



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

Título: A Articulação de sistemas de cuidados no enfrentamento do sofrimento e da doença mental: análise comparativa entre uma amostra de imigrantes cabo-verdianos residentes em Lisboa e uma amostra de residentes na região Norte de Portugal

GRUPO DE TRABALHO - GT 44

LOUCURA E SOCIEDADE: OS NOVOS DESAFIOS NA PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E CUIDADOS NA SAÚDE MENTAL

Autores:

Alves, Fátima fatimaa@univ-ab.pt ;

Bäckström, Bárbara, barbarab@univ-ab.pt

Instituição: Universidade Aberta / Cemri

Palavras-chave: Práticas tradicionais, saúde mental, multiculturalidade

Introdução

O pluralismo dos sistemas de cuidados para lidar com a doença pode ser organizado em sistema profissional, popular e alternativo (que inclui o complementar e o tradicional) (Kleinman, 1984). A ele fazem referência, para o caso português, vários estudos efectuados no âmbito da saúde e da doença em geral (Nunes, 1987; Hespanha, 1987; Bastos et al. 1987; Fontes et al., 1999; Silva, 2008). No caso da doença mental, existem diferentes percepções sobre o tipo de sistemas de cuidados disponíveis e que são mobilizados para lidar com a doença mental, o que deixa antever a construção e reconstrução constantes da experiência de sofrimento ou doença mental, numa interacção que se joga e negocia em torno de significados continuamente reconstruídos no contexto da cultura (Alves, 2008).

Qual a sua configuração particular em cada sistema cultural espácio-temporalmente determinado é a questão norteadora das duas pesquisas empíricas que reportámos. Procurámos perceber como se lida com a doença mental, analisando os itinerários terapêuticos que se constroem entre sistemas de cuidados plurais, caracterizando em particular o recurso à medicina tradicional. A análise de dois estudos efectuados em duas amostras de população residente em Portugal permite-nos interpretar essas práticas e problematizar os factores sociais e culturais que determinam e explicam a/as configurações encontradas.



No contexto da imigração, é sabido que as condições em que a migração se processa podem constituir um factor condicionante da vulnerabilidade em saúde das populações migrantes (IOM, 2004a). Esta está normalmente associada a factores de risco a que estas populações estão muitas vezes expostas nos países de acolhimento, onde se confrontam com um contexto completamente novo a nível social, estrutural, cultural, linguístico, entre outros (Dias e Gonçalves, 2007; Kandula, Kersy e Lurie, 2004). Estas circunstâncias, muitas vezes, associam-se a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao seu país de origem (Carballo e Nerukar, 2001) pois, ao imigrar, o indivíduo traz consigo o seu perfil de saúde, o qual reflecte a sua história médica e a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis no seu país de origem (Ackerhans, 2003). O processo migratório, segundo alguns autores, constitui em si um factor de risco, na medida em que reúne sete elementos de perda: da família e dos amigos, da língua, da cultura, da casa, da posição social, do contacto com o grupo étnico e religioso. Esta série de perdas é experienciada como um luto e sempre acompanhada por uma maior vulnerabilidade aos transtornos mentais e/ou às perturbações emocionais (Desjarlais et al., 1995; Bibeau 1997; Kirmayer & Minas, 2000; Persaud & Lusane, 2000; Murray & Lopez, 1997).

Nos países de acolhimento, os imigrantes encontram-se muitas vezes num estado de transição em que mantêm determinadas representações de saúde e crenças culturais enquanto, simultaneamente, se adaptam a um novo contexto, situação que pode constituir factor de vulnerabilidade (IOM, 2004b).

Métodos e Amostras

Ambas as pesquisas se enquadram numa metodologia qualitativa, o que permitiu o aprofundamento necessário à compreensão contextualizada. Centrámos a pesquisa nos discursos que obtivemos através de entrevistas semi-directivas, dos quais foi feita uma análise descritiva num primeiro momento, mas que procurámos interpretar tendo subjacentes as noções de ‘cumplicidade ontológica’ (Bourdieu, 1993) e de ‘descrição densa’ (Geertz, 1989).

- i) Estudo efectuado na Região Norte



A pesquisa efectuada na região norte no ano de 2008 integrou uma amostra diversificada, com o objectivo de abarcar quer a diversidade social quer as várias dimensões diferentes mas complementares do objecto de estudo. Trata-se de uma amostra que não é representativa do ponto de vista estatístico, mas que pode ser considerada representativa do ponto de vista de uma análise sociológica em profundidade, que procura identificar tipos de situações e compreender as relações sociais que nelas se estabelecem (Lima, 1981). Este estudo circunscreve-se à região Norte do país. Optou-se por centrar a realização das entrevistas em quatro áreas fundamentais: o Grande Porto, Vale de Cambra, Viana do Castelo e Bragança. Estas áreas foram seleccionadas com o intuito de abranger zonas situadas em pontos que se consideram fulcrais da região Norte, devido às suas múltiplas características (eminentemente rurais, urbanas ou semi-rurais/semi-urbanas). Deste modo temos entrevistas espalhadas por 16 Concelhos, nomeadamente: Bragança, Porto, Chaves, Gondomar, Maia, Matosinhos, Melgaço, Miranda do Douro, Paços de Ferreira, Penafiel, Vale de Cambra, Viana do Castelo, Vila Nova de Gaia, Arcos de Valdevez, Celorico de Basto e Vinhais. A opção regional liga-se à importância que assumem, num estudo deste tipo, as diversidades sócio-culturais que aí poderemos encontrar (Alves, 2008).

ii) Estudo efectuada numa amostra da comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa

A pesquisa efectuada junto de uma amostra de imigrantes Cabo-verdianos no ano de 2006, circunscreve-se à área metropolitana de Lisboa, reconhecendo esta comunidade de imigrantes como uma das comunidades com uma permanência mais prolongada em Portugal, mas mantendo ainda traços culturais de origem muito acentuados e condições de integração que, para uma grande parte da sua população, são ainda precárias quanto a oportunidades e direitos sociais. O ponto de partida analítico considera as experiências de vida desta comunidade como estando divididas entre uma cultura de base de raízes cabo-verdianas e uma cultura “urbana” dominante, desenrolando-se entre uma e outra um lento processo de adaptação e aculturação que encerra múltiplas conflitualidades. É neste pano de fundo que se procuram explicar os itinerários terapêuticos para lidar com a doença mental. Assumindo a heterogeneidade social interna e a fluidez das fronteiras



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

que marcam a divisão estrutural entre classes sociais nesta comunidade, constituíram-se dois grupos de análise, a partir do accionamento do local de residência, dos níveis de escolaridade, da actividade profissional e da situação económica, como critérios de inclusão em cada um dos grupos definidos. A condição de análise que estipulou como comum a ambos os grupos foi a de serem compostas por cabo-verdianos de primeira geração, ou seja, terem nascido e residido em Cabo Verde até aos 17 anos, contemplando os eventuais efeitos geracionais decorrentes da definição de “os mais jovens” e “os mais velhos” e as possíveis variações imprimidas pela questão de género em cada um desses grupos. A investigação foi efectuada junto de uma população de 40 Cabo-Verdianos que para efeitos de análise, foi dividida em 2 grupos diferentes (20 em cada grupo). A comparação destes dois grupos tornou-se pertinente, uma vez que, eventualmente, os aspectos comuns, bem como as diferenças encontradas, serão interpretáveis face aos diferentes contextos. Os principais critérios de inclusão em cada um dos grupos sociais foram os níveis de escolaridade, a actividade profissional, a situação económica (os rendimentos) e o local de residência. Decidimos utilizar os termos de grupo “popular” e de grupo de “elite” para distinguir os dois grupos sociais, sem conotação directa com a ideia de “classe social”. (Backstrom, 1996)

Resultados

Em termos globais, constatámos que os serviços e os profissionais relatados nos discursos de ambos os estudos não são apenas os da medicina oficial. A coexistência de racionalidades que fogem ao paradigma biomédico na forma de encarar a saúde e a doença é uma realidade (Backstrom, 2006; Alves, 2008).

A gestão dos percursos terapêuticos no enfrentamento da doença mental é complexa e resulta da gestão dos saberes e dos poderes de os influenciar. Poderes estes que se jogam em vários campos – não apenas o da medicina oficial com os seus serviços e os seus profissionais, mas também o das relações interpessoais e comunitárias. As explicações encontradas nos diversos campos são diferentes. Muitas vezes, em vez de se aderir a uma, combinam-se todas simultaneamente, numa tentativa de que alguma resulte na solução ou na cura. Outras vezes combinam-se sequencialmente. Curioso é por exemplo constatar que muitas vezes as pessoas referem que apesar de irem à bruxa



ou ao curandeiro ou aos espíritas e também ao médico, não informam o médico do percurso que fizeram ou decidiram fazer (Backstrom, 2004; Alves, 2008).

