James Clifford e George Marcus (orgs.), *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press, 194-233.

FISHER, William F., 1997, "Doing good? The Politics and Antipolitics of NGO Practices", Annual Revue of Anthropology, 26: 439-464.

FLEXNER, A., 1910, "Medical education in the United States and Canada: A Report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching", *Bulletin of The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, 4.

FONSECA, Maria Lucinda, *et al.*, 2007, "Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política", *Migrações*, 1: 27-52.

FOUCAULT, Michel, 1975, *Surveiller et Punir: Naissance de la Prison*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT, Michel, 1980, *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, Brighton, Harvester Press.

FOUCAULT, Michel, 1990, "Historia de la medicalización" en Ibíd: La vida de los hombres infames La Piqueta, Madrid,

FOUCAULT, Michel, 1991, "Governamentality" in BURCHELL, GORDON & MILLER (eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governamentality*, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 87-104.

FOUCAULT, Michel, 2008a [1954], *Mental Illness and Psychology*, Berkeley, University of California Press.

FOUCAULT, Michel, 2008b, *Nascimento da Biopolítica*, São Paulo, Martins Fontes.

FOUCAULT, Michel, e CHOMSKY, M., 2006, Entretien Diriger par Fons Elder: De la Nature Humaine, Justice contre Pouvoir, Paris : Ed. L´Herne.

FREEDMAN, Jane, e JAMAL, Bahija, 2008, *Violence à l'égard des femmes migrantes et réfugiées dans la région euro-méditerranéenne. Études de cas: France, Italie, Egypte & Maroc*, Copenhaga, Réseau euro-méditerranéen des droits de l'Homme.

GALEANO, Eduardo, 1971, *The Open Veines of Latin America: Five Centuries of the Pillage of the Continent*, Nova Iorque, Monthly Review Press,

GARCÍA CANCLINI, Néstor, 1997, "Culturas híbridas, poderes oblíquos", in Néstor García Canclini, *Culturas Híbridas: Estratégias para Entrar e Sair da Modernidade*, São Paulo, Edusp, 283-350.

GARCÍA CANCLINI, Néstor, 1999, *La Globalización Imaginada*, Paidós, Barcelona.

GARCÍA CANCLINI, Néstor, 2005, *Diferentes, Desiguais e Desconectados: Mapas da Interculturalidade*, Rio de Janeiro, URRJ.

GARRO, Linda, e MATTINGLY, Cheryl, 2000, *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Los Angeles, University of California Press.

GEERTZ, Clifford, 1973, "The integrative revolution: primordial sentiments and civil politics in the new states", in Clifford Geertz, *The Interpretation of Cultures*, Nova Iorque, Basic Books, 255-310.

GEERTZ, Clifford, 1989, *A Interpretação das Culturas*, Rio de Janeiro, Guanabara.

GEROS, Panagiotis, 2008, "Doing fieldwork within fear and silences", in Heidi Armbruster e Anna Laerke (orgs.), *Taking Sides: Ethics, Politics, and Fieldwork in Anthropology*, Nova Iorque e Oxford, Berghahn Books, 89-118.

GERRITY, Ellen T., KEANE, Terence M., e TUMA, Farris (orgs.), 2001, *The Mental Health Consequences of Torture*, Nova Iorque, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

GIBSON, K., 1989, "Children and political violence", *Social Science and Medicine*, 7: 659-667.

GOFFMAN, Erving, 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor, Garden City.

GOFFMAN, Erving, 1986, *A Interpretação do Eu na Vida de Todos os Dias*, São Paulo, Vozes.

GOFFMAN, Erving, 1998 [1963], *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

GOOD, Byron, 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.

GOOD, Mary-Jo DelVecchio, *et al.*, 1994, *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, Berkeley, University of California Press.

GRANJO, Paulo, 2009, "Saúde, doença e cura em Moçambique", in E. Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa, ICS, 249-274.