A maior parte das vezes, os diversos campos também não comunicam nem articulam estratégias. As respostas oficiais, ou seja, os serviços da medicina ignoram (ou porque não conhecem ou porque não querem conhecer no sentido de reconhecer e de articular) a que outras agências de cura as pessoas recorrem e quais as que existem na comunidade a que servem. Inversamente, nalgumas situações, as agências do dom articulam com as respostas dadas pelo sistema oficial, a medicina (Alves, 2008).

Em ambos os estudos encontramos diferentes concepções de doença mental, que de certo modo vão influenciar as trajetórias terapêuticas. Em ambos detectámos também a estranheza face à doença mental e algum ‘desconforto’ nem falar dela. Por exemplo, no estudo efectuado em Lisboa, foram os indivíduos mais velhos do grupo popular, especialmente as mulheres, as que mais manifestaram incompreensão sobre esta pergunta.

Em ambas as amostras encontrámos a noção de que a doença mental pode ser perigosa e que se “*pode ficar maluco*”, assim como a ideia de que a saúde mental está associada ao facto de a pessoa “pensar muito” ou preocupar-se muito. Ao proceder a uma análise mais detalhada, vemos que são sobretudo mulheres que se referem a doenças dos nervos e ao *stress*, no caso do estudo efectuado entre cabo-verdianos em Lisboa. No caso do estudo efectuado na região norte encontrámos sobretudo os nervos e as cismas como expressões culturais do sofrimento mental.

O estigma da loucura como perigo e contágio está manifesto nas respostas, não enquanto contágio de um vírus ou de uma bactéria, mas sim enquanto contágio maligno ou mágico. Ter uma doença física é estar doente, é passageiro, enquanto que ter uma doença mental é muitas vezes “ser doente”, de carácter permanente (Jodelet, 1989; Alves, 2008). Noutras concepções da doença mental verifica-se que se associa à questão de equilíbrio *versus* desequilíbrio (Backstrom, 2006).

1. Os sistemas de cuidados

A análise do sistema de cuidados profissional e oficial não é objecto de reflexão neste trabalho. Englobamos deste modo no que denominámos ‘esfera da gestão informal’



(Alves, 2008) da doença mental todos os recursos e sistemas a que estes dois grupos da população dizem recorrer perante a doença mental, fora do sistema oficial dominante. Estes recursos situados na comunidade são mobilizados nas trajetórias e itinerários terapêuticos descritos, muitas vezes num registo informal e semi-clandestino.

No estudo efectuado na região norte, a esfera da gestão alternativa, as medicinas alternativas ou ‘doces’, não são praticamente evocadas nos discursos sobre a doença mental. No caso do estudo efectuado numa comunidade cabo-verdiana em Lisboa, não se observa uma procura expressiva e clara de medicinas alternativas para lidar com a doença mental.

1.1 – A esfera da gestão informal da doença mental

Na esfera da gestão e administração informal da doença mental encontramos as respostas da comunidade onde incluímos o domínio das relações de solidariedade e de uma maneira geral as relações com o meio envolvente; o domínio dos profissionais do dom; o domínio dos recursos situados na própria pessoa e por fim, o domínio da fé, da religião e da influência.

1.1.1 - As solidariedades primárias

A família em primeiro lugar, e as pessoas mais próximas numa posição mais secundária, aparecem nos discursos como recursos fundamentais no lidar com a pessoa com doença mental e na decisão da sua trajetória de doença. Em primeiro lugar e visto que a doença implica perda de consciência e perda de noção da realidade (nos casos mais graves relatados), cabe à família detectar os sinais e encaminhar para procurar ajuda, tratamento e orientação junto dos profissionais (Alves, 2009).

No caso da amostra de cabo-verdianos a residir em Lisboa, a família muitas vezes está ausente e não é evidente este tipo de observação. Contudo, é precisamente a experiência de afastamento e ruptura das relações sociais e familiares ao longo do processo migratório (especialmente quando o imigrante migra sozinho) que pode influenciar o estado de saúde e bem-estar dos imigrantes. Segundo Lazear e colaboradores (2008), a



separação da família e dos sistemas de suporte, assim como o isolamento podem ser potenciais factores de depressão nestas populações. O abandono do ambiente familiar e o contacto com um contexto desconhecido e uma sociedade com diferentes valores, percepções e tradições podem constituir importantes desafios à capacidade dos indivíduos para lidarem com a mudança (IOM, 2003).

i) Estudo efectuado na Região Norte

No estudo efectuado na Região Norte, constatámos que a sociedade atribui uma natural e clara responsabilização efectiva das famílias pelo suporte do doente e da sua doença (Alves, 2008) – relação típica em sociedades mais comunitárias onde existem relações primárias que ‘ainda’ colmatam as deficiências da intervenção estatal moderna nestas áreas (Santos, 1994). Os discursos atribuem a responsabilidade pelo familiar doente à família, que deve apoiar materialmente e sobretudo afectivamente: apoiar, não contrariar, orientar, ter muita paciência e compreensão, proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e favorecedor da serenidade e do ‘não acordar da doença’. Estas são as funções e atributos mais esperados das famílias. Estes são considerados favorecedores de uma trajectória menos negativa da doença e da cura, naqueles casos em que esta é equacionada (Alves, 2008).

R: Quem lida com eles tem que estar com... quem mora... quem... quem viver com essas pessoas deve tentar... quando as pessoas não se apercebem devem tentar encaminhar para o tratamento, para tentar resolver com... com as pessoas que são... para a área de psicólogos, terapeutas, essas coisas... psiquiatras. Quem está ao lado, que é de fora, o familiar também deve dar... "Ora, tu não andas bem. o que é que tens? O que é que se passa?". Tentar...

P: Alertar as pessoas para isso?

R: Alerta-los para... para os problemas deles. Depois começam... também começam a fazer uma avaliação, conseguem ver se realmente... se calhar não estão tão bem como...

Masc114, 25 anos, ens. superior, enfermeiro, PBTEI, rural(in Alves, 2008)

R: Fui uma vez ao médico porque foi uma altura em que andava muito nervoso e fui. Aconselhado até pelos familiares e fui. (...)

Masc20, 46 anos, ens. superior, aux. educativo, PBE, rural(in Alves, 2008)

R: É difícil de dizer isso, há tanta coisa. E eu acho só que quem está dentro do assunto ou familiares que têm esses problemas é que conseguem dizer. "Temos que ir ali, temos que ir ali." Ou aconselhar-se com os próprios médicos.



Fem36, 36 anos, 3.º ciclo, cabeleireira, BD, rural (in Alves, 2008)

ii) Estudo efectuado numa amostra da comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa

No estudo efectuado numa amostra da comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa, apesar de não se terem questionado directamente sobre o cuidar perante a doença mental pelas famílias, este é um parâmetro enunciado no cuidar da doença em geral.

Neste estudo, como todas as pessoas entrevistadas viveram pelo menos até aos 17 anos de idade em Cabo Verde, quando lá viviam procuravam o médico em caso de doença, e iam às consultas no posto de saúde ou no hospital, mas, quase todas, com raras excepções, relatam episódios que ocorreram desde o nascimento até ao fim da adolescência, em que os tratamentos eram feitos em casa, os quais são conhecidos pelo nome de remédios de casa ou remédios de terra. A utilização de remédios caseiros como forma de prevenção (os chamados purgantes) para certas doenças foi essencialmente referida por indivíduos do grupo de elite. Na sua generalidade, porém, todos os indivíduos foram tratados, numa ou outra situação, com remédios caseiros para tratar doenças da infância e quase todos são de opinião que estes tratamentos são eficazes.

“Em minha casa éramos tratados entre a medicina tradicional, à base de ervas e óleos e a medicina convencional quando as coisas se complicavam... fazíamos purgante, laxante para limpar o aparelho intestinal e tomávamos óleo de fígado de bacalhau. Isto tudo em termos preventivos.” {Ent 8: M, MV, GE} (in Backstrom, 2006)

“A maior parte das doenças quem tratou foi a minha mãe em causa por causa da assistência. Tínhamos uma assistência muito deficitária. ...não são médicos mas safaram muitas situações porque não havia médico na altura!” {Ent 10: H, MV, GE}

“Havia tanta gente mais velha, que sabia de tanta palha de erva que curava, mas que já faleceu. Quase já não há remédio, palha de erva para fazer. A mãe já não sabe, a avó sabia mas já faleceu” {Ent 4: M, MJ, GE}

“O meu avô que já morreu com 96 anos, ele era do campo, tinha muitos conhecimentos acerca disso” {Ent 5: H, MJ, GE}



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

“É a força da tradição porque é assim, a minha avó fazia porque os pais dela sempre fizeram essas coisas. Sabe? Antigamente também não havia muitos médicos” {Ent 16: H, MJ, GE}

1.1.2. O domínio dos profissionais do dom e terapêuticas tradicionais

A natureza complexa da doença, bem como a constatação de que diferentes causas podem estar na sua origem, podem levar aqueles que cuidam a construir trajetórias de cura que integram diferentes “serviços” fazendo muitas vezes uso paralelo de diferentes tipos de respostas e tratamentos. Apesar de ambos os estudos se passarem numa população que vive em Portugal, uma sociedade ocidental semi-periférica (Santos, 1994), onde a medicina se impôs como racionalidade dominante para lidar com a doença, podemos constatar que ‘o mundo’ das feiticeiras, das bruxas, dos curandeiros, dos exorcistas, das mulheres de virtude não se extinguiu. “Ele faz parte dos mapas cognitivos que as pessoas utilizam para produzir sentidos sobre o mundo onde se movem, onde agem e onde interagem” (Alves, 2008:285).

1.1.2.1 – As mulheres de Virtude, Bruxas, Curandeiros e ‘remédios da terra’

Também neste domínio encontramos um posicionamento complexo e dual em ambos os estudos. O registo de clandestinidade e complementaridade deste tipo de agentes de cura em relação à racionalidade biomédica dominante é uma constante em ambos os estudos. Por outro lado, percebe-se que a concepção de pessoa encontrada em ambas as amostras é uma concepção holística do corpo e da alma. O indivíduo é visto como um todo, na sua vivência social e cultural, onde os elementos biológicos, psíquicos e emocionais estão assentes num referencial cultural e social que lhe dá a sua visão cosmológica. Muitas vezes essa percepção não coincide com a concepção biomédica, que separa corpo de psique. Ora as pessoas continuam a procurar respostas que respondam às necessidades da pessoa como um todo – corpo e alma ou espírito. Daqui resulta a



observação de que, muitas vezes, o que se procura no sistema oficial não é a mesma coisa do que se procura nas racionalidades médicas alternativas ou nos interlocutores tradicionais.

A literatura que aborda a medicina popular em Cabo Verde faculta-nos referências sobre o significado de remédio da terra. «... Para a população é a utilização de recursos naturais e culturais como plantas e minerais ou rituais de diagnóstico e cura, manipulados pelo curandeiro ou pela própria clientela na cura doméstica, segundo hábitos culturais próprios transmitidos através da tradição oral e utilizados não individualmente mas fazendo parte de um conjunto e quotidiano importante para a sobrevivência do grupo, o seu equilíbrio físico, espiritual e social» (Rodrigues, 1991). Entre a população cabo-verdiana é utilizado o conceito de remédio de terra e não o de medicina popular. O remédio está ligado à cura, e envolve tudo o que tenha a ver com a prevenção e diagnóstico da doença e da sua cura, desde os elementos utilizados para esse fim até aos agentes que fazem o diagnóstico e a cura.

i) Estudo efectuado em amostra de população geral residente na região Norte de Portugal

No estudo efectuado na região norte, encontrámos discursos que ao referir a procura de cuidados mágicos manifestam uma desconfiança muito baseada na falta de confirmação científica do seu saber e das suas competências. Apesar disso, encontrámos o ‘não recurso’ por nunca terem passado por situações de aflição que justifique ‘as voltas’, ficando em aberto a possibilidade futura em o fazer. Aliás esta referência à procura de cuidados mágicos para lidar com a doença mental já aparece no estudo de Amaro (2005), que se debruçou particularmente sobre a esquizofrenia.

R: Em principio sim, depois se visse... às vezes há esses casos que a pessoa vai ao médico, e toma isto, toma aquilo e não há soluções. E quando não há soluções a gente tem de pensar em tudo e mais alguma coisa, não é?

P: Se a senhora sentisse algum dia necessidade recorria a um destes...

R: Recorria.

P: ... a um destes médicos?

R: Se eu não tivesse...

P: Quer aos médicos, quer às senhoras?

R: Se não tivesse soluções no médico ia dar uma volta. Ai ia! Pois ia. Ia porque isso é terrível, só por quem passa.



Fem17, 43 anos, 1.º ciclo, reposic. charcutaria, OP, urbano(in Alves, 2008)

Por outro lado, encontramos nos discursos de quem já recorreu, sempre, um registo de clandestinidade. Muito poucos referem ir à bruxa como estratégia primeira ou exclusiva. O registo clandestino fica evidente quanto todas as pessoas que já recorreram referem omitir isso do seu médico assistente, ou de qualquer outro profissional que o acompanhe. Mas também omitem dos outros em geral, eventualmente partilhando ‘essa volta’ ou com quem a aconselhou ou com familiares próximos (não raras vezes nos perguntavam nas entrevistas se ‘esta parte está a gravar?’ quase num registo de confiança e segredo).

E: Mas também considera que era um caso de doença mental, ou não?

e: Eu acho que... eu acho que ele tinha crises! Ele tinha mulher e filhos. Ia para lá passar férias. Ele tinha, tinha crises. E depois ele dizia que via o pai. Mas eu não, não sei se esse não andava também para aí no bruxedo. É que antigamente, no porto, era só... Vinha muita gente de lá para aqui, para o bruxedo!

E: De Amarante?

e: Sim. E, se calhar, ainda vêm.

E: Mas pessoas que a senhora conhecia?

e: Havia para lá, havia lá uma, uma mulherzita... Está a gravar isto??

Fem16, 68 anos, 1.º ciclo, bancária, PBE, urbano(in Alves, 2008)

A complementaridade manifesta-se num recurso que faz uso dos vários sistemas de cuidados ao dispor – vai-se ao psicólogo ou ao psiquiatra e vai-se à bruxa. Esta relação de complementaridade, muitas vezes, traduz o fracasso do médico em tratar a doença ou o sofrimento, ou em dar uma explicação compreensível e satisfatória para a situação apresentada. Outras vezes significa que o que se procura num sistema e no outro são coisas diferentes – aqui propõe-se uma coligação. O médico trata do mau funcionamento do corpo; as mulheres de virtude têm uma visão integrada da situação como um todo e acima de tudo colocam essa situação no contexto onde existe e onde encontra as suas causas e a sua razão de ser. O médico inscreve a explicação da doença na identificação das suas causas e consequências biológicas individuais e na prescrição de um tratamento, por norma artificial, químico. As mulheres de virtude inscrevem a explicação do problema (seja doença, ou não) na identificação das suas causas e consequências não só individuais mas sobretudo sociais e culturais, e prescrevem uma intervenção que apesar de poder recorrer a mezinhas e ervas, também recorre a rezas ou à utilização de palavras e de acções que se centram no poder de influenciar não só



individualmente mas também socialmente. As palavras são poderosas sobretudo quando há reconhecimento e confiança no dom – permitem atingir os fins pretendidos. Mas todas estas constatações não são suficientes para entender o alcance e a complexidade deste domínio. Quase sempre as pessoas que dele falam fazem-no de uma forma breve e esquiva, não demonstrando querer aprofundar o tema e refugiando-se na falta de conhecimento sistemático ou de experiência, o que lembra o trabalho de Favret-Saada (1977)” (Alves, 2008:287) .

R: Olhe sabe o que costumo dizer "Deus deixou tudo no mundo.". Percebe? E as pessoas quando se vêm aflitas procuram tudo e mesmo tudo... e eu tudo o que procurei às vezes não adianta, mas não me admira nada as pessoas procurarem esse tipo de coisas.

P: Se a senhora precisasse também ????

R: Eu também era capaz de fazer isso. Porque, olhe, infelizmente na minha família eu perdi uma irmã com 22 anos e essa minha irmã em prazo de seis meses apareceu-lhe tudo e mais alguma coisa e acabou por morrer. E a minha mãe infelizmente correu tudo: hospital, Conde Ferreira... já estive no Conde Ferreira que lhe davam tipo uns ataques, que lhe começou a dar que não lhe dava nada. Uns ataques que ninguém lhe segurava, eram cinco e seis homens em volta dela, ela parecia um bicho, ela aleijava toda a gente, matava toda a gente se fosse preciso. E ela então por esses motivos o médico aconselhou-a a meter no Conde Ferreira. E ela esteve no Conde Ferreira. A minha mãe até voltas foi dar a estas mulheres que se diz que... pronto, pode ser mal ruim que ela tivesse. A minha mãe infelizmente, coitadinha, correu tudo, gastou dinheiro...