GREEN, December, 1999, *Gender Violence in Africa: African Women's Responses*, Nova Iorque, St. Martin's Press.

GREEN, Linda, 1999, *Fear as a Way of Life: Mayan Widows in Rural Guatemala*, Nova Iorque, Columbia University Press.

GROOPMAN, Jerome, 2005, *The Anatomy of Hope: How People Prevail in the Face of Illness*, Nova Iorque, Random House.

HABERMAS, Jürgen, 1997, *Direito e Democracia*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

HACKETT, R., e HACKETT, L., 1999, "Child psychiatry across cultures", *International Review of Psychiatry*, 11: 225-235.

HAEX, Ellen, 2007, *Viver e Conviver*, Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, tese de licenciatura.

HAHN, Robert A., e GAINES, Atwood D. (orgs.), 1985, *Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice*, Dordrecht, D. Reidel.

HAJDUKOWSKI-AHMED, Maroussia, KHANLOU, Nazilla, e MOUSSA, Helene (orgs.), 2009, *Not Born a Refugee Woman: Contesting Identities, Rethinking Practices*, Oxford e Nova Iorque, Berghahn.

HARO, J. Armando, 2008, "Curso atención a la salud: perspectivas sociológicas y antropológicas", apresentação ao mestrado e doutoramento em Ciências Sociais, El Colegio de Sonora, Janeiro a Abril, disponível em http://www.slideshare.net/JESUSARMANDOHARO/biomedicina-a-examen.

HASTRUP, Kirsten, 2003, "Violence, suffering and Human Rights", *Anthropological Theory*, 3 (3): 309-323.

HERNÁNDEZ, Daniel Senovilla (coord.), 2008, "La migration des mineurs non accompagnés en Europe", dossier em *E-migrinter*, 2: 6-207 (disponível em

http://www.mshs.univ-poitiers.fr/migrinter/e-migrinter/200802/emigrinter2008_02_tout.pdf).

HOOBERMAN, Joshua B., *et al.*, 2007, "Classifying the torture experiences of refugees living in the United States", *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (1): 1-16 (disponível em http://www.survivorsoftorture.org/old/pix/Hooberman-etal.pdf).

HORTA, Ana Paula Beja (org.), 2010, *Migrações*, 6, Lisboa, Observatório da Imigração.

HUMPHREY, Michael, 2004, "Humanitarianism, terrorism and transnational border", in Bruce Kapferer (org.), *The World Trade Center and Global Crisis*, Nova Iorque e Oxford, Berghahn, 37-45.

IGREJA, Victor, DIAS-LAMBRANCA, Béatrice, e RICHTERS, Annemiek, 2008, "Gamba spirits, gender relations and healing in post-civil war Gorongosa, Mozambique", *Journal of the Royal Anthropological Institute* (n.s.), 14 (2): 353-371.

INDA, Jonathan Xavier, e ROSALDO, Renato (orgs.), 2002, *The Anthropology of Globalization: A Reader*, Oxford, Blackwell.

INGLEBY, David (org.), 2005, *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*, Nova Iorque, Springer.

JAMES, Allison, 1995, "Talking of children and youth: language, socialization and culture", in Vered Amit-Talai e Helena Wulff (orgs.), *Youth Cultures: A Crosscultural Perspective*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 43-62.

JENKINS, Shirley, e SAUBER, M., 1988, "Ethnic Associations in New York", in Shirley Jenkins (org.), *Ethnic Associations and the Welfare State: Services to Immigrants in Five Countries*, Nova Iorque, Columbia University Press, 21-106.

JUCHNO, Piotr, 2007, "Asylum Applications in the European Union", *Statistics in Focus: Population and Social Conditions*, 110, 8 pp.

KEYES, E., 2000, "Mental health status in refugees: an integrative review of current research", *Issues in Mental Health Nursing*, 21 (4): 397-410.

KIRMAYER, Laurence J., 1996, "Landscapes of memory: trauma, narrative and dissociation", in Paul Antze e Michael Lambek (orgs.), *Tense Past: Cultural Essays on Memory and Trauma*, Londres, Routledge, 173-198.