P: Como é que se chamam essas mulheres?

R: Quem é que são? São videntes. É. A minha mãe infelizmente correu isso tudo e não adiantou nada que a minha irmã acabou por falecer. Tantas vezes lhe deu essas coisas que uma vez deu-lhe e ela ficou mesmo... E, pronto. Então, lá está, eu na pele da minha mãe fazia o mesmo. Mas infelizmente a minha mãe num... E a uma ela dizia que tinha isto, e a outra a outra dizia que tinha aquilo...

Fem17, 43 anos, 1.º ciclo, reposic. charcutaria, OP, urbano(in Alves, 2008)

ii) Estudo efectuado numa amostra da comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa

À semelhança do estudo efectuado na região Norte, no estudo efectuado junto de uma comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa, são poucos os que declaram acreditar nos tratamentos feitos por curandeiros, ou ainda pelos chamados ‘curiosos’. No entanto, não deixam de admitir a existência desta prática, embora considerem que já não se encontra com tanta frequência como antigamente. Aqueles que reconhecem já ter usado essas terapias, no passado, pertencem maioritariamente ao grupo de elite da amostra. A procura destes terapeutas não médicos é, muitas vezes, justificada pela ausência de médicos próximos das áreas onde as pessoas se encontravam quando viviam em Cabo



Verde. Tudo leva a crer que estes processos terapêuticos fazem parte de um conjunto de factores culturais provenientes do país de origem e se manifestam através das histórias e das memórias descritivas (Bäckström, 2006). Neste estudo, as escolhas terapêuticas definem itinerários entre os vários recursos disponíveis na comunidade. Enquanto esta população em Cabo Verde se servia com maior frequência dos vários recursos terapêuticos, aqui em Portugal afirmam procurar predominantemente o recurso ao Serviço Nacional de Saúde. O não fornecimento de uma explicação satisfatória por parte deste, ou um resultado pouco eficaz do tratamento da doença, podem vir a originar ou a já ter originado anteriormente a causa da ida do doente a um ‘curioso’ ou curandeiro, o que acontecia, no entanto, predominantemente em Cabo Verde. Ilustrativo a este respeito é o caso do senhor que relata:

“Quando o médico disse que não tinha solução eu tive de recorrer à cura tradicional, tinha 40 anos, fui a um senhor de S. Nicolau que deixou vários discípulos que tratam os ossos. Fazem um tratamento com água do mar aquecida e vinagre e fazem massagens na perna”

{Ent 11:H, MV, GE} (Backstrom, data?)

Verificou-se uma particularidade ao nível da análise por gerações, quando se questionou se, das vezes em que fizeram tratamentos alternativos, para tratar de um problema que também estava a ser acompanhado pelo médico, este teve conhecimento disso. Cinco dos entrevistados “mais velhos”, afirmam que não lhe disseram nada sobre este assunto, porque pensam que poderia ser mal aceite pelos médicos. Outros dizem que acreditam que pode fazer mal misturar os dois tipos de medicação e por isso seguem as diferentes terapias de modo alternado:

“...Ele não me perguntou. Eu não senti que o que o curandeiro me mandou fazer interferia com os tratamentos. Acho que é medicina complementar e que nenhuma substitui a outra, estou em crer que não é assim” {Ent 28: M, MV, GE}

“Não vou dizer isso ao médico. Pode ser um choque, naquela altura seria um escândalo”

{Ent 12: H, MV, GE}

“Não, não disse ao médico. No meu caso procurei evitar dizer ao médico que tínhamos recorrido ao curioso. Porque já se sabia que talvez o médico não gostasse muito; os médicos não vêm com bons olhos esses curiosos” {Ent 11: H, MV, GE}



No entanto, houve um caso em que um jovem entrevistado afirmou que foi o próprio médico que lhe disse para tomar remédios tradicionais:

“Então foi assim... fui fazer uma análise desta parte do estômago, o médico disse para mim que já estava a passar com parte de estômago assim... eu não sei como é que dizem da parte do médico. Então eles passaram-me medicamento mas medicamento tradicional, não... Sim, foi o médico. Disse é melhor deixar de tomar remédio de clínica e tomar remédio de tradição. Não sei, passou a receita à minha mãe... já estava a tomar já muito remédio, tem que ser o alho. Então todos os dias antes de tomar pequeno-almoço, almoço e jantar... tinha uma cabeça de alho para comer.” {Ent 32:H, MJ, GP}

Apesar de recorrer ao médico frequentemente, sobretudo como um dos primeiros passos na resolução de um problema de saúde, as pessoas podem, ao mesmo tempo ou sequencialmente, recorrer aos especialistas da medicina tradicional como são o caso dos curiosos, espertos ou endireitas, ou, ainda, a outro tipo de pessoas com capacidade para lidar com o problema que os aflige, não esquecendo as orações e promessas

“Havia um endireita que era o nosso ortopedista. Desempenhava um papel fundamental porque lá em São Nicolau não havia ortopedista” {Ent 24:H, MJ, GE}

“Pois, eu também fiz uma vez uma promessa...Foi... O meu pai estava altamente doente e fiz uma promessa, que infelizmente não serviu de nada. Nessas situações uma pessoa usa tudo...acredite minimamente ou não” {Ent 6:H, MV, GE}

Em Cabo Verde, a medicina popular é apelidada de “remédio da terra” e nas entrevistas efectuadas neste estudo, encontramos várias expressões para este termo: no caso dos remédios, temos termos como uma palha, ervas, medicina tradicional, medicamento da terra, produtos de ervanária, remédios naturais ou ainda remédios de casa; no caso dos terapeutas, encontramos esperta, pessoa tradicional, farmacêutico, curandeiro, parteira e curioso. É nos discursos sobre o passado que as pessoas referem ter recorrido a pessoas com conhecimentos sobre tratamentos tradicionais, semelhantes aos dos tratamentos caseiros, depois de terem tentado a medicina convencional.



No presente, quase ninguém refere que se continua a tratar desta mesma forma, dado que, segundo dizem, não encontram em Portugal os produtos requeridos, (plantas e ervas ou palhas usadas para fazer os chás e banhos, xaropes, óleos), apesar de se manter o hábito de utilização de infusões caseiras, recorrendo aos produtos de ervanária de forma frequente. A geração mais velha refere ter recorrido mais a este tipo de tratamentos e é detentora de um “capital” de conhecimentos que os faz ainda utilizar remédios semelhantes, mandando vir os produtos de Cabo Verde, ou procurando nas ervanárias determinados chás e plantas que são idênticos aos que eram lá usados. Muitos dizem que não existem aqui muitos desses remédios devido ao clima e à vegetação, e que nessas situações procuram as alternativas e recursos existentes e de uso “corrente” no seio da comunidade onde vivem actualmente em Portugal.

“Tomo imensos chás, mandava vir as ervas, a minha irmã quando vai traz-me coisas, folhas de abacate “{Ent 28: M, MV, GE}

“Eu já fui aos ervanários comprar alho, chás de ervas. Aqueles chás, aqueles banhos de eucalipto, que eles fazem, ainda agora eu faço estas coisas. “{Ent 12:H, MV, GE}

“Às vezes, se eu tiver muita frieza, bebo muito chá. Vou à ervanária. Tomo chá de pau de arco, dizem que é bom para certos males e então faço de vez em quando. Tomo chá de pau de arco, chá de louro para a dor de barriga e uso óleo de eucalipto para as dores”
{Ent 35:M, MJ, GE}

Tudo leva a crer que estes processos terapêuticos que fazem parte de um conjunto de factores culturais provenientes do país de origem se manifestam ainda, pelo menos ao nível das histórias e das memórias descritivas, no conjunto das práticas da maioria dos indivíduos entrevistados. É unânime a opinião de que os remédios da terra existem, são utilizados e fazem bem, mas distinguem-nos das restantes práticas terapêuticas, tais como as dirigidas por ‘curiosos’, curandeiros, feiticeiros ou bruxas, cuja existência e utilização já não são tão aceites explicitamente.

Em Cabo-Verde mais do que distinguem as terapias médicas das não médicas, as pessoas distinguem os tipos de doenças que são tratadas no médico das outras doenças tratadas pela medicina tradicional. Os indivíduos separam as patologias em dois tipos,



em certos casos recorrendo aos médicos, e nos outros casos de doenças que não são consideradas de médico, procurando o tratamento através de outros terapeutas, o que já havia sido encontrado por Mateus (1998).

Rodrigues (1991) considera que a diferenciação feita entre “doença-da-terra” e “doença-da-farmácia” é mais importante em Cabo Verde do que uma diferenciação entre “doenças do corpo” e “doenças do espírito”. Um exemplo de sinais de causas orgânicas é, por exemplo, um problema dos nervos. Em Cabo Verde distingue-se doença material e doença espiritual. Os cuidados que as pessoas têm com a saúde relacionam-se com o acatamento e desafio às normas. Por exemplo, uma “imprudência” é o não cumprimento de normas e cuidados de saúde, que poderão levar a uma doença. Nestas situações os tabus servem para controlar e respeitar essas normas.

“As pessoas diziam que eu tinha um espírito mau no meu lado e que estava com doença espiritual, mas eu não acreditava. Diziam que tinha de procurar um mestre, feiticeiro ou curandeiro, isto porque eu queria ser bailarino e as pessoas diziam que eu estava maluco há muito tempo. Até eu já estava com dúvida” {Ent 32:H, MJ, GP}

“A minha mãe foi comigo a um curandeiro quando eu tinha 3 anos e ele deu-me um remédio contra bruxa e fiquei melhor. Também já vi isto com outra pessoa e se calhar há bruxaria. Foi uma colega minha da quarta classe que morreu e uma senhora disse que foi ela que matou a menina, diziam que ela era bruxa” {Ent 16: H, MJ, GE}

Em Cabo Verde existe outra expressão semelhante a “fazer uma imprudência” que é “pôr a doença com sua mão” ou seja a doença é causada por actos do próprio indivíduo que contraria os cuidados necessários para “poupar a vida”. Augé e Herzlich (2000) afirmam que nada distingue fundamentalmente os sistemas africanos dos outros, opondo-se às análises de um outro antropólogo, Foster (in Auge e Herzlich, 2000), que diz que em África toda a doença é atribuída à acção de um agente externo, que tanto pode ser o homem como Deus. No caso concreto do grupo estudado, tal como em qualquer sociedade, é uma multiplicidade de dimensões, de posições de força, de situações sociais que estão em questão. A doença constitui uma “forma elementar do acontecimento” no sentido em que as suas manifestações biológicas se inscrevem no corpo do indivíduo, mas fazem parte de uma interpretação social (Bäckström, 2006).



Encontrámos na nossa análise um número reduzido de testemunhos de pessoas cabo-verdianas que recorreram aos curandeiros em Portugal, relatados por indivíduos mais velhos, mas cujos problemas não estavam relacionados com a doença mental.

No caso das doenças mentais, do foro psicológico, esquizofrenias e alucinações, as pessoas pensam que se trata de um espírito de um familiar já falecido que anda a provocar a doença. São chamadas de doença espiritual e não mental, associadas a bruxarias e feitiçarias. Considera-se que estas “doenças” só podem ser tratadas pelos (mestres) curandeiros:

“Os curandeiros servem, no entender da comunidade cabo-verdiana para resolver problemas mais de nível psicológico ou espiritual do que propriamente físicos”

{Ent 5: H, MJ, GE}

1.1.3 O domínio dos recursos situados na própria pessoa

No estudo efectuado na Região Norte, distinguimos um domínio de recursos situados na própria pessoa que se referem à sua capacidade e força anímica, à personalidade positiva, à vontade e também às competências. Este domínio, para além de ser, em parte, feito de sabedoria popular, ele é sobretudo uma atitude de auto assumir a competência para responder ao problema em que o próprio protagoniza a liderança da sua própria vida (enquanto ser consciente, capaz de analisar a sua situação e decidir – o que contrapõe a falta de consciência, a incapacidade em analisar e raciocinar e decidir, características atribuídas às pessoas com doenças mentais graves). “O surgimento de doença mental é associado com a falta de força interior e com a incapacidade para não se deixar dominar pela doença” (Alves, 2008: 291).

A força interior e a vontade constituem-se em recursos que afastam a doença e permitem ter uma vida normal. O papel principal cabe à própria pessoa, é nela própria que reside a cura, por oposição aos medicamentos e aos médicos. Os psiquiatras ou psicólogos podem ajudar, mas é a pessoa que trava a luta com a doença negando-se-lhe e impedindo-a de entrar (Alves, 2008).



P: Mas que coisas é que lhe contam?

R: (...) Como é que eu lhe hei-de explicar aquilo que eu penso? É um psicólogo... Pronto, há psicólogos no Magalhães Lemos, que eu sei, que fazem aquelas consultas, depois receitam aqueles medicamentos e depois a pessoa anda ali (faz ruídos, geme), como eu conheço amigas minhas, que têm esses problemas. Se deixam de tomar isso... Arrebitam quando andam, e depois voltam a recair. E acho que tem que se... É assim, acho que a pessoa tem que ter força de vontade por ela própria. E está tudo dito! Eu, pronto (...)

Fem1, 40 anos, ens. secundário, assist. administrativa, PBE, urbano(in Alves, 2008)

R: Se não houvesse outro remédio!

P: Outro? Qual seria o outro remédio que podia haver?

R: Outro remédio... Digamos, se eu não conseguisse engranar novamente numa vida estável, recorria... Mas o papel principal é da pessoa! Se a pessoa não estiver mentalmente capacitada e não conseguir, tem que pedir ajuda, não é. Não é mal nenhum pedir ajuda. Mas se ele conseguir sozinho, melhor!

Masc66, 35 anos, ens. superior, prof. ed. física, PBIC, rural(in Alves, 2008)

No estudo efectuado em uma comunidade de imigrantes cabo-verdianos também se refere a força interior.

“Muito bem! No aspecto da saúde, da intervenção, do outro lado da minha vida emocional, não me posso queixar, para mim basta, para que viva bastante bem. Sinto que vivo com bem-estar, feliz. E bem-estar começa comigo, com o meu interior.”

{ENT 28: M, MV, GE}

1.1.4 – O domínio da fé, da religião e a influência

A capacidade de influência tal como Nathan (1994) denominou, é um dos recursos que atravessa os sistemas de cuidados (desde os profissionais oficiais aos profissionais do dom, passando pela personalidade da própria pessoa).

- i) Estudo efectuado em amostra de população geral residente na região Norte de Portugal

Os discursos trazem-nos para a discussão sobre a doença mental a capacidade de influência que denominam por ‘efeito psicológico positivo e negativo’.



O ‘efeito psicológico positivo’ designa aquelas acções que desencadeiam resultados positivos no sentido de ultrapassar sofrimentos mentais ou físicos, como sejam doenças, nervos, cismas, etc.

O ‘efeito psicológico negativo’ no sentido em que essas capacidades ou poderes para influenciar se possam traduzir em efeitos de acção negativos, podendo criar sofrimentos ou doenças.

Admite-se a hipótese do ‘efeito’ psicológico, mental, de determinadas estratégias/acções na solução de determinados problemas. Não lhes podendo atribuir uma relação causa/efeito no sentido em que a ciência o faz, o que se verifica é que elas produzem resultados. O ‘efeito’ dessas acções ou estratégias é relacionado com o seu sucesso que aparece justificado por algumas pessoas como podendo ser ‘apenas psicológico’. O ‘efeito’ dessas acções também aparece relacionado com o poder desses instrumentos mediadores dessas acções que podem ser ‘conversas’, chás, rituais, etc.

Neste caso, do ‘efeito psicológico positivo’, “as falas das pessoas permitem evidenciar que se trata de um processo interior a cada pessoa, mas que é despoletado por algo que vem do exterior – uma acção geralmente introduzida ou provocada por um mediador. Geralmente trata-se de: a) – acções mediadas por um objecto que substitui, fornece, altera – fruto, chá, etc.; b) – acções mediadas por outra mente, por alguém com poder mental capaz de ‘tirar a minha ideia e pôr lá a dele’ – agentes diversificados (com formação e sem formação – as pessoas falam em psicólogos, padres, pessoas com dons, Deus, amigos, vizinhos, etc.)” (Alves, 2008:294,295).

(...) Isso é quase como a religião. Eu sei lá, no Reino de Deus, as pessoas vão lá e curam-se. Curam-se? Curam-se, com quê? Ele a olhar para elas? Não cura!