KIRMAYER, Laurence J., 2007a, "Failures of imagination: the refugees' predicament", in Laurence J. Kirmayer, Robert Lemelson e Mark Barad (orgs.), *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 363-381.

KIRMAYER, Laurence J., 2007b, "Foreword", in John P. Wilson e Boris Drožđek (orgs.), *Voices of Trauma: Treating Psychological Trauma across Cultures*, Nova Iorque, Springer, v-viii.

KIRMAYER, Laurence J., e ROBBINS, James M., 1991, *Current Concepts of Somatisation: Research and Clinical Perspectives*, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.

KIRMAYER, Laurence J., LEMELSON, Robert, e BARAD, Mark (orgs.), 2007, *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press.

KLEINMAN, Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, Arthur, 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Nova Iorque, Basic Books.

KLEINMAN, Arthur, 1994, "Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds", in Mary-Jo DelVecchio Good, *et al.*, 1994, *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, Berkeley, University of California Press, 169-197.

KLEINMAN, Arthur, *et al.*, 1976, *Medicine in Chinese Cultures: Comparative Studies of Health Care in Chinese and Other Societies*, Stockton, University Press of the Pacific.

KLEINMAN, Arthur, e BENSON, Peter, 2006, "Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it", *PLoS Medicine*, 3 (10): 1673-1676 (publicação *online*, in http://www.plosmedicine.org/article/fetchObjectAttachment.action?uri= info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030294&representation=PDF).

KLEINMAN, Arthur, DAS, Veena, e LOCK, Margaret (orgs.), 1997, *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, Arthur, e PETRYNA, Adriana, 2001, "Health: Anthropological Aspects", *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Oxford, Elsevier Science Ltd.

KLEINMAN, Arthur, e VAN DER GEEST, Sjaak, 2009, "'Care' in health care: remaking the moral world of medicine", *Medische Antropologie*, 21 (1): 159-168 (disponível em http://www.sjaakvandergeest.nl/pdf/medical_anthropology/kleinman_vdgeest_2009 .pdf, acesso em 23 /02/2010).

KOBELINSKY, Carolina, 2010, *L'accueil des demandeurs d'asile: une ethnographie de l'attente*, Paris, Éditions du Cygne.

LAPLANTINE, François, 1978 [1973], *Etnopsiquiatria*, Lisboa, Vega.

LAVIE, Smadar, e SWEDENBURG, Ted (orgs.), 1996, *Displacement, Diaspora, and Geographies of Identity*, Durham, Duke University Press.

LE BRETON, David, 1995, *Anthropologie de la Douleur*, Paris, Métailié.

LECHNER, Elsa, 2007, "Imigração e saúde mental", *Migrações*, 1: 79-101.

LESLIE, Charles, 1976, *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press.

LESLIE, Charles, e YOUNG, Allan (eds.), 1992, *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

LEVIN, J. S., 1994, "Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal?", *Social Science and Medicine*, 38 (11), 1475-1482.

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1975, "A eficácia simbólica", in Claude Lévi-Strauss, *Antropologia Estrutural*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 215-236.

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1988 [1950], "Introdução à obra de Marcel Mauss", in Marcel Mauss, *Ensaio sobre a Dádiva*, Lisboa, Edições 70, 9-48.

LÉVI-STRAUSS, Claude, 1992, *The View from Afar*, Chicago, University of Chicago Press.

LINDEMAN, Eduard C., 1924, *Social Discovery: An Approach to the Study of Functional Groups*, Nova Iorque, Republic Publishing.

LOCK, Margaret, 1980, *East Asian Medicine in Urban Japan: Varieties in Medical Experience*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press.

LOCK, Margaret, e NGUYEN, Vinh-Kim, 2010, *An Anthropology of Biomedicine*, Chichester, Wiley-Blakwell.