P: Pois... o que é que as pessoas...?

R: Então vão doentes e não saem doentes na mesma? Sem tomar nada? A gente cá fora, tem que tomar. E lá, olham para a pessoa: "Você está boa!" Não está nada. A cabeça é que manda, é que comanda o corpo. O padre, é capaz de ser um bom psicólogo: "Cuidado, você está bom! Você..." E, pronto, a pessoa sai para fora... E está bom! Mas, não está nada, mas...! (...)

Masc5, 38 anos, 2.º ciclo, pintor automóveis, OI, urbano (in Alves, 2008)

(...) Agora, claro que há pessoas que vão ao psiquiatra, ou ao psicólogo, e não faz nada. E que vão a outro tipo de pessoas e, falando com ela, ou seja lá o que for, conseguem mudar a sua forma de pensar, pronto, tudo bem! Mas, não acredito nos dons propriamente daquelas pessoas! (risos) Isso não acredito. Agora, acredito que às vezes é preferível falar com uma pessoa que nem sequer tem uma formação médica, não é, do que falar com um psiquiatra ou com um psicólogo.



(...) [expõe um caso da irmã].

(...) Portanto, acho que tem a ver com a maneira de ser da pessoa, a forma de estar da pessoa, a confiança que consegue transmitir. E ela, de facto: "Não me ajuda nada ir ao psiquiatra, mas de falar consigo, de facto, saio muito mais serena e muito mais confiante"

Portanto, se houver uma pessoa que tem esse dom, de, de facto, conseguir compreender e ouvir bem as pessoas e dizer o que as pessoas precisam, tudo bem. Mas de resto, não acredito em mais nada. (...).

Fem14, 44 anos, ens. superior, eng. civil/professor, PBIC, urbano(in Alves, 2008)

No estudo efectuado na região norte, a referência ao efeito psicológico ou mental negativo, enquanto condicionante do aparecimento de problemas como sejam as doenças, mal-estar/angustia ou contribuindo para o seu agravamento, também aparece nas narrativas de doença.

" (...) Olhe, eu sou muito cismada. Eu aflijo-me. Tomo conta ... Tenho uma neta que estuda em Viseu na Universidade. Ela vai, e já me lembro: "ai Jesus e se ela morre." O meu filho chega à noite. Ainda à noite não tinha vindo: "ai meu Deus do céu!" ... Sou muito cismada e eu acho que isso influencia muito a minha saúde (...)"

Fem32, 66 anos, ler/escrever, agricultora, PBAP, rural(in Alves, 2008)

Nas narrativas sobre os sentidos, significados e intervenção no caso de doença em geral e de doença mental em particular, encontrámos a referencia aos espíritos enquanto campo permeado pela classificação ora de doença mental ou do espírito ora enquanto 'coisas de natureza distinta' que não entram na classificação de doença seja ela mental ou não, nem se compadece com os instrumentos da medicina, mas sim com outras racionalidades do campo da magia, da religião e da fé.

ii) Estudo efectuado a amostra de comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa

A referência à influência e ao poder mental positivo e negativo também se encontrou no estudo em Lisboa com a comunidade cabo-verdiana.

"Sim, no dia á dia com a força espiritual consigo ultrapassar pequenas barreiras... aquelas mais graves, sabemos que temos que procurar ajuda, ir ao hospital. Há doenças que as pessoas sentem e vão ao hospital mas que se



tiverem forças espiritual, mental conseguem ultrapassar sem ir ao médico.”

{ENT 33: H, MJ, GP}

Outros relatos que surgem no seio do grupo de elite, associam a doença à atitude individual, ao estado de espírito de cada um e à noção de equilíbrio.

“A doença é...Tem a ver com o estado de espírito, com o estado e com a atitude da vida que levamos, não é? Quando a pessoa não está bem, obviamente que vai reflectir na saúde, e obviamente que pode suportar bem. Eu penso que sim, que é essencial, é primordial. Eu acho que é fundamental estarmos com a mente sã. ...equilibrado. Ter calma...”

{Ent 7: H, MJ, GE}

“No aspecto alimentar, no aspecto de higiene e também na saúde mental que também é essencial não é? Eu tenho a minha cabecinha limpa, eu sou uma pessoa que... não me preocupo com a vida dos outros, eu preocupo-me é comigo, é por ser feliz e tentar ajudar os outros, é esse o meu lema. Para já ocupo o meu tempo, tenho essa alimentação que não abuso não é, não fumo porque dizem que o cigarro faz mal, as bebidas alcoólicas fazem mal”

{Ent 17:M, MV, GE}

Entre os entrevistados oriundos de Cabo Verde, existem pessoas cujos percursos pessoais, profissionais e familiares estão ligados à igreja, sendo a fé inerente às suas práticas quotidianas, incluindo, obviamente, a saúde e a doença:

“Se ficar doente, que é algo físico, vou ao hospital, mas também se for algo muito grave, mesmo que não for, se pedimos, eu sei, tenho a minha fé, se fazemos uma oração ajuda a combater a doença. Saúde não é só física mas algo mais importante que é a saúde espiritual, ligado a Deus. Vou à igreja, mas mais importante é na prática, no dia a dia, o nosso comportamento com o próximo... Posso dizer que combati a doença pela minha fé e, pela fé dos meus familiares, da minha mãe lá de longe e sobretudo Deus... porque se fosse só pela medicina não conseguia, hoje podia estar morto, não tinham condições... Eu tenho certeza que se fosse pela mão de Deus, eu não curava. Nessa altura não sabia o que era rezar... Eu tinha a minha fé, sempre acreditei que tinha uma força superior que nos iluminava ou que nos guiasse...A oração e a fé ajudam a combater a doença... Há casos que são tratados com coisas naturais, tipo febre, gripes, podem ser tratados com grogue, plantas. Tratamento natural só se for para doenças ligeiras” {Ent 33:H, MJ, GP}



“Recorro muito à fé, sou pastor evangélico. Oramos e pedimos, eu acredito que Deus faz milagres” {Ent 11:H, MV, GE}

Em Cabo Verde, sobretudo na ilha de São Vicente, fala-se do chamado espiritismo relacionado com o racionalismo cristão, que é predominante no seio da elite intelectual (Vasconcelos, 2001). Recolhemos alguns testemunhos sobre este fenómeno por parte dos entrevistados que referiram que as práticas de espiritismo estavam particularmente relacionadas com problemas do foro psíquico:

“Em saúde, há uma coisa muito curiosa em Cabo Verde. Pratica-se muito o espiritismo e nos meus tempos de criança eram os espíritos que aconselhavam determinadas práticas consideradas boas para a saúde. Por exemplo: sauna, banhos de sol, banhos de água fria. Pratiquei a sauna, o banho turco e os banhos de sol. ...Não acredito muito em bruxarias e feitiçarias, não acredito muito que isso geralmente aconteça como disse é que a prática do espiritismo é que é muito generalizada e fala-se de curas conseguidas na prática do espiritismo...aí já acredito mais e fala-se de curas graças a sessões espíritas, quando se trata de coisas do foro psicológico... Conheci um ou dois casos que conseguiram a sua saúde mental, na afinação dos próprios, graças a sessões espíritas. Só frequentei uma vez, depois de...estava aqui a ver...inclusive houve uma altura que fui a Cabo Verde e ia com o propósito de fazer um estudo sobre práticas espíritas com um espírito científico, ia determinado a fazer isso só que quando cheguei a Cabo Verde tive a informação de que a PIDE tinha proibido o espiritismo em Cabo Verde. Isso foi...nos princípios dos anos 70. Porque eles andavam muito desconfiados daquela multidão toda junta, não podia ser só por razões espirituais, tinha também a ver com a política” {Ent 6:H, MV, GE}

“Não é mau-olhado, é um espírito que...um espírito reencarnado, de alguém que já morreu está... um ou vários. Existe muita magia negra em Cabo Verde.... Alguém que foi ao mágico...Por exemplo, pessoas que estão doentes, geralmente são doenças mentais, não é, do foro psiquiátrico, por exemplo uma pessoa esquizofrénica, está a ter alucinações e o que é que acham, é que por exemplo um tio ou um elemento da família que já faleceu é que anda... é o espírito dessa pessoa que anda a provocar a doença nesse...as pessoas que não são espíritas também acreditam nisso e acham que é um espírito ou é um mau-olhado e recorrem à magia negra. É muito comum quando uma pessoa quer vingar-se de outra ir a um feiticeiro, a um bruxo, para fazer magia negra à outra pessoa. Geralmente o tratamento de alguém que foi vítima de magia negra é nas sessões, vão para as sessões tirar o espírito. Eu acreditava muito no espiritismo, na encarnação, reencarnação....O meu pai é de uma religião que é o racionalismo cristão, trabalha nesta igreja e ele acredita que as doenças psiquiátricas, a epilepsia, as ilusões e as manias são tratados nas sessões espíritas. Eu fui educado no racionalismo Cristão, no espiritismo, onde dá-se muito valor à moral, e eu até aos 18 anos, acreditava muito no racionalismo cristão. Ia sempre às



sessões, 2ª, 4ª, e 6ª, estudava os livros todos, se calhar foi por isso que interessei-me pelas neurociências e eu acreditava muito no espiritismo. Espíritos sim, acreditava, na encarnação e reencarnação...Até agora tem sido uma grande confusão na minha cabeça. Eu não consigo separar o que é sessão, o que é medicina. O exemplo que eu dou é uma pessoa esquizofrénica que no regime cristão está possuído por espíritos, que causam distúrbios no comportamento, no pensamento... e na medicina a esquizofrenia é uma doença muito... é caracterizável, tem o seus sinais, os seus sintomas tem o seu tratamento. Eu não consigo fazer minimamente o paralelismo entre as 2 coisas. Acho que não tem nada a ver uma coisa com a outra.” {Ent 24:H, MJ, GE}

“Já fui assistir a sessões espíritas em Cabo Verde. É muito comum cada vez mais, mas é um tipo de sessões que cada vez mais se chamam sessões de limpeza psíquica” {Ent 28:M, MV, GE}

De acordo com Sousa Peixeira, para além da devoção a Deus, aos Santos, a Nossa Senhora de Fátima e das promessas, existem à mistura, outros objectos de crença e que representam parte da vida e da visão do mundo africano e rural, algures entre a fé e a razão. O Diabo, as bruxas, as feiticeiras, são algumas das personagens que povoam o imaginário e o quotidiano de ambas as nossas amostras e que explicam alguns dos fenómenos que acontecem na vida das pessoas (Peixeira, 2003).

Discussão

A pesquisa verifica que as racionalidades leigas contemporâneas no Ocidente continuam a incorporar formas de conhecimento (com as suas classificações, representações, saberes), provenientes de vários campos, onde se inclui a ciência a par da religião, da moral, da magia, da natureza, enfim, da cultura (Jodelet, 1995; Alves, 2008). “O conhecimento de que se servem os agentes sociais na interacção não corresponde em absoluto à hegemonia do poder/saber médico, sendo um conhecimento de tipo diferente do da ciência moderna. Nas sociedades contemporâneas existem outras racionalidades para além da científica. Elas povoam o mundo da vida, onde as necessidades de produzir sentidos exigem modelos bem mais próximos dos universos simbólicos culturais locais” (Alves, 2008: 307).

O sistema de cuidados (para lidar com a doença mental), caracteriza-se pela sua pluralidade, tal como (Kleinman, 1984) já tinha encontrado: sistema profissional (da



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

ciência ocidental), leigo (popular) e alternativo (que inclui o complementar e o tradicional).

Em ambos os estudos encontramos vários tipos de terapêuticas e serviços a que as pessoas recorrem articulando de forma complexa o recurso quer ao sistema médico oficial (público e privado), quer ao popular (as pessoas que tratam porque têm um dom de curar, de comunicar com os espíritos, à natureza, religião).

Um dos indicadores de integração cultural das minorias, no campo da saúde, bem como do grau de medicalização, é o uso de remédios tradicionais, ervas e a utilização de tratamentos ocidentais (William e Calnan, 1996). Verifica-se, na prática, a participação num sistema dual de cuidados de saúde, em que são utilizadas as duas formas de tratamento. Parece correcto afirmar que os mais velhos continuam a adoptar práticas tradicionais, enquanto os mais novos rejeitam parcialmente esta tradição. A mudança intergeracional é comum no caso dos filhos dos imigrantes submetidos a um processo de “aculturação da medicalização”, enquanto aspecto de adopção geral de crenças, práticas e estilos de vida da cultura “dominante”.

É no espaço de impotência e incompetência da medicina “sábua” que se alastraram as medicinas paralelas (Loux, 1983). O que caracteriza a medicina tradicional e popular, para além do contacto e da proximidade física daquele que trata num quadro familiar e o aspecto globalizante da percepção da doença e da terapia, é sobretudo a relação estreita da questão do “como” etiológico e terapêutico com uma “interrogação sobre o porquê” reportado à subjectividade do doente (Laplantine, 1992).

Para lidar com o sofrimento mental, é a escuta comprometida que as pessoas preferem. A conversa, a compreensão e o aconselhamento, a orientação na resolução dos problemas, são as estratégias mais valorizadas, em particular, para as doenças menos graves. A conversa com profissionais (ou não) ajuda a própria pessoa a resolver os seus problemas e a lidar com o seu sofrimento, mobilizando os seus próprios recursos. Ao fazê-lo, entende-se que a pessoa está a resolver os seus problemas sozinha (recorrendo à tal atitude positiva e força de vontade) (Alves, 2008).

No estudo efectuado na região Norte, nos diversos profissionais valoriza-se a competência relacional e afectiva. Valoriza-se a competência para influenciar e ajudar a



organizar a doença ou o sofrimento, para encontrar um sentido e sobretudo para orientar, tal como Nathan (1994) referiu.

A família é considerada o recurso mais decisivo (mais natural também) para favorecer uma trajetória menos negativa da doença e da cura, naqueles casos em que esta é equacionada. Cabe à família detectar os sinais e encaminhar para procurar ajuda, tratamento e orientação. Nas famílias cabe às mães a responsabilidade pelas trajetórias terapêuticas dos seus familiares, o que tem sido documentado por vários estudos nacionais e internacionais (M. Segalen, 1981; G. Cresson, 1995; B. Nunes 1997; Alves, 1998; Silva, 2008, entre outros), e o estudo efectuado na região norte reforça para o campo do sofrimento mental, em geral, e para a doença mental, em particular (Alves, 2008).

Os profissionais do dom, ou campo da magia no dizer de Bourdieu (1999), enquanto recursos de que se fala num registo de confiança e a quem se recorre num registo de clandestinidade, face ao campo oficial, e num uso complementar desse campo. Muito poucos referem ir à bruxa como estratégia primeira ou exclusiva. O que, sem dúvida, reforça a noção de poder que o sistema oficial de cuidados tem junto da população e também o que a racionalidade científica tem na disciplina e no controlo social (do discurso público) (Alves, 2008). “A sua existência enquanto campo de produção de sentidos sobre o fenómeno mental, atesta a sua importância e ao mesmo tempo coloca um desafio poderoso ao campo das ciências sociais, nomeadamente, à sociologia – cabe-lhes compreender porque é que este campo persiste nas sociedades ocidentais modernas, capitalistas, complexas. Qual é a sua configuração moderna? Na perspectiva de Geneviève Cresson (1995) e Marcel Drulhe (1996), a magia e a religião característica das medicinas antigas coexistem em todas as culturas e têm-se mantido até aos nossos dias, apesar do fenómeno da medicalização (Illich, 1975 Conrad, 1992) das sociedades ocidentais aparentemente dominar o território de produção de sentidos sobre a saúde e a doença” (Alves, 2008:334).

No estudo efectuado na região norte, os que acreditam apresentam práticas muito ligadas a rituais quotidianos de sorte e azar, falam do mau-olhado, das influências das invejas, etc. São os que recorrem frequentemente à mulher de virtude para falar de acontecimentos, para os interpretar e para avaliar acções, etc. Os cépticos declarados afirmam que a magia é uma crença, algo que não se pode provar e referem nunca ter



recorrido, nem conhecerem nada sobre o assunto. A escolaridade parece explicar esta posição declarada, que remete para os discursos dos mais escolarizados da amostra, muito mais próximos da racionalidade científica moderna e do seu projecto.