LOCK, Margaret, e NICHTER, Mark, 2002, "Introduction: from documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies, and practices", in Mark Nichter e Margaret Lock (orgs.), *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 1-34.

MAALOUF, Amin, 1998, *Les Identités meurtrières*. Paris, Grasset.

MACHADO, Maria do Céu, *et al.*, 2007, "Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes", *Migrações*, 1: 103-127.

MALINOWSKI, Bronislaw, 1929, *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia*, Boston, Beacon.

MALKKI, Liisa H., 1995, "Refugees and exile: from 'refugees studies' to the national order of things", *Annual Review of Anthropology*, 24: 495-523.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel, 2000, *What's behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*, Amesterdão, Harwood Academic Publishers.

MARTINS, Maria João, 1994, *O Paraíso Triste: O Quotidiano em Lisboa durante a II Guerra Mundial*, Lisboa, Vega.

MEAD, Margaret, 1928, *Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilisation*, Nova Iorque, William Morrow Company.

MESSER, Ellen, 1993, "Anthropology and human rights", *Annual Review of Anthropology*, 22: 221-249.

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

MOLLICA, Richard F., 2008-2009, "Global Mental Health – Trauma and Recovery", Massachusetts General Hospital/Harvard Program in Refugee Trauma, documentos de apoio ao curso, inéditos.

MOLLICA, Richard F., *et al.*, 1993, "The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", *Journal of the American Medical Association*, 270 (5): 581-586.

MOLLICA, Richard F., *et al.*, 2001, "Longitudinal study of psychiatric symptoms: disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees", *Journal of the American Medical Association*, 286: 546-554.

MORO, Marie Rose, 2004, *Comprendre et soigner: la consultation d'Avicenne. Un dispositif métissé et cosmopolite*, Bobigny, Association Internationale d'EthnoPsychanalyse.

NATHAN, Tobie, 1994, *L'Influence qui guérit*, Paris, Éditions Odile Jacob.

NATHAN, Tobie, 2005, "The djjins, a sophisticated conceptualization of pathologies and therapies", in Roy Moodley e William West (orgs.), *Integrating Traditional Healing Practices into Counseling and Psychotherapy*, Londres e Thousand Oaks, Sage, 26-38.

NATHAN, Tobie, 2006, *La guerre des pays: manifeste pour une psychothérapie démocratique*, Paris, Ed. Les Empêcheures de penser en rond.

NATHAN, Tobie, s/d., "Georges Devereux and clinical ethnopsychiatry", tradução do francês de Catherine Grandsard, disponível em http://www.ethnopsychiatrie.net/GDengl.htm, acesso em 02/02/2010.

NETO, Helion Povoa, e FERREIRA, Ademir Pacelli, 2005, *Cruzando Fronteiras Disciplinares: um Panorama dos Estudos Migratórios*, Rio de Janeiro, Revan.

NEVES, Céu, s/d, "Portugal país de asilo em 2009", disponível em http://www.refugiados.net/_novosite/20100407daud.html.

NEXUS, 2004, "Recomendações para a melhoria das políticas de acolhimento e integração dos requerentes de asilo da parceria transnacional EQUAL Aspire! Asylum Seekers Participation Is the Result!", Março, disponível em http://www.refugiados.net/acolheintegra/recomendacoes_aspire.pdf.

NICHTER, Mark, e LOCK, Margaret (orgs.), 2002, *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*, Londres e Nova Iorque, Routledge.

NILSSON, Johanna *et al*., 2008, "Acculturation, Partner Violence, and Psychological Distress in Refugee Women From Somalia", *Journal of Interpersonal Violence*, 23: 1654-1663.

NORDSTROM, Carolyn, e ROBBEN, Antonius C. G. M., 1995, *Fieldwork Under Fire: Contemporary Studies of Violence and Survival*, Berkeley, University of California Press.

OFPRA, 2001, *Rapport d'Activité 2001*, Office Français de Protection des Refugiés et des Apatrides, Ministère des Affaires Étrangeres, disponível em http://www.ofpra.gouv.fr/documents/OFPRA_Rapport_2001.pdf.

ONU, 1993, "Declaration on the Elimination of Violence against Women", resolução 48/104 da Assembleia-Geral das Nações Unidas reunida a 20 de Dezembro (disponível em http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/).

ORTIZ, Karol R., 1985, Mental Health Consequences of Life History Method: Implications from a Refugee Case, *Ethos*, 13 (2): 99-120.

PAIS, José Machado, 1990, "A construção sociológica da juventude: alguns contributos", *Análise Social*, XXV (105-106): 139-165.

PARSONS, Talcott, 1982 [1951], *El Sistema Social*, Madrid, Alianza.

PEDEN, et al., 2008, *World Report on Child Injury Prevention*, Genebra, World Health Organization e UNICEF, disponível em http://www.unicef.org/media/files/PDF.pdf.

PEREIRA, Luís Silva, 2001, "Doença e cosmovisão entre os mapuche", *Etnográfica*, V (2): 261-284.

PEREIRA, Luís Silva, e PUSSETTI, Chiara (orgs.), 2009, *Os Saberes da Cura, Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*, Lisboa, ISPA.

PIMENTEL, Irene Flunser, 2006, *Judeus em Portugal durante a II Guerra Mundial*, Lisboa, Esfera dos Livros.

POWER, C., 1994, "A saúde e a desigualdade social na Europa", *British Medical Journal*, 309: 1153-1160.

PUSSETTI, Chiara, 2006, "A patologização da diversidade: uma reflexão antropológica sobre a noção de *culture-bound syndrome*", *Etnográfica*, 10 (1): 5-40.

PUSSETTI, Chiara, *et al.*, 2009, *Migrantes e Saúde Mental: A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.

PUSSETTI, Chiara, e BORDONARO, Lorenzo, 2006, "Da utopia da emigração à saudade dos emigrados: percursos migratórios entre Bubaque (Guiné-Bissau) e Lisboa", in Ramon Sarró Ramon e Antónia Lima (orgs.), *Terrenos Metropolitanos: Desafios Metodológicos*, Lisboa, ICS, 125-154.

QUINTAIS, Luís, 2000, *As Guerras Coloniais Portuguesas e a Invenção da História: Memória e Trauma Numa Unidade Psiquiátrica*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

QUINTAIS, Luís, 2005-2006, "A morte do sentido: as experiências traumáticas de guerra e os limites do humano", *Antropologia Portuguesa*, 22/23: 41-49.

RABINOW, Paul, 1986, "Representations are social facts", in James Clifford e George Marcus (orgs.), *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press, 234-261.

RAND, Ayn, 1990, *The Voice of Reason: Essays in Objectivist Thought*, Nova Iorque e outras, Meridian.

RECHTMAN, Richard, 1999, "Les politiques minoritaires de la psychiatrie", *Psychanalyse Traversées Anthropologie et Histoire*, 11/12: 143-149.

RECHTMAN, Richard, 2002, "Être victime: généalogie d'une condition clinique", *L'Évolution Psychiatrique*, 67: 775-795.

RECHTMAN, Richard, 2010, "La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité: perspectives historiques et enjeux actuels", in Didier Fassin (org.), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte, 101-127 (disponível em http://www.reseau-terra.eu/IMG/pdf/chapitre_4_rechtman.pdf).

RICHMOND, Anthony, 1994, *Global Apartheid*, Oxford, Oxford University Press.

ROBBEN, Antonius C. G. M., e SLUKA, Jeffrey A. (orgs.), 2007, *Ethnographic Fieldwork: An Anthropological Reader*, Oxford, Blackwell.

ROCHA-TRINDADE, Maria Beatriz da, 1988, "Espaços de Herança Cultural Portuguesa", *Análise Social*, XXIV (100): 313-351.

ROLLEMBERG, Denise, 2005, *Exílio: Entre Raízes e Radares*, Rio de Janeiro, Record.

ROSALDO, Renato, 1993 [1989], *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*, Londres, Routledge.

ROSE, Steven, LEWONTIN, R. C., e KAMIN, Leon J., 1990, *Not In Our Genes: Biology, Idealogy and Human Nature*, Harmondsworth, Penguin Books.

RYLKO-BAUER, Barbara, e FARMER, Paul, 2002, "Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine", *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (4): 476-502.

RYLKO-BAUER, Barbara, WHITEFORD, Linda, e FARMER, Paul (orgs.), 2009, *Global Health in Times of Violence*, Santa Fe, School for Advanced Research Press.

RYNEARSON, Ann M., e PHILLIPS, J. (orgs.), 1996, *Selected Papers on Refugee Issues*, vol. IV, Arlington, American Anthropology Association.

SACHS, Jeffrey D., 2008 [2004], recensão de Paul Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (University of California Press, 2003), *Natural History*, Fevereiro, publicado em http://findarticles.com/p/articles/mi_m1134/is_1_113/ai_113456801/.

SAILLANT, Francine, e GENEST, Serge, 2007, *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*, Oxford, Blackwell Publishing.

SÁNCHEZ RUBIO, David, 2007, *Contra una Cultura Anestesiada de Derechos Humanos*, México, Facultad de Derecho de La Universidad Autónoma de San Luís Potosi.

SANTINHO, Cristina, 2009, "Refugiados e requerentes de asilo: abordagens antropológicas no campo da saúde física e mental", in Chiara Pussetti *et al.*, *Migrantes e Saúde Mental: A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, 177-196.

SANTINHO, Cristina (coord.), 2010, *Quando Não existe Uma Segunda Casa: Saúde dos Refugiados e Requerentes de Asilo Numa Perspectiva de Vulnerabilidade*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

SARDINHA, João, 2007, "Providing Voices? Civic Participation Opportunities for Immigrants in Portugal", University of Oldenburg, Politis Working Paper Series, 7, disponível em http://www.uni-oldenburg.de/politis-europe/download/WP7__POLITIS_Sardinha_2007.pdf.

SATO, Leny, e SOUZA, Marilene Proença Rebello de, 2001, "Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia", *Psicologia USP*, 12 (2): 29-47.

SAYAD, Abdelmalek, 1991, *L'immigration, ou les paradoxes de l'alterité*, Bruxelas, DeBoeck Université.

SAYAD, Abdelmalek, 1999, *La double absence: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil.

SCARRY, Elaine, 1985, *The Body in Pain*, Oxford, Oxford University Press.

SCHEPER-HUGHES, 1994, "Embodied knowledge: thinking with the body in critical medical anthropology", in R. Borofsky (org.), *Assessing Cultural Anthropology*, Nova Iorque, McGraw-Hill, 229-242.

SCHEPER-HUGHES, Nancy, 1995, "The primacy of the ethical: propositions for a militant anthropology", Current Anthropology, 36 (3): 409-420.

SCHEPER-HUGHES, Nancy, 1996, "The madness of everyday life: in search of a critical and engaged anthropology", *Ethnostoria*, n.s., 1-2: 35-51.

SCHEPER-HUGHES, Nancy, e BOURGOIS, Philippe (orgs.), 2004, *Violence in War and Peace: An Anthology*, Oxford, Blackwell.

SCHEPER-HUGHES, Nancy, e LOCK, Margaret, 1987, "The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6-41.

SCHEPER-HUGHES, Nancy, e LOCK, Margaret, 1991, "The message in the bottle: illness and the micropolitics of resistance", *The Journal of Psychohistory*, 18 (4): 409-432.

SEF, 2000, "Estatísticas", relatório, Lisboa, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Núcleo de Planeamento, disponível em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2000.pdf.

SEF, 2001, "Em Direcção a um Sistema Comum Europeu de Asilo: Conferência Europeia sobre Asilo", actas da conferência de 15 e 16 de Junho de 2000, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Gabinete de Documentação e Direito Comparado, Procuradoria-Geral da República, disponível em www.sef.pt/documentos/56/actas-coferencia%20portugues1.pdf.

SEF, 2006, "Relatório de actividades: imigração, fronteiras e asilo, 2006", Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, disponível em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2006.pdf.

SEF, 2008, "A organização das políticas de asilo e imigração em Portugal", relatório, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Rede Europeia das Migrações, disponível em http://www.sef.pt/documentos/56/AOrgPolAsiloImigemPortugal.pdf.

SEF, 2009, "Estatutos de protecção complementares à legislação comunitária de imigração e asilo em Portugal: Estudo da Rede Europeia das Migrações sobre estatutos de protecção não harmonizados", Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Rede Europeia das Migrações, disponível em http://www.sef.pt/ documentos/ 56/PT%20NCP%20Protection%20Statuses%20Study%202009%201.00%20PT.pdf.

SEF, 2010, "Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – 2009", coord. João Ataíde e Maria José Torres, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Departamento de Planeamento e Formação, disponível em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2009.pdf.

SEF, s/d, "Recepção, retorno e integração de menores desacompanhados em Portugal: Estudo da Rede Europeia das Migrações sobre Menores Desacompanhados", Lisboa, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, disponível em http://www.sef.pt/documentos/56/UMS%20Portugal%20PT%200.91.pdf.

SEN, Amartya, 1981, *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, Oxford, Oxford University Press.

SHUMAN, Amy, e BOHMER, Carol, 2004, "Representing trauma: political asylum narrative", *The Journal of American Folklore*, 117 (466): 396-414.

SILOVE, Derrick, 1996, "Torture and refugee trauma: implications for nosology and treatment of PTSD syndromes", *International Review of Psychiatry*, 2: 221-232.

SILOVE, Derrick, 1999, "The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (4): 200-207.

SILOVE, Derrick, 2005, "From trauma to survival and adaptation: towards a framework for guiding mental health initiatives in post-conflict societies", in David Ingleby (org.), *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*, Nova Iorque, Springer, 29-52.

SILOVE, Derrick, AUSTIN, Patricia, e STEEL, Zachary, 2007, "No refuge from terror: the impact of detention on the mental health of trauma-affected refugees seeking asylum in Australia", *Transcultural Psychiatry*, 44 (3): 359-393.

SILOVE, Derrick, e STEEL, Zachary (orgs.), 1998, *The Mental Health and Well-Being of On-Shore Asylum Seekers in Australia*, Sydney, Psychiatry Research & Teaching Unit.

SILOVE, Derrick, STEEL, Zachary, e MOLLICA, Richard, 2001, "Detention of asylum seekers: assault on health, human rights and social development", *Lancet*, 357: 1436-1437.

SIMÕES, Dulce, 2010, comunicação apresentada nas jornadas "Lisboa, Porto de Saída", Lisboa, Instituto Cervantes, 24-25 de Março de 2010 (disponível em http://caminhosdamemoria.wordpress.com/2010/04/01/os-refugiados-de-barrancos/).

SIRRIYEH, Ala, 2010, "Home journeys: Im/mobilities in young refugee and asylum-seeking women's negotiations of home", *Childhood*, 17 (2): 213-227.

SKULTANS, Vieda, 2007, *Empathy and Healing: Essays in Medical and Narrative Anthropology*, Nova Iorque e Oxford, Berghahn Books.

SOGUK, Nevzat, 1999, *States and Strangers: Refugees and Displacements of Statecraft*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

SOUSA, Lúcio, 1999, *Percursos de Inserção de Refugiados em Portugal: Sós ou Acompanhados? Um Estudo sobre as Dificuldades de Inserção de Refugiados em Portugal*, Lisboa, Universidade Aberta, dissertação de mestrado em Relações Interculturais.

SOUSA, Maria José, 2003, *Refugiados e Imigrantes: A Condição dos Deslocados Africanos da Antiga Colonização Histórica em Portugal*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, dissertação de mestrado em Antropologia.

STEIN, Barry N., 1981, "The refugee experience: defining the parameters of a field of study", *International Migration Review*, 15 (1/2): 320-330.

STOLCKE, Verena, 1995, "Talking culture: new boundaries, new rhetorics of exclusion in Europe", *Current Anthropology*, 36 (1): 1-24.

TALARN, Antoni (org.), 2007, *Globalización y Salud Mental*, Barcelona, Herder.

TANNER, J. *et al.*, 1975, *Assessment of Skeletal Maturity and Prediction of Adult Height (TW2 Method)*, Londres, Academic Press, 2.ª ed.

TAUSSIG, Michael, 1980, "Reification and the consciousness of the patient", *Social Science and Medicine*, 14: 3-13.

TÁVORA-TAVIRA, Luís, *et al.*, 2007, "Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto EpiMigra", *Migrações*, 1: 129-139.

THOMPSON, James, 2006, "Applied Theatre/Drama: An E-debate in 2004", *Research in Drama Education*, 11 (1): 90-95.

TRIULZI, Alessandro, s/d, "Africa, youth and the memory of migration: listening to African migrant voices", Nápoles, Università L'Orientale, inédito.

TURK, Dennis C., 2004, "Understanding pain sufferers: the role of cognitive processes", *The Spine Journal*, 4 (1): 1-7.

TURNER, Victor, 1967, "Betwixt and between: the liminal period in rites of passage", in Victor Turner, *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*, Ithaca, NY, Cornell University Press, 93-111.

TURNER, Victor, 1969, *The Ritual Process: Structure and Anti-structure*, Ithaca, Cornell University Press.

TURNER, Victor, 1974, *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*, Ithaca, Cornell University Press.

TURTON, David, 2003, "Conceptualising Forced Migration", Oxford, Refugee Studies Centre, University of Oxford, RSC Working Paper, 12.

VALLUY, Jérôme, 2009, *Rejet des exilés: le grand retournement du droit de l'asile*, Paris, Du Croquant.

VAN DONGEN, Els, e FAINZANG, Sylvie, 2005, *Lying and Illness: Power and Performance*, Amesterdão, Het Spinhuis.

VAN HEAR, Nicholas, 1998, *New Diasporas: The Mass Exodus, Dispersal and Regrouping of Migrant Communities*, Londres, UCL Press.

VIEGAS, Susana de Matos, 2003, "Eating with your favourite mother: time and sociality in a Brazilian Amerindian community", *Man* (n.s.) 9: 21-37.

WATTERS, Charles, 2007, "Refugees at Europe's borders: the moral economy of care", *Transcultural Psychiatry*, 44 (3): 394-417.

WIENER, Carolyn L., e STRAUSS, Anselm M., 1997, *Where Medicine Fails*, New Brunswick, Transaction Publishers, 5.ª ed.

WILKINSON, Richard G., 1996, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Londres e Nova Iorque, Routledge.

WILSON, John P., e DROŽĐEK, Boris (orgs.), 2004, *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims*, Nova Iorque, Brunner-Routledge.

WILSON, John P., e DROŽĐEK, Boris (orgs.), 2007, *Voices of Trauma: Treating Psychological Trauma across Cultures*, Nova Iorque, Springer.

WINSTON, Joe, 2007, "Citizenship, human rights and applied drama", *Research in Drama Education*, 12 (3): 269-274.

WULFF, Helena, 1995, "Introducing youth culture in its own right: the state of the art and new possibilities", in Vered Amit-Talai e Helena Wulff (orgs.), *Youth Cultures: A Crosscultural Perspective*, Londres e Nova Iorque, Routledge, 1-18.

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

YOUNG, Allan, 1997, "Suffering and the origins of traumatic memory", in Arthur Kleinman, Veena Das, e Margaret Lock (orgs.), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press, 245-260.

Curriculum Vitae