“A relação de complementaridade observada quer nos que acreditam quer nos que acreditam mais ou menos (half belief), muitas vezes, traduz o fracasso do médico em tratar a doença ou o sofrimento, ou em dar uma explicação compreensível e satisfatória para a situação apresentada. Outras vezes significa que o que se procura num sistema e no outro são coisas diferentes – é a situação de ‘coligação’ (...). O médico trata do mau funcionamento do corpo; as mulheres de virtude têm uma visão integrada da situação como um todo e acima de tudo colocam essa situação no contexto onde existe e onde encontra as suas causas e a sua razão de ser. O médico inscreve a explicação da doença na identificação das suas causas e consequências individuais e prescreve um tratamento, por norma artificial, químico. As mulheres de virtude inscrevem a explicação do problema (seja doença, ou não) na identificação das suas causas e consequências não só individuais mas sobretudo sociais e culturais, e prescrevem uma intervenção que apesar de poder recorrer a mezinhas e ervas, também recorre a rezas ou à utilização de palavras e de acções que se centram no poder de influenciar não só individualmente mas também socialmente” (Alves, 2008:335, 336).

As observações que o estudo da região norte nos permite efectuar não são suficientes para entender cabalmente o alcance e a complexidade deste campo. Quase sempre as pessoas que dele falam fazem-no de uma forma breve e esquiva, não demonstrando querer aprofundar o tema e refugiando-se na falta de conhecimento sistemático ou de experiência, o que lembra o trabalho de Favret-Saada, (1977). Não encontramos, neste campo, regularidades distintivas entre rural e urbano para que outros estudos sobre a realidade portuguesa apelam (Carvalho, 2004). Os discursos sobre o campo da magia acontecem tanto em espaço rural como em urbano.

Em relação ao estudo com imigrantes, a hipótese central era a de que a saúde se inscrevia num quadro particular onde interfere o carácter cultural da pertença étnica. No entanto, a saúde pode variar consoante os alvos e os contextos de comparação social e económica. Confirma-se assim o que diz Peixeira (Peixeira LM. Sousa., 2003), quando refere que na cultura cabo-verdiana, ou cultura crioula, as divergências encontradas são mais o resultado das diferenças socioeconómicas do que das diferenças étnicas. Existem



dois processos culturais que determinam a relação com a saúde e a doença, um processo de cultura "terapêutica", ou seja, um conjunto de aprendizagens e experiências de saúde e de doença provenientes da cultura de origem, e um de cultura de "grupo" ou de "classe". Os indivíduos ao imigrarem transportam estes dois processos na sua "bagagem".

A maioria dos estudos sobre os imigrantes, em geral, e sobre a saúde dos imigrantes, em particular, ignora as diferenças socioeconômicas, realçando quase sempre as diferenças de tipo étnico-racial. No entanto, alguns investigadores já concluíram que as disparidades étnicas no estado de saúde são por vezes eliminadas e sempre substancialmente reduzidas quando ajustadas para o *status* socioeconômico.

A doença não é vista como um processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e da experiência subjectiva de aflição. A experiência da doença é construída através dos eventos ocorridos no processo terapêutico e da interpretação destes eventos.

A construção cultural de saúde e doença entre as duas comunidades analisadas não é muito distinta no que se refere às representações de saúde e doença, e às práticas de cura. Os processos que fazem parte da relação saúde-cultura entre os cabo-verdianos imigrantes são da mesma natureza dos que operam na nossa sociedade, apesar de existirem pequenas diferenças tanto nas teorias etiológicas quanto nos procedimentos terapêuticos.

A definição de uma única cultura para todos os indivíduos que partilham uma mesma origem (ancestral ou não) e um conjunto de elementos de uma mesma cultura específica, parece ser uma generalização abusiva. A cultura é transversal às condições socioeconômicas e os membros desta comunidade partilham e integram elementos identitários com origem em Cabo Verde. No entanto, as culturas não são estáticas e são moldadas pela envolvência social, pelos processos de formação e pelo acesso à informação.

Pessoas do mesmo grupo étnico, embora de classes sociais diferentes, partilham do sentimento de "nós", mas não dos mesmos comportamentos, das mesmas práticas. O contrário também é verdade, ou seja, pessoas da mesma classe social, mas de grupos étnicos diferentes, partilham de semelhanças de comportamento, mas não do sentido de "nós". Este é um dos factores que dota os Cabo-Verdianos em Portugal de alguma



especificidade, face aos outros grupos étnicos. Esta população encontra-se polarizada em grupos sociais distintos, o que se manifesta em modos diferentes de tradução da identidade cabo-verdiana.

A cultura “étnica” tem sido evocada como sendo o factor mais importante para determinar as diferenças de saúde e de doença, assumindo-se que ela tem um impacto na saúde dos imigrantes e minorias étnicas. Esta equação tem centralizado as explicações sobre a saúde dos imigrantes. É preciso salientar que uma explicação puramente “culturalista” pode omitir e negligenciar o significado de factores alternativos, tais como a classe, o género e a geração, que podem ser variáveis tão importantes como a cultura e a etnicidade na incidência, diagnóstico e tratamento de algumas doenças. A fim de superar estes problemas, a análise cultural da saúde e da doença tem e deve ser equilibrada com análises estruturais. Para explicar as diversidades em saúde e em doença em geral, e dos imigrantes em particular, Smaje distingue duas vertentes, a culturalista e a estruturalista ou materialista. Uma explicação completa deveria examinar cada factor como um fenómeno cultural e estrutural (Smaje, 1995). Aconselha-se, que os estudos sobre a saúde dos imigrantes repensem os conceitos de etnicidade e cultura. Quando se fazem comparações, o impacto de factores como a classe e riqueza são muitas vezes ignorados. Os estudos que identificam a posição social e material das minorias étnicas são fundamentais porque explicam as desigualdades ou porque esbatem as semelhanças “étnicas” na saúde e na doença.

Referências Bibliográficas

Alves, F. *A doença mental nem sempre é doença – racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no norte de Portugal*. Tese de doutoramento em Sociologia. Universidade Aberta. Lisboa (no prelo), 2008

Amaro, F. *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2005.

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

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



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

Bastos, et al. Aspirinas, palavras e cruces. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23:221-232., 1987

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

Faizang S. *L'intérieur de choses. Maladie, divination et reproduction social chez lês Bisa du Burkina*. Connaissance dès hommes. L'Harmattan, Paris, 1986.

Favret-Saada, J. *Les mots, la mort, les sorts: la sorcellerie dans le Bocage*. Paris: Gallimard, 1977

Filho J. Lopes., *Cabo Verde: Subsídios para um levantamento cultural*. Plátano editora, Lisboa, 1981.

Filho J. Lopes., *Cabo Verde: Retalhos de um quotidiano*. Ed. Caminho, colecção universitária, Lisboa, 1995

Gomes IB (Coordenação). *Estudo de Caracterização da Comunidade Cabo Verdiana Residente em Portugal*. Embaixada de Cabo Verde em Portugal, Lisboa, 1999

Germov J. (editor) *Second opinion: an introduction to health sociology*, Oxford University press, Melbourne, 1998.

Hespanha, M. J. F. O corpo, a doença e o médico – representações e prática numa aldeia. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 195-210. CES, Coimbra, 1987.

Jodelet, D. *Folies et représentations sociales*. PUF, Paris, 1989 e 1995.

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

Lima, F.C.P. (dir. de)., *A arte popular em Portugal: ilhas adjacentes e Ultramar*, Lisboa: Verbo, 1968.- v. 1.

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

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

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

Mateus, MDM Lameirão. *Estudo etnográfico de pacientes com esquizofrenia e seus familiares em São Vicente, Cabo Verde*. Universidade de São Paulo, 1998.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

Nathan, T. *L'influence qui guérit*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1994

Nunes B. Sobre as medicinas e as artes de curar In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23: 233-242, CES Coimbra, 1987.

Nunes B., *O saber Médico do Povo.*, Ed. Fim de século, 1997, Lisboa.

Peixeira LM. Sousa., *Da mestiçagem à caboverdianidade- Registos de uma sociocultura*. Edições Colibri, Lisboa, 2003

Rodrigues NM Lima, “Doença da terra” e “doença da farmácia”. *Um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

Santos, B. S. *Pela Mão de Alice - o Social e o Político na Pós-Modernidade*. Porto: Edições Afrontamento, 1994.

Silva, L. F. *Saber Prático de Saúde. As lógicas do Saudável no Quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

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

Spatz J., A medicina Popular em Cabo Verde. *Voz di Povo*, 4 de Julho de 1981, Cabo Verde

Sundquist J. Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine* 1995; 40:777-87.

Vasconcelos J., *Espíritos lusófonos numa ilha crioula: Língua, poder e identidade em São Vicente de Cabo Verde.*, ICS, Lisboa, 2001

Venema HP Uniken, Garretsen HFL, Van Der Maas PJ. Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. *Social Science and Medicine* 1995; 41:809-18

Williams SJ, Calnan M. *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*. London, UCL Press, 1996



» **XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais**

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina