

FORUM

# Sociológico

CESNOVA · G.T. MUNDOS SOCIAIS, TRAJECTÓRIAS E MOBILIDADES

SÉRIE II Nº 22 · 2012



## Saúde & Multiculturalidade

ORGANIZAÇÃO Fátima Alves e Bárbara Bäckström

FORUM

# Sociológico

CESNOVA – G.T. MUNDOS SOCIAIS, TRAJETÓRIAS E MOBILIDADES

SÉRIE II N.º 22 · 2012

*Dossiê:*

## **Saúde e Multiculturalidade**

*Organização de:* Fátima Alves e Bárbara Bäckström

# FORUM Sociológico

CESNOVA – GT MUNDOS SOCIAIS, TRAJETÓRIAS E MOBILIDADES SÉRIE II Nº 22 - 2012

**Fundador** Moisés Espírito Santo

**Diretor** João Sedas Nunes

**Conselho de Redação** Ana Alexandre Fernandes | ISCSP-UTL; Patrícia Pereira | FCSH-UNL; João Pedro Silva Nunes | DINÂMIA-CET; João Sedas Nunes | FCSH-UNL; José Alberto Simões | FCSH-UNL; José Manuel Resende | FCSH-UNL; Miguel Chaves | FCSH-UNL; Luís Vicente Baptista | FCSH-UNL; Maria Leonor Sampaio | FCSH-UNL

**Secretariado** Luís Gouveia

**Conselho Editorial** Alain Bourdin | IFU-Paris 8; Ana Nunes de Almeida | ICS-UL; Anália Torres | ISCSP-UTL; António Firmino da Costa | ISCTE; Carlos Miguel Ferreira | ULHT; Graça Índias Cordeiro | ISCTE; Hugo Mendes | Min. Educ.; Isabel Dias | FLUP; Joan Josep Pujadas | URV, Tarragona; João Gonçalves | FCSH; João Teixeira Lopes | FLUP; Jose Luís Veira | UDC, A Coruña; Loïc Wacquant | Univ. Califórnia, Berkeley-USA; Luc Boltanski | EHESS-GSPM, Paris; Luís Rodrigues | FCSH-UNL; Manuel Carlos Silva | ICS-Univ. Minho; Maria Alice Nogueira | FE-UFMG Brasil; Maria Manuel Vieira | ICS-UNL; Nicolas Dodier | EHESS-Paris; Patrick Rayou | IUFM-Crèteil; Rui Telmo Gomes | OAC-Lisboa; Tim Sieber | Univ. Massachusetts, Boston-USA; Virgínia Coelho | FCSH-UNL

**Logotipo e Capa** Carolina Basto

**Revisão de texto** Anabela Prates Carvalho

**Editor** CesNova – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa  
Grupo de Trabalho: Mundos Sociais, Trajetórias e Mobilidades  
Edifício I&D, Avenida de Berna, n.º 26  
1069-061 Lisboa  
Telefone: 00351 21 790 83 00 (ext. 1488)  
Fax: 00351 21 790 83 08  
Email: [forum@fcsch.unl.pt](mailto:forum@fcsch.unl.pt)  
Site: <http://forumsociologico.fcsch.unl.pt>

**Apoios** A publicação deste número foi apoiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, através do projeto estratégico 2011/2012 do CesNova FCSH/UNL.

**Execução** Papiro-Relevo, Unipessoal, Lda.

**Depósito Legal** N.º 64682/93

**ISSN** 0872-8380

---

## ESTATUTO EDITORIAL

A revista *Forum Sociológico* foi fundada em 1992, através da criação do Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica (IEDS), por iniciativa de alguns professores do Mestrado em Sociologia Aprofundada e Realidade Portuguesa, então em curso na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (FCSH-UNL). Uma primeira série foi publicada até 1995 e tinha como projeto editar pequenos textos relativos a pesquisas em curso, fomentando discussões e debates em torno de questões candentes das Ciências Sociais.

Após este primeiro ciclo de publicações a revista esteve inativa durante cerca de três anos. No decurso do ano letivo 1998-1999, uma equipa renovada de professores e investigadores mobilizou-se para a reativar. Apesar das dificuldades logísticas e financeiras, foi possível concretizar este projeto, que entroncou na criação da Unidade de Investigação da FCSH-UNL Forum Sociológico – Centro de Estudos.

A 2.<sup>a</sup> Série da revista *Forum Sociológico*, iniciada em 1999, manteve os objetivos inicialmente definidos e propôs-se ainda acentuar o seu cunho científico, atributo fundamental para a sua afirmação pública. Esta série conhece agora uma nova fase, suscitada pela fusão institucional em que embarcou a unidade de investigação a que estava ligada. Atualmente, a revista é uma publicação do recém-criado Grupo de Trabalho Mundos Sociais, Trajetórias e Mobilidades do Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa (CesNova) e sendo disponibilizada *on-line* no endereço <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt>.

A *Forum Sociológico* pauta-se por habituais padrões internacionais de edição, nomeadamente submetendo as propostas de publicação que lhe são apresentadas a árbitros científicos (*referees*) conceituados que avaliam a qualidade dos artigos a publicar.

Preside ainda à revista a ideia de que se constitua como fórum permanente de discussão, debate e reflexão sobre a sociedade portuguesa mas também sobre outras sociedades, dando lugar à crítica científica e fundamentada. Neste sentido, a revista acolhe artigos assinados por investigadores de múltiplas orientações e filiações institucionais e científicas, que por via do seu trabalho deem mostras de se comprometerem com o progresso da razão científica em ciências sociais.

---



## ÍNDICE

Editorial .....	7
<b>Dossiê: SAÚDE E MULTICULTURALIDADE</b>	
O destino como projeto? Racionalidades leigas de promoção da saúde <i>Luísa Ferreira da Silva</i> .....	13
Outros corpos: imigração, saúde e etnopolíticas da cidadania <i>Chiara Pussetti e Vitor Barros</i> .....	23
Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política <i>Beatriz Padilla, Sonia Hernández-Plaza e Alejandra Ortiz</i> .....	33
Percurso e significados terapêuticos na religião afro-brasileira Candomblé <i>Ana Cristina de Souza Mandarino, Alexnaldo Neves de Jesus, Sandra Regina Passy e Estélio Gomberg</i> .....	43
A imigração PALOP em Portugal. O caso dos doentes evacuados <i>Maria Adelina Henriques</i> .....	53
Encontro com a diferença: a perspetiva dos profissionais de Saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes <i>Rita Rodrigues e Sónia Dias</i> .....	63
A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo <i>Cristina Santinho</i> .....	73
Subjetividades confiscadas: silêncios e silenciamentos num terreno etnográfico <i>Elsa Lechner</i> .....	83
<b>OUTROS TEXTOS</b>	
Das competências críticas dos médicos: ilustrações oriundas da medicina paliativa <i>Alexandre Cotovio Martins</i> .....	93
De mercadoria a presente, ou como uma mercadoria massificada se transforma em presente singular <i>Alice Duarte</i> .....	101
Na periferia do fenómeno da <i>peopolização</i> : o telemóvel e a telenovela <i>José Augusto dos Santos Alves</i> .....	107
Contributos para uma análise da tese da “modernidade reflexiva” de Anthony Giddens, a partir da perspetiva de Pierre Bourdieu <i>M. Benedita Portugal e Melo</i> .....	113

“Filho de Peixe” – utilitarismo, elitismo, nepotismo e identificação nos preliminares de uma Teoria do Autorrecrutamento Ocupacional <i>Maria de Lurdes Fonseca</i> .....	123
---	-----

**DOCUMENTOS**

Cidadania ecológica. Conceções e práticas de estudantes universitários <i>Nelma Baldin e Cristina Albuquerque</i> .....	133
--	-----

## EDITORIAL

O dossiê intitulado *Saúde e Multiculturalidade* que abre este número, coordenado por Fátima Alves (fatimaa@uab.pt) e Bárbara Bäckström (barbarab@uab.pt), do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais da Universidade Aberta, avulta a premissa de que as sociedades contemporâneas, caracterizadas por rápidas e profundas transformações cujos impactos sociais urge compreender, têm vindo a produzir inseguranças e novas formas de desigualdade social que tornam necessário reequacionar o papel do Estado, do mercado e da comunidade na resposta aos problemas de saúde das populações. Em consequência, abrangem-se várias dimensões da saúde e da doença nas sociedades contemporâneas em diferentes contextos, colocando em evidência os desafios da saúde nas comunidades caracterizadas por uma forte componente multicultural. Procura-se assim contribuir para problematizar o papel dos conhecimentos plurais em presença, das organizações com os seus profissionais e os seus públicos e das cidadanias que em torno deles se podem construir. Nada disto, importa notar, é estranho à coordenação do dossiê.

Com efeito, ambas as coordenadoras do dossiê têm vindo, ao longo da última década, a trabalhar nas questões da saúde e da doença do ponto de vista das ciências sociais, tendo ultimamente dedicado especial atenção à necessidade de compreender e interpretar a forma como as culturas expressam a saúde e a doença, como a concebem, a explicam e significam e como lidam com ela. Esta abordagem exige uma compreensão contextualizada da pluralidade de idiomas e racionalidades presentes em espaços crescentemente multiculturais e interculturais. O que constitui um desafio que requer diálogos entre a ciência, com as suas pluralidades internas e externas, com os outros saberes não científicos, as racionalidades leigas. Requer portanto implicações entre agentes diversificados e instituições, que atuam neste campo da saúde, na procura de respostas culturalmente competentes face a uma população cujas características se têm modificado rapidamente dada a afluência de comunidades diversificadas (imigrantes de vários países, grupos étnicos, etc.).

O relativo desconhecimento da problemática da saúde e da doença em comunidades imigrantes é um tema recorrente e que tem vindo a obter atenção por parte dos cientistas sociais. Os movimentos migratórios têm vindo a ganhar visibilidade no mundo atual. A grande diversidade de países de origem motiva uma igual diversidade de culturas, religiões e sociedades. Portugal não é indiferente a esta vaga de fluxos, os quais, considerados globalmente, se têm intensificado desde os finais do século XIX.

Hoje é comum a deslocação mais ou menos maciça de pessoas transportando para outros lugares as suas tradições e raízes. Neste particular a Europa Ocidental tem atraído consideráveis fluxos migratórios, de África mas também doutras paragens, por exemplo da Turquia. Neste contexto, a saúde dos imigrantes é referida como sendo pior do que a dos cidadãos europeus, conjetura consolidada na observação das taxas de morbilidade e no tipo de respostas disponíveis em cada país. A migração, realce-se, tem mesmo vindo a ser associada a taxas elevadas de doenças físicas e mentais.

Em Portugal os fenómenos migratórios vêm assumindo importância crescente. Pela complexidade das relações interculturais que colocam, desafiam quer as políticas sociais e os seus saberes instituídos dominantes da biomedicina e seus profissionais quer as interações sociais quotidianas de seus agentes. A estas diferenças culturais entre imigrantes e autóctones em termos globais vem juntar-se, para o campo da saúde e da doença, a diferença de práticas terapêuticas e de sistemas de saúde que configuram racionalidades particulares, que urge compreender no sentido de criar novas respostas que articulem as potencialidades interculturais em presença. O conhecimento das racionalidades leigas destes grupos constitui um desafio, não apenas às ciências, mas aos serviços e aos seus profissionais. É convicção da coordenação do dossiê que este posicionamento exige que entre esses diversos discursos se gerem dinâmicas de articulação e paridade assentes no diálogo cada vez mais comprometido entre ciência e sociedade, recriando democracias e “inventando” novas possibilidades de exercício efetivo da cidadania.

O dossiê é composto por um conjunto de artigos que problematizam este cenário da saúde (física, mental) em contexto intercultural procurando promover o debate de ideias, de conhecimentos e a construção de “mapas” orientadores perante a complexidade em presença. As autoras e os autores dos oito artigos que o integram desenvolvem investigação reconhecida nesta área e, não a esgotando, os seus contributos são preciosos instrumentos para “desocultar” a problemática em análise nas suas múltiplas dimensões. Os vários artigos alertam para a necessidade de compreender a pluralidade de concepções, de sentidos e significados em torno da saúde e da doença e a pluralidade de itinerários terapêuticos construídos para com ela lidar.

Este dossiê é, por isso, bastante heterogêneo, na medida em que os diversos autores e autoras convocam para o debate a riqueza dos seus diversos patrimónios teóricos e metodológicos, interpelando níveis de análise distintos, na medida em que, todos evocando as complexas relações entre ciência e sociedade, uns se dirigem mais às políticas públicas, outros à sua implementação nas organizações, à atuação profissional, às racionalidades leigas, subjetividades, cidadanias, etc., deixando antever relações assimétricas que se constroem entre estado, mercado e comunidade.

O artigo que inaugura o dossiê é da autoria de Luísa Ferreira da Silva. Parte da problematização da saúde e da doença enquanto fenómeno social complexo e multifacetado, situando-o na ordem das relações sociais. Neste contexto, é prestada particular atenção às estratégias políticas de intervenção em saúde, desocultando os poderes e os saberes em confronto na abordagem das interculturalidades em presença. Finalmente, detém-se em particular nas racionalidades subjetivo-culturais do saber prático de saúde, revelando a importância dos contextos (estruturais, institucionais e relacionais) onde se vive e experiencia a saúde e a doença e o universo de representações no qual os sujeitos a interpretam e atuam.

Na sequência deste, o artigo de Chiara Pussetti e Vitor Barros propõe um enquadramento destas relações e tensões no governo do corpo e da saúde, sugerindo uma agenda de investigação em torno das questões da pobreza, do risco, da imigração e da saúde pública, procurando questionar como, a partir de programas de intervenção junto das populações imigrantes, se compatibilizam olhares dicotómicos, polarizados entre vulnerabilidade/risco, com respostas também elas dicotómicas entre assistência/segurança. Neste artigo, onde o campo da saúde e da doença em contexto imigratório é problematizado em múltiplas dimensões, propõe-se uma análise crítica dos impactos da crise na atuação pública revelando a urgência de novas formas de exercício da cidadania e participação.

De seguida temos o artigo de Beatriz Padilla, Sonia Hernández-Plaza e Alejandra Ortiz, que analisa o recurso às “boas práticas” em saúde e migrações em Portugal, evidenciando a importância da sua análise no estudo das políticas públicas e da atuação privada, entre Estado, mercado e sociedade. Propõem a desconstrução deste tipo de instrumentos, em termos teóricos, práticos, metodológicos, equacionando os seus usos políticos e ideológicos. Para isso apoiam-se na análise do caso concreto da Unidade Móvel de Saúde da Venda Nova, em Portugal.

Procurando a intersecção entre religião e saúde para a compreensão dos itinerários terapêuticos e dos espaços religiosos como locais de promoção da saúde, cura da doença e de promoção da cidadania, o texto de Ana Cristina de Souza Mandarino, Alexnaldo Neves de Jesus, Sandra Regina Passy e Estélio Gomberg propõe-nos uma leitura das relações que se estabelecem entre estes dois campos – da religião e da saúde –, reveladoras das complexidades das culturas em presença que se jogam em contexto de terreiros de candomblé, na Bahia e Sergipe, no Brasil. Analisam com pormenor os processos religiosos capazes de fornecer sentidos vários para a doença, o adoecer, os processos de cura e para a saúde, destacando a complementaridade e intersecção entre religião, medicina e sociedade.

Nesta linha de procura de compreensões sobre os itinerários terapêuticos e as trajetórias de saúde e de doença que se constroem entre a medicina oficial e as outras medicinas e outras terapêuticas, o artigo de Maria Adelina Henriques problematiza a imigração para Portugal por questões de saúde, procurando mostrar todos os processos que se definem entre o vir, o permanecer e o voltar, enaltecendo a importância da compreensão dos processos interculturais em presença.

Procurando identificar as diversas dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam ao lidar com populações imigrantes, Rita Rodrigues e Sónia Dias apresentam-nos um artigo onde o encontro com a diferença no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes é evidenciado. Partem do contexto relacional estruturado em torno das características dos sistemas de saúde, das especificidades dos utentes e das atitudes dos profissionais, tentando identificar nestas os elementos que se refletem no atendimento e prática clínica: seja ao nível do diagnóstico, seja ao nível da prescrição.

A importância da competência cultural é aprofundada por Cristina Santinho no artigo em que analisa o atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo em Portugal. A autora analisa criticamente a distância das perceções de doença, sofrimento e corpo entre estes refugiados e a medicina hegemónica que é praticada em Portugal, evidenciando, além das barreiras linguísticas, as barreiras culturais e sociais, deixando antever a

não integração da pluralidade de sistemas convocados por estas populações para enfrentar a saúde e a doença. Analisa criticamente as implicações da falta de competência cultural entre os profissionais, apontando a falta de formação atenta à diversidade social, de género e cultural e as dificuldades de perceber as necessidades destas populações, potenciando desta forma o agravamento da saúde física e mental e colocando barreiras à integração. Por fim, neste artigo a autora ressalta a importância da competência cultural, de onde destaca a escuta e compreensão em profundidade atenta ao ponto de vista dos sujeitos em relação ao seu próprio sofrimento.

Seguindo a reflexão em torno da compreensão do outro, da sua subjetividade, do seu próprio ponto de vista, Elsa Lechner fecha com chave de ouro o dossiê. Constrói uma reflexão sobre os sentidos e os significados dos silêncios e dos silenciamentos a partir de um terreno etnográfico, revelando as propriedades heurísticas da discussão dos modelos de sociedade, confrontando racionalidades, poderes, saberes e desigualdades que permeiam os diálogos dominantes entre migrantes, autóctones e Estado. Simultaneamente coloca em evidência as potencialidades da pesquisa biográfica enquanto metodologia que permite ter acesso à compreensão do diálogo intercultural, onde os silêncios e os silenciamentos encontram sentidos que é necessário compreender e integrar na análise das situações singulares, procurando ver, para além das palavras, os silêncios que fazem corpo. Constitui por isso mesmo um artigo que desafia as epistemologias, entre as hegemonias e as pluralidades, abrindo "brechas" importantes para refletir sobre o edifício da psiquiatria, da ciência moderna e da nossa sociedade.

A expectativa da coordenação do dossiê, importa clarificar, é que os artigos nele reunidos permitam o aprofundamento de compreensões contextualizadas, críticas e reflexivas, simultaneamente teóricas e práticas, para as problemáticas da saúde e da doença, tomadas enquanto facto social e cultural, dando especial ênfase à restituição das atitudes e dos comportamentos (suas dimensões globais e locais) do ponto de vista das multiculturalidades e interculturalidades. A este espectro alargado de conteúdo corresponde, por seu turno, um público-alvo diversificado de cientistas sociais, profissionais de saúde, trabalhadores sociais, estudantes de graduação e pós-graduação, especialmente da área das ciências da saúde e, ainda, das migrações e relações interculturais.

Já fora do dossiê encontra-se um texto de Alexandre Cotovio Martins em que é a própria atividade crítica a que a medicina se presta que se torna o objeto a sujeitar a restituição científica. Com fineza analítica, o autor empenha-se em mostrar que na crítica desenvolvida pelos médicos que defendem

abordagens ao desempenho profissional firmados nos cuidados paliativos (no doente em vez da doença; na singularidade do sofrimento em vez da generalidade da patologia) converge um trabalho de *revelação pública de um sentido moral autónomo* e de *translação* desse sentido moral para um regime de ação mais geral, constituindo, do mesmo passo, um *modo de enquadramento e definição* que pauta um processo de (autor)reconhecimento de um coletivo profissional justamente crítico das práticas tradicionais (industriais) vigentes na medicina portuguesa.

Ainda que a singularidade volte a estar em foco no texto de Alice Duarte, esta autora traz-nos um (duplo) problema bem diferente: que mecanismos tornam possível que a dádiva contemporânea que corre entre gente filiada se produza sobre mercadorias massificadas e, assim, estas repercutam no sujeito que oferece valorizando-o? A autora centra-se assim na identificação dos padrões e códigos culturais que permeiam o ato de presentear, alterando a complexidade/subtileza das aptidões que os exprimem/acionam.

Também José Augusto dos Santos Alves tem em vista mercadorias (a telenovela e o telemóvel) e o engrandecimento individual, simplesmente encara aquelas como signos consumíveis de uma distinção forjada que permite a quem os detém ou deles se apropria urdir-se em simulacros (autoconvincentes) de repúdio da condição de zé-ninguém que é a figura adversativa criada pela *peopolização*, isto é, o regime ingénuo, associado a situações de baixo capital informacional, no qual a celebridade representa o expoente máximo da realização pessoal e do êxito social. É pois ao exame das propriedades mágicas dessas mercadorias e dos processos nos quais se artilham que o autor nos solicita que o acompanhemos.

Radicando no cotejo entre perspetivas sociológicas, M. Benedita Portugal e Melo, por seu lado, ensaia (literalmente) uma digressão crítica pelas noções de reflexividade pessoal e institucional construídas por Anthony Giddens, valendo-se, para tanto, da teoria da prática de Pierre Bourdieu, muito particularmente daquela parte em que o falecido autor de *Le Sens Pratique* disserta sobre os limites da agencialidade humana (incluindo a discursiva), condicionada "de dentro" pelos arbitrários culturais interiorizados *via* a exposição a condições sociais particulares. Essa indexação autoriza a crítica da noção de reflexividade discursiva de Giddens, contrapondo-lhe a de reflexividade "simbólico-ideológica", base, por sua vez, para seccionar as modalidades reflexivas emergentes na modernidade avançada e o respectivo espaço de possíveis. Atando-lhe a questão da segurança ontológica (o que significa até certo ponto pôr "Giddens contra Giddens"), essa é condição para, entre outros aspetos a decifrar, entender por que

razão a razão científica, não obstante constitua a forma simbólica emblemática do espírito moderno, na prática dificilmente integra o senso vulgar, e até pericial, logo a reflexividade institucional.

Também no registo ensaístico, Maria de Lurdes Fonseca encaminha-nos para os contributos (ou os principais subsídios teórico-conceituais) da Sociologia e da Economia para uma teoria do autorrecrutamento ocupacional, sistematizando os principais racionais que foram sendo propostos desde os anos 30 do século passado para a sua explicação. Empreitada de fôlego (para não dizer ingrata), quanto mais não seja pelo arco temporal que recobre, cumpre desde logo um dos principais mandamentos da sociologia: transformar as evidências em enigmas que precisam de solução, mesmo que essas evidências revistam a forma de teoria ou conceito em uso (em tendência acrítica) na própria prática sociológica. Partindo dessa tarefa, o exercício constitui-se como uma espécie de *estado das duas artes* – económica e sociológica – sobre o autorrecrutamento ocupacional, procurando, mais do que confluír numa tentativa de teoria síntese imediata, abrir para articulações teóricas que até hoje não foram devidamente con-

sideradas. A remissão à escassez empírica colma a justificativa do título do texto: é de preliminares de uma (renovada) teoria do autorrecrutamento ocupacional que se trata.

O último texto deste número, publicado com a chancela de documento, assinado por Nelma Baldin e Cristina Albuquerque, versa a cidadania ecológica que toma forma e se densifica nas “sociedades de risco”. Combinando os registos analítico e normativo, as autoras propõem um cotejo das conceções periciais e institucionais da cidadania ecológica naquelas que, acopladas a práticas com as quais estabelecem relações tensionais, grassam entre dirigentes estu-dantis com o propósito de evidenciar as carências do entendimento que “aposta” exclusivamente na responsabilidade individual para suscitar a implicação ecológica dos indivíduos. Segundo as autoras, enquanto relação social, a (desejada) eficácia desta não pode ignorar as suas próprias determinantes sócio-simbólicas e as esferas de vida social nas quais estas se geram.

Fátima Alves, Bárbara Bäckström  
e João Sedas Nunes

*Dossiê*

---

# **Saúde e Multiculturalidade**



# O DESTINO COMO PROJETO? RACIONALIDADES LEIGAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

---

Luísa Ferreira da Silva

■ Investigadora do CAPP-ISCS-UTL (luisafs@iscsp.utl.pt)

## Resumo

A responsabilidade de procurar orientação médica em caso de doença tornou-se uma imposição interiorizada na generalidade da população a partir de finais do século XIX. A segunda metade do século XX alargou essa preocupação à prevenção do adoecer e, nas últimas décadas do século, à de promoção da saúde, numa estratégia que se caracteriza pela ênfase na capacidade do indivíduo para gerir os riscos. Essa é a normatividade que dá conteúdo ao “saudável” como “estilo de vida” a nível dos comportamentos individuais.

A nossa pesquisa sobre o pensamento leigo de saúde mostra que as racionalidades leigas são mais complexas do que supõem os modelos de educação para a saúde e que a subjetividade cultural influencia as avaliações que justificam as escolhas relativas à saúde. Encarar a saúde como projeto que se constrói não é a atitude dominante no pensamento leigo onde saúde (ainda) rima com destino.

O texto começa por apresentar a história da construção social de saúde e segue pela apresentação e discussão dos resultados de pesquisa empírica sobre “o saudável”.

**Palavras-chave:** saúde, saudável, pensamento leigo de saúde, racionalidades

## Abstract

The responsibility to seek medical advice in case of disease has become internalized from the late nineteenth century onwards. The second half of the twentieth century extended this concern to the prevention of illness and to the promotion of health. The latter is a strategy of attributing to individuals the responsibility to manage risks. This normativity gives content to the concept of “healthy” as “lifestyle” at the level of individual behavior. Our research on lay health shows that lay rationalities are complex and evaluations choices related to health are influenced by cultural subjectivity. Health as a project is not the prevailing attitude in lay knowledge. Lay health (still) rhymes with destiny.

This paper begins by presenting the history of the social construction of health and is followed by the presentation and discussion of results of empirical research on the concept of “healthy”.

**Keywords:** health, the healthy, lay knowledge of health, rationalities

## 1. A saúde, um fenómeno social

Até finais do século XVIII, a doença era um acontecimento coletivo cuja interpretação era feita à luz da religião e a cura era dirigida à purificação do espírito mais do que à saúde do corpo (Turner, 2000). A partir do século XVIII, em resultado de um processo de causas ambientais múltiplo de melhoria das condições de vida, teve lugar um processo de transição demográfica com consequências

no aumento e no envelhecimento da população (McKeown, 1990; McKinlay et al., 1989). A doença passou a ser um acontecimento individual objetivado no corpo.

É no contexto da racionalidade de observação do humano que se vem a constituir a medicina do século XIX como especialização do olhar sobre o corpo que se torna o centro das preocupações do conhecimento e sustentáculo do exercício de novas formas de controlo social, o biopoder, assente na

vigilância e na autodisciplina que se traduz em disposições concretas que investem o corpo, a saúde, a alimentação, as condições de vida e todo o espaço da existência (Foucault, 1997).

Emerge a figura de "doente" na sua forma moderna de estatuto social atribuído (Herzlich e Pirerret, 1991). Estar doente passa a ser sinónimo de recorrer à medicina como instituição entretanto oficialmente legitimada e detentora do exclusivo da "arte de curar".

O estudo de Talcot Parsons (1964), primeira manifestação de interesse da sociologia pelo domínio da doença, encara a saúde como capacidade de desempenhar os papéis sociais que asseguram a integração normativa da sociedade enquanto a doença representa a quebra dessa capacidade e a fuga (não consciente) às pressões do quotidiano. A relação médico-doente, complementar em direitos e responsabilidades, é o mecanismo de autorregulação que restaura o funcionamento social reconduzindo os indivíduos doentes aos seus papéis sociais.

Em meados do século XX, este modelo do consenso é substituído pelo modelo do conflito. Aqui, a relação terapêutica é o mecanismo de controlo social que implica a definição de doença nas próprias condições institucionais do seu diagnóstico e tratamento, subordinadas à dominância médica (Freidson, 1984). Transformando um problema em doença como entidade própria que só os profissionais podem compreender e desqualificando as sabedorias populares e o autogoverno da vivência da saúde, a afirmação do modelo biomédico comporta um efeito de medicalização da doença que se alarga a áreas cada vez mais extensas da vida social (Illich, 1975).

Na década de setenta, o olhar interacionista encara o hospital na perspetiva das relações sociais (Strauss, 1992), contexto estrutural em que profissionais e doentes participam em interações estratégicas com objetivos múltiplos, enfatizando-se o processo negocial de definição das situações em que os participantes se envolvem. A análise da profissão médica (Freidson, 1984) evidencia o hospital como enquadramento institucional da autonomia e da dominância da profissão médica. O estudo de Carapinheiro (1998) sobre serviços hospitalares marcou o início da sociologia da saúde portuguesa, mais tarde seguido por outros, neste tema do hospital e das profissões na área da medicina (Augusto, 2006; Carapinheiro, 2006; Lopes, 2006; Serra, 2006).

A mudança cultural que na segunda metade do século XX acentuou o caráter construtivo e reflexivo da identidade foi concomitante com uma nova transição epidemiológica e demográfica que deu relevo aos cuidados com a doença crónica (e a incapacidade). Como estado perspetivado a longo prazo, a doença crónica dilui as fronteiras entre a saúde e a doença que, de realidades em oposição, passam a ser perspetivadas como continuidade atravessada

pelo risco e implicando a conexão entre o corpo e o *self* (Bury, 1982; Charmaz, 1983; Williams, 1984).

Neste contexto, o olhar sociológico orientou-se para a subjetividade da doença, a "*illness*" ou doença do doente e suas implicações na "*disease*" ou doença no olhar clínico, como entidade própria. Constitui-se progressivamente um saber adquirido relativamente ao "comportamento na doença" – como as pessoas controlam ou monitorizam os seus corpos, definem e interpretam os sintomas, atuam face a eles e usam o sistema de cuidados de saúde (Mechanic, 1960).

A doença crónica configurou uma nova definição do papel de doente que assume a negociação como processo de construção de uma nova relação médico-doente (Baszanger, 1986). A relação médico-centrada que a medicina desenvolveu a partir da sua competência para curar a doença aguda tende agora para uma relação entre parceiros de que não é mais possível excluir a subjetividade do sofrimento e as questões identitárias. A assimetria da relação tende a esbater-se e o profissional reconhece-se remetido para uma atitude de negociação da ciência com as condições conjunturais e subjetivas da sua aplicação (Baszanger, 1986; Bury, 1997; Strauss, 1992; Williams, 1999).

## 2. Saúde e doença na ordem das relações sociais

Desde o final do século XVIII, a estatística nascente justificou a prática conjunta política e médica que alia reformas sociais e medidas de higiene e de que nasceu a saúde pública (Herzlich, 2000). Trata-se não só de fazer o poder político intervir com medidas reformadoras da organização urbana, mas de intervir no domínio do privado por via da mudança de comportamentos, fazendo a educação da relação com o corpo no sentido das tecnologias sociais do eu como mecanismos de controlo social (Foucault, 1976).

A partir dos finais do século XIX, os progressos da medicina e a capacidade tecnológica de intervenção biomédica deslocam o terreno da intervenção da saúde pública, que passa a dar ênfase à causalidade específica da doença e à intervenção sobre o corpo individual. É no mundo social que a saúde pública vai aumentar a sua influência ideológica generalizando o pensamento higiénico e a noção de risco. Os grupos de população abrangidos e os problemas a que se dirige são cada vez mais numerosos e os agentes diversificam-se (Fassin, 1996).

A tensão entre saúde pública e biomedicina é contemporânea do desenvolvimento das políticas de bem-estar que se implantaram nos Estados modernos em resposta à questão social. Ao mesmo tempo que se individualizava, a doença socializava-se, ganhando um novo sentido em relação com o

trabalho e a reprodução social na sociedade industrial capitalista (Herzlich e Pierret, 1991).

Retomando o trabalho de Parsons na década de cinquenta, percebe-se melhor a sua leitura da doença como desvio, no contexto de florescimento econômico do pós-guerra, com acentuada tendência de prolongamento de vida da população que impregnava a sociedade de otimismo face à medicina. A visão crítica que parte da constatação da permanência das desigualdades como barreiras de classe à mobilidade na sociedade que ideologicamente se afirma vem a surgir após a crise da década de setenta.

Com efeito, o papel da medicina é pouco influente na distribuição das desigualdades em saúde, melhorando os indicadores globais mas não diminuindo as diferenças entre os grupos sociais (McKeown, 1990; Chauvin, 1998). Hannay (1980) verificou um importante desnível entre a incidência de doença medicamente diagnosticável e as taxas de recurso à medicina, o *clinical iceberg*. E o *Black Report* (Townsend e Davidson, 1983) deu visibilidade de forma sistematizada a que os indicadores de saúde refletem as desigualdades socioeconômicas, o que foi seguidamente sustentado por um grande número de pesquisas que pormenorizam os fatores implicados, como sejam a idade, o género, a etnia, a geografia, a profissão, a situação ocupacional, entre outros (Drulhe, 1996; Silva e Alves, 2003). Pela sua distribuição, a saúde/doença revela-se assim uma construção social na qual a sociedade inscreve uma visão do mundo e a sua organização (Bartley et al., 1998; Leclerc et al, 2000).

O enraizamento social da saúde/doença, condicionada pelo *habitus* na articulação que faz entre estrutura e agência, confirma-se desde logo na distância que separa o mal-estar/*illness* (sentir-se doente) do adoecer (declarar-se doente) e do assumir-se como doente (consultar a medicina ou tornar-se paciente) (Zempléni, 1985). O recurso aos cuidados médicos preventivos e curativos é efetivamente diferenciado consoante os grupos sociais (Blackburn, 1999; Calnan e Williams, 1991), pois é diversa a relação que cada um mantém com o mal-estar e a doença. A percepção da doença, a experiência que dela se faz, ou os diversos comportamentos que ela motiva são condicionados pela subjetividade cultural e individual implicada na variabilidade das imagem do corpo, da resistência à dor, da resposta ao *stress* e das representações de saúde e de doença (Boltanski, 1971; Herzlich, 1969; Mechanic, 1960; Zola, 1966; Zola, 1973).

### *As estratégias políticas da intervenção em saúde*

Se a responsabilidade de procurar e acatar orientação médica em caso de doença se tornou uma imposição interiorizada na generalidade da

população a partir de finais do século XIX, a segunda metade do século XX alargou essa preocupação à prevenção do adoecer e, a partir dos finais do século, à de promoção da saúde. O “estilo de vida saudável” impôs-se como uma preocupação “higienista universal” que se estende ao conjunto da população e não já a grupos específicos, alargando a noção tradicional de comportamentos nocivos à saúde para o que é hoje uma noção vasta que abarca todos os comportamentos humanos e multiplica as profissões peritas em especialidades novas (Fassin, 1996). A promoção da saúde – ou “o saudável” – constrói uma nova configuração biopolítica que implica na saúde todos os aspetos da vida em sociedade e faz dela uma responsabilidade de todas as instituições sociais, económicas e políticas, bem como de todos os indivíduos.

Tendo como pilar fundador a conceção bio-médica da saúde, a saúde pública reverte os conhecimentos para normas relativas às escolhas individuais implicadas no quotidiano característico da modernidade avançada cujas atitudes e práticas se revelam potencialmente ameaçadoras da saúde. Espera-se dos indivíduos que submetam à normatividade médica sobre saúde não já apenas o seu papel de doentes, mas todos os papéis sociais que desempenham na vida. Alimentação, exercício físico, hábitos tabágicos, etc., são encarados como riscos que no quotidiano exigem escolhas individuais orientadas em função da saúde. A saúde deixou de ser um atributo que se tem, para ser um atributo que se alcança no que representa um processo de “culpabilização da vítima” que ignora a causalidade social e ambiental da doença assim como o contexto social em que tem lugar a decisão individual, designadamente a “sociedade de afluência” (Crawford, 1977; Eyles, 2001; Minkler, 1999).

A conceção atual de saúde comunitária, estratégia da OMS para a promoção da saúde, centrada nos atores sociais, coloca ênfase na equidade como objetivo e na participação como método. Promover a saúde significa melhorar a capacidade de resposta aos desafios do ambiente físico e social, ao nível dos indivíduos como ao nível comunitário. O empoderamento das populações é entendido como reforço do exercício da autonomia pelo autocontrolo da própria saúde e do exercício da cidadania pela intervenção coletiva na definição de prioridades da micropolítica (World Health Organization, 1986).

Face a esse discurso que afirma a legitimidade da saúde pública na intervenção coordenada global, a análise das estratégias e das práticas no campo da saúde faz sobressair, pelo contrário, um jogo de forças onde se mantém a dominância da biomedicina na definição dos objetivos, da organização e do funcionamento do sistema de cuidados de saúde ainda

que crescentemente confrontada pelo poder do eixo administrativo e desafiada pela contestação leiga da autoridade da ciência (Carapinheiro e Page, 2001).

Na tensão entre espaços de poder dentro do campo da medicina, a frágil legitimidade da saúde comunitária reflete-se no favorecimento da dinâmica curativa clínica que impõe a secundarização da promoção da saúde como vertente menor da medicina. Reside nessa contradição a perspectiva redutora sobre a promoção da saúde que investe a educação para mudanças comportamentais específicas (Eyles, 2001) num procedimento de individualização da doença que resulta em ocultação das condições estruturais nela implicadas devido às desiguais oportunidades na vida social (Blaxter, 1998; Calnan, 1987; Ziglio et al., 2000).

Como método, a promoção distancia-se da educação (informativa e pedagógica) pela ênfase que coloca no empoderamento dos agentes individuais e coletivos com vista ao aumento da sua capacidade de escolher e de decidir. No entanto, é na estratégia educativa concebida em termos de campanhas desenhadas com a finalidade de providenciar informação que a promoção da saúde assenta a racionalidade das escolhas informadas (Gastaldo, 1998; Hancock, 1993; White, 2000).

A educação supõe que a informação determine a escolha numa atitude racional de tipo científico, linear e objetiva. Ora é no domínio das racionalidades "outras", as do pensamento leigo, que se situa a incompreensão estrutural entre, por um lado, a saúde comunitária perspectivada como ensino do conhecimento médico de prevenção da doença e, por outro, a realidade do mundo da vida com os saberes e práticas que o povoam, feitos de subjetividade da experiência pessoal e relacional e do ambiente cultural em que essa experiência tem lugar.

Alarga-se assim o debate para a discussão antropológica sobre as "crenças" como forma de conhecimento distinta da ciência mas não por isso irracional (Augé e Herzlich, 1984). Na vida quotidiana, são essas lógicas impregnadas de subjetividade que baseiam os comportamentos de doença e de saúde orientando as interpretações de "comportamento saudável" que condicionam as atitudes que a medicina de saúde comunitária pretende colonizar pelo sistema racional, rejeitando-as como sistema válido de conhecimento (Williams e Popay, 2001).

A racionalidade leiga, distante da linearidade e da pretensa neutralidade da racionalidade científica, opera por lógicas complexas que envolvem a subjetividade da experiência humana com os seus valores, símbolos e crenças que são formas de conhecimento cultural (Augé e Herzlich, 1984; Hellman, 2000; Kleinman, 1988; Massé, 1995). No pensamento comum são frequentes as certezas feitas de impressões e de observações contraditórias, numa sujeição às emoções das experiências vividas, às

crenças e aos valores, maior do que ao rigor da prova e da argumentação dedutiva. Essa racionalidade leiga ou saber popular que não é irracional como a ciência tende a tratá-la, mas é uma racionalidade de tipo diferente, social e subjetiva, impregna a generalidade das atitudes e das práticas do dia a dia. Em Portugal, alguns estudos têm averiguado a relação leiga com a saúde (Silva, 2005; Silva, 2008; Bäckström, 2009), com a doença mental (Alves, 2011) e com os medicamentos (Lopes, 2010).

### *As racionalidades subjetivo-culturais do saber prático de saúde*

Na nossa pesquisa<sup>1</sup> sobre as lógicas do saudável numa população diversificada do norte de Portugal<sup>2</sup> (Silva, 2008) investigámos os mecanismos da relação do pensamento leigo ou saber popular com a noção de "saudável", essa nova configuração da saúde que tem como alvo criar identidades saudáveis que produzam saúde para si próprias através da educação e do esforço. O objetivo da pesquisa foi a compreensão da interiorização do "saudável" como norma de conduta dirigida ao bem-estar presente e futuro, partindo das questões: na era da construção reflexiva da identidade (Giddens, 1997), qual a presença do conhecimento nas escolhas em matéria de comportamentos de saúde? Como se negocia o processo de racionalização, que exige escolhas informadas e racionais, com o de legitimação tradicional, que implica a marca dos valores e das representações culturais? Como jogam entre si o racional e o subjetivo e com que outras dimensões da realidade social se articulam?

A observação não se dirigiu às práticas em si mesmas, mas às lógicas que lhes subjazem, procurando as racionalidades presentes nas decisões que envolvem escolhas. A questão a perceber não era o que se faz, mas qual o sentido que se dá ao que se faz, quais os valores e crenças, quais as informações e as representações que interagem na construção mais ou menos consciente que determina a ação.

Operando no paradigma qualitativo e numa abordagem compreensiva, a pesquisa teve por fundamento discursos produzidos em entrevistas semiestruturadas dirigidas à observação de como a preocupação com o saudável permeia (o pensamento sobre) as práticas do quotidiano.

Foi assim possível identificar significados diversos de saudável, associados a diferentes estilos de relação com a vida e com o corpo que podem ser condensados em atitudes face à saúde que vão da conceção mais tradicional de "saúde-destino" à conceção mais moderna de "saúde-construção". Ambas, no entanto, coincidem num tipo de racionalidade subjetiva que adapta as normas da ciência de forma a fazê-las adequarem-se aos hábitos do quotidiano e aos valores culturais, nomeadamente do ponto de

vista da convivialidade e do gosto. No que respeita às opções em matéria alimentar, por exemplo, o gosto (profundamente marcado pela estrutura das relações sociais como demonstrou Bourdieu, 1979) e o convívio comensal são justificacões frequentes para os comportamentos considerados menos saudáveis. Verifica-se uma forte pressão do grupo no sentido da adoção de comportamentos comuns e a rejeição das opções mais reflexivas no sentido do saudável.

Também a governamentalidade como disciplina e autocontrolo aparece sob a forma de interiorizações plurais. Por exemplo, na representação de "saúde-bem-estar" que faz equivaler saudável a "vida natural", percebe-se o distanciamento subjetivo (resistência) relativamente às normas reguladoras da saúde, consideradas não necessárias. Já na representação de "saudável-comportamentos", imbuída da crença na informação médica, é afirmada a autocompetência para decidir as escolhas adequadas ao autocontrolo sobre a própria vida e que só parcelarmente coincidem com as normas científicas. Aqui, a saúde, pela integração da autodisciplina, integra a objetivação racionalizada em lógicas de gestão do quotidiano "construtoras" de um projeto de futuro que integra o bio no psicossocial. Mas, num "estilo" como no outro, com menor ou menor distância (discursiva) entre as afirmações e as práticas, as racionalidades presentes revelam a impregnação pelo subjetivo traduzido em adaptação, mais do que em aplicação linear, das normas (do conhecimento) relativas ao saudável da ciência.

Ou seja, no pensamento leigo, as representações sociais de saudável conciliam a lógica racional-científica da biomedicina com a racionalidade mais subjetiva. Com efeito, os discursos afirmam o conhecimento da relação entre "comportamentos saudáveis" e bem-estar mas dão a ver uma realidade em que o bem-estar é atribuído à vida relacional e ao trabalho (e não aos "comportamentos saudáveis"). Os benefícios que se poderão retirar de um comportamento saudável não são avaliados por si só como áreas independentes da existência, mas fazem parte de um conjunto complexo em que o bem-estar, nas suas vertentes de funcionamento profissional, familiar e de convívio social, proporciona outro tipo de vantagens imediatamente reconhecíveis e que compensam a não concretização dos benefícios hipotéticos da prevenção, justificando que esta seja adiada para mais tarde, para "quando sentir necessidade", isto é, quando as limitações físicas associadas à representação de envelhecimento justificarem os comportamentos saudáveis que então resultarão em benefícios evidentes.

A ambiguidade é visível também na relação leiga com a noção de risco cuja informação é conhecida no que respeita à generalidade das práticas quotidianas (alimentos contaminados, "lixo alimentar", etc.). Mas

a presença desse conhecimento não é convocada pelo pensamento prático. Neste domínio da vida em que rotina e hábito quotidianos são confrontados por argumentos que os põem em questão, o processo de escolha do posicionamento individual revela as negociações íntimas e as racionalidades que as sustentam, atitudes que Giddens (1992) e posteriormente Burton-Jeangros (2004) tipificaram e que também se verificam na nossa amostra (nomeadamente, "pessimismo cínico", "aceitação pragmática" e "optimismo persistente"). Na nossa amostra, a "aceitação pragmática" foi a atitude prevalente. O indivíduo rende-se à necessidade de fazer uma opção que não se situa em espaço de total liberdade, pois tem de entrar em linha de conta com os condicionalismos do contexto social, nos quais se incluem a acessibilidade, o preço e as tradições culinárias, entre outros fatores.

Um resultado particularmente interessante respeita à não interiorização prática, no sentido de disposição para agir (Lahire, 2005), da característica moderna que constitui a identidade e o corpo em projetos de autoconstrução. Com efeito, a noção de "prevenção ativa" da doença e da incapacidade por via da agência individual, que a medicina advoga, está praticamente ausente dos discursos sobre "envelhecer bem", remetida em alguns casos para a "prevenção passiva" (médica) em que a medicina se atribui a capacidade de controlar a doença. No entanto, a atitude perante "a velhice" é caracteristicamente moderna no sentido de "dever moral" de resistir a "ficar velho" (Williams R. cit. por Bunton, 1997). "Temos de vencer o envelhecimento" apela à decisão do indivíduo como construtor de si próprio, numa atitude de supremacia do mental sobre o biológico que significa que, ao mesmo tempo que o corpo envelhece, no sentido de se "degradar", a pessoa pode continuar "jovem".

A saúde que aparece no discurso leigo não se refere ao saudável como ideologia de promoção da saúde positiva, nem no que respeita à gestão do quotidiano – no que o saber leigo se advoga competente –, nem no relativo à relação com a instituição médica que é exclusivamente equacionada como competente na doença. A representação de saúde encontrada é de tipo negativo, ausência de doença, com as crenças de base subjetiva (cultural e feita de experiência) a ela associadas. Assim se compreendem os raciocínios que justificam com "ter saúde" ("sou saudável", "sou uma pessoa com saúde", "não tenho problemas") o desinteresse pelo convívio com a medicina preventiva, deixando subentendida a interpretação de que a medicina é para os casos de "não saúde".

Em "discurso público", afirma-se o princípio da adesão à norma da medicalização preventiva mas, nas práticas, essa adesão não se traduz numa atitude generalizada. Como todas as outras práticas em que

o indivíduo se investe, o recurso à medicina preventiva resulta de uma negociação íntima em que cada prática não é encarada por si só, mas em relação com as outras práticas que concretizam o sentido da existência. A relação com a doença reconhece o saber da medicina e a ele aceita submetê-la. Mas a doença dos leigos não é a mesma doença dos profissionais, no sentido em que não se refere aos sinais objetivos, inscritos no corpo, que as técnicas de diagnóstico podem detetar, mas se refere aos sintomas autopercebidos e à interpretação leiga que deles se faz. É quando se sente doente que o leigo recorre à medicina.

O saber leigo estabelece uma separação entre o que é a "doença", acontecimento episódico e ameaçador, e o que são os "males" do quotidiano, situações de incómodo nas quais inclui as consequências das doenças crónicas depois de diagnosticadas e orientadas terapêuticamente (porque, antes de o serem, são "doença"). E é também a partir da percepção que faz da doença e seus contextos que o pensamento leigo equaciona a causalidade do adoecer, distinguindo as causas exteriores (as circunstâncias da vida) da responsabilidade individual de a elas se expor. Nesses eixos de classificação assenta a concetualização de saúde como não-doença que, situando do lado da saúde os "males normais", constitui o terreno onde se enraíza a representação de saudável dissociada da prevenção da doença.

A "doença" é domínio do saber médico e a ele os doentes têm a responsabilidade de se dirigir em caso de sinais ou sintomas de doença. Os "males normais" podem ou não ser apresentados ao médico consoante os sinais que dão e as circunstâncias em que se revelam, competindo ao indivíduo a responsabilidade de os saber gerir evitando recorrer à medicina sem necessidade. Ter saúde é uma virtude moral e adoecer é cair em desgraça (Cornwell, 1984) e é precisamente isso que se procura impedir pelo evitamento da medicina.

A relação dos leigos com a instituição médica releva assim da autoridade do saber científico especializado no que respeita à "doença", atualizando a leitura de Parsons e não da ciência moderna no que respeita à prevenção como domínio atribuído da instituição médica. No entanto, ela apresenta-se caracteristicamente moderna no que tem de medicalizada no sentido amplo de percepção e utilização da multiplicidade de opções que não se confinam à pessoa de "o médico" como representante da instituição, mas se orientam por entre "os médicos" e "os medicamentos" (e por entre outros sistemas terapêuticos), numa escolha de decisão individual que releva das competências de gestão da doença (Bury, 1997).

Face à "colonização", pela medicina, do pensamento e da atuação sobre a doença que dela torna dependente o saber leigo, este reage pela

via da resistência à alienação do poder sobre o corpo-identidade, reivindicando competências de ação no âmbito da saúde. Mas simultaneamente com essa cultura de resistência à medicalização do quotidiano, o domínio da doença apresenta-se imbuído da colonização pela racionalidade científico-médica, delimitada a resistência à contestação indireta da exclusividade da autoridade da medicina. Diversificam-se os recursos a vários profissionais médicos e não médicos e recorre-se por autodecisão aos meios medicamentosos numa lógica de subversão que retira à medicina a prerrogativa da decisão sobre o seu uso, ao mesmo tempo que demonstra também a impregnação pela ideologia do consumo.

### Conclusão

A análise dos discursos no domínio das práticas e representações da saúde dá a ver "o saudável" como subjetivo e cultural, muito mais do que racional-científico, embora contenha a informação da ciência e com ela interaja. A reflexividade como processo de implicação do "eu" com o conhecimento (Giddens, 1992) apresenta-se, nas racionalidades leigas, carregada de ambiguidades concetuais e de relativizações das normas que lhe estão associadas, numa coerência interna que se refere à articulação do conhecimento com a teia dos valores, símbolos, significados e normas, com hábitos adquiridos e com constrangimentos sociais (Nicolini e Holti, 2003). As escolhas de "estilo de vida", espaços de objetivação do saudável, não são livres em absoluto, mas condicionadas pela estrutura social e incorporadas em sistemas simbólicos contingentes porque expressivos e estéticos. Ou seja, com Lash (2000) podemos concluir que a identidade não é apenas individual mas também social, querendo-se reconhecida e confirmada pelos outros.

O trabalho e a família, como condições estruturais da integração, e "o gosto" como disposição estruturante, tal como demonstrou Bourdieu (1979), orientam e condicionam a construção da identidade de forma mais marcante do que a preocupação moderna com o saudável. "Agir saudável" é uma imposição disciplinar (Foucault, 1976) que requer esforço de autocontrolo nas sociedades modernas em que o consumo se tornou cultura (Baudrillard, 1981) e a saúde deixou de ser uma dádiva para ser uma tarefa produtiva de autorrealização (Cockerham et al., 1997). No campo do saudável, dinâmica pela qual a ciência entra no "mundo da vida" (Schutz, s.d.) através do sistema especializado da medicina, a identidade incorporada em práticas assume-se como projeto aos níveis psico e social mas não no nível bio a que a ideologia do saudável dá prioridade. A lógica da ciência que pretende orientar as escolhas dos indivíduos em matéria de saúde corporal constitui informação que o pensamento leigo integra como

crença, mas não conhecimento assimilado no sentido de impregnação da ação (Lahire, 2005). Como se a subjetividade imbuída nas atividades do quotidiano resistisse a alienar o "saber prático" em matéria de saúde, recusando a objetivação que especializa o elemento biológico.

Os processos de lidar com a informação revelam-se deliberadamente defensivos em relação à percepção de vulnerabilidade subjacente à sociedade do risco (Beck, 1998), fortemente resistentes à invasão do quotidiano e das representações a ele associadas de bem-estar e de saúde, por uma racionalização disciplinar dirigida à vigilância do corpo.

A subjetividade na relação do eu com "as saúdes" afirma-se em processos diferentes, circunstanciais (cuja relação com as posições e os capitais sociais poderão constituir o objeto de outros estudos), que apontam para identidades mais e menos "modernas", no sentido de impregnadas de objetivação e racionalização. A consciência do corpo e o interesse que se lhe atribui não se manifesta como preocupação construtiva no sentido de autorrealização da saúde por via de comportamentos "higiênicos" (Herzlich, 1969), configurando uma "cultura de resistência" que contesta a objetivação das práticas quotidianas como actividades de orientação especializada (Fox, 1998).

O projeto moderno das identidades que se autoconstróem aparece nesta pesquisa referido ao bem-estar familiar e profissional, mas não à saúde que se dá a ver como questão de destino (mais ou menos religioso ou secular).

A saúde como "destino", mais do que como resultado da autoprodução do estilo de vida, foi o que esta pesquisa encontrou como tendência claramente dominante.

## Notas

<sup>1</sup> Pesquisa realizada no âmbito do CEMRI-UAb com apoio da FCT-Feder.

<sup>2</sup> Amostra: 50 mulheres e 31 homens, dos 24 aos 72 anos, residentes no Norte de Portugal, diversificados quanto a género, idade, tipo de família, local de vida, escolaridade, profissão e posição de classe. A amostra não tem representatividade estatística. Foi construída aleatoriamente a partir de amostra de crianças de escolas públicas e privadas do ensino básico e secundário em quatro regiões distintas: Porto, Bragança, Viana e Vale de Cambra.

## Referências Bibliográficas

- ALVES, F. (2011), *A Doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas de saúde e doença mental*, Porto, Afrontamento.
- AUGÉ, M. e C. Herzlich (1984), *Le sens du mal*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.
- AUGUSTO, A. (2006), "Infertilidade e reprodução medicamente assistida: definição de contextos e produção de significados", in G. Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde; Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.
- BÄCKSTRÖM, B. (2009), *Saúde e imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*, Lisboa, ACIDI.
- BARTLEY, M.; D. Blane e G. Smith (1998), "Beyond the Black Report", *Sociology of Health & Illness*, 20 (5): 563-577.
- BASZANGER, I. (1986), "Les Maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue Française de Sociologie*, XXVII: 3-26.
- BAUDRILLARD, J. (1981), *A sociedade de consumo*, Lisboa, Edições 70.
- BECK, U. (1998), *La Sociedad del riesgo*, Barcelona, Paidós.
- BLACKBURN, C. (1999), "Poor health, poor health care – the experiences of low-income households with children", in M. Purdy e D. Banks (eds.), *Health and exclusion: policy and practice in health provision*, Londres, Routledge.
- BLAXTER, M. (1998), *Health and lifestyles*, Londres, Routledge.
- BOLTANSKI, L. (1971), "Les Usages sociaux du corps", *Annales Économies, Sociétés, Civilisations*, 26: 205-233.
- BOURDIEU, P. (1979), *La Distinction – critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- BUNTON, R. (1997), "Popular health, advanced liberalism and good housekeeping magazine", in A. Petersen e R. Bunton (eds.), *Foucault – Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- BURTON-JEANGROS, C. (2004), *Cultures familiales du risque*, Paris, Anthropos.
- BURY, M. (1982), "Chronic illness as biographical disruption", *Sociology of Health and Illness*, 4 (2): 167-182.
- BURY, M. (1997), *Health and illness in a changing society*, Londres, Routledge.
- CALNAN, M. (1987), *Health and illness the lay perspective*, Londres e Nova Iorque, Tavistock Public.
- CALNAN, M. e Williams, S. (1991), "Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances", *Sociology of Health and Illness*, 13 (4): 506-529.
- CARAPINHEIRO, G. (1998), *Saberes e poderes no hospital*, Porto, Afrontamento.
- CARAPINHEIRO, G. e P. Page (2001), "As determinantes globais do sistema de saúde português" in *Risco social e incerteza. Pode o estado social recuar mais?*, ed. de P. Hespanha e G. Carapinheiro, Porto, Afrontamento, pp: 81-121.
- CARAPINHEIRO, G. (2006), "A Saúde enquanto matéria política", in G. Carapinheiro (ed.), *Sociologia da Saúde; Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.

- CHARMAZ, K. (1983), "Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill", *Sociology of Health and Illness*, 5 (2): 168-195.
- CHAUVIN, P. (1998), "Précarisation sociale et état de santé: le renouvellement d'un paradigme épidémiologique", in J. Lebas e P. Chauvin (eds.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion.
- COCKERHAM, W. et al. (1997), "Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving Beyond Weber", *The Sociological Quarterly* 38(2): 321-342.
- CORNWELL, J. (1984), *Hard-earned lives*, Londres, Tavistock Publications.
- CRAWFORD, R. (1977), "You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming", *International Journal of Health Services*, 7 (4): 663-681.
- DRULHE, M. (1996), *Santé et société - le façonnement sociétal de la santé*, Paris: PUF.
- EYLES, J. (2001), "What determines health? To where should we shift resources? Attitudes towards the determinants of health among multiple stakeholder groups in Prince Edward Island, Canada", *Social Science and Medicine*, 53 (12): 1611-1619.
- FASSIN, D. (1996), *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF.
- FOUCAULT, M. (1976), *La Volonté de Savoir. Histoire de la Sexualité 1.*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1997), *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF.
- FOX, N. (1998), "The Promise of postmodernism for the sociology of health and medicine", in G. Scambler e P. Higgs (eds.), *Modernity, medicine and health - debate on postmodernism*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- FREIDSON, E. (1984), *La Profession médicale*, Paris, Payot.
- GASTALDO, D. (1998), "Is Health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power", in A. Petersen e R. Bunton (eds.), *Foucault - Health and Medicine*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- GIDDENS, A. (1992), *As Consequências da modernidade*, Oeiras, Celta.
- GIDDENS, A. (1997), *Modernidade e identidade pessoal*, Oeiras, Celta.
- HANCOCK, T. (1993), "The Health City from concept to application - implications for research", in J. Davies e M. Kelly (eds.), *Health Cities - research and practice*, Londres, Routledge.
- HANNAY, D. (1980), "The «Iceberg» of Illness and «Trivial» Consultations", *J. of the Royal College of General Practitioners*, 551-554.
- HELLMAN, C. (2000), *Culture, health and illness*, Oxford, Butterworth-Heinemann.
- HERZLICH, C. (1969), *Santé et maladie - analyse d'une représentation sociale*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- HERZLICH, C. e Pierret, J. (1991), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- HERZLICH, C. (2000), "Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social" in M. Augé e C. Herzlich, *Le Sens du mal*, Paris: Éditions des Archives Contemporaines, pp. 189-216.
- ILLICH, I. (1975), *Némésis Médicale - L'expropriation de la Santé*, Paris, Seuil.
- KLEINMAN, A. (1988), *The Illness Narratives*, Nova Iorque, Basic Books, Inc.
- LAHIRE, B. (2005), "Patrimónios Individuais de Disposições - Para uma sociologia à escala individual", *Sociologia, Problemas e Práticas*(49): 11-42.
- LASH, S. (2000), "A Reflexividade e os seus duplos. Estrutura, estética, comunidade" in U. Beck, A. Giddens e S. Lash, *Modernização reflexiva. Política, tradição, e estética no mundo moderno*, Oeiras, Celta, pp. 105-164 e 187-204.
- LECLERC, A. et al. (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.
- LOPES, N. M. (2006), "Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização", in G. Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde; Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.
- LOPES, N. M. (2010), *Medicamentos e Pluralismo terapêutico, práticas e lógicas sociais em mudança*, Porto, Afrontamento.
- MASSÉ, R. (1995), *Culture et santé publique*, Montréal e Paris, Gaetan Morin.
- McKEOWN, T. (1990), "The medical contribution", in N. Black et al. (eds.), *Health and Disease - a Reader*, GB e EUA, Open University Press.
- McKINLAY, J. et al. (1989), "A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States", *International Journal of Health Services*, 19 (2): 181-208.
- MECHANIC, D. (1960), "The concept of illness behavior", *J. Chrom. Dis.*, 15 (2): 189-194.
- MINKLER, M. (1999), "Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at Century's end", *Health Education and Behavior*, 26 (1): 121-140.
- NICOLINI, D. e R. Holti (2003), "Teorização baseada na prática e compreensão da mudança participativa nas organizações", *Cadernos de Ciências Sociais* 23(Dezembro): 21-39.
- PARSONS, T. (1964), *The Social System*, Nova Iorque, Free Press.
- SCHUTZ, A. (s.d.), *The Phenomenology of the social world*, Evanston, Northwestern University Press.
- SERRA, H. (2006), "Da tecnologia à tecnocracia. Estratégias de poder médico no limiar das fronteiras entre especialidades: o caso da transplantação hepática", in G. Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde; Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.
- SILVA, L. (2005), *Saúde/Doença é questão de cultura - Atitudes e comportamentos de saúde materna*

- nas mulheres ciganas em Portugal*, Lisboa, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- SILVA, L. F. (2008), *Saber Prático de Saúde, As lógicas do saudável no quotidiano*, Porto, Afrontamento.
- SILVA, L. F. e F. Alves (2003), *A Saúde das Mulheres em Portugal*, Porto, Afrontamento.
- STRAUSS, A. (1992), *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.
- TOWNSEND, P. e N. Davidson (eds.) (1983), *Inequalities in health – the black report*, GB, Penguin Books.
- TURNER, B. (2000), "The History of the Changing Concepts of health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories", in G. Albrecht, R. Fitzpatrick e S. Scrimshaw (eds.), *The SAGE Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications.
- WHITE, D. (2000), "Consumer and community participation: a reassessment of process, impact and value", in G. Albrecht et al. (eds.), *The SAGE Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage.
- WILLIAMS, G. (1984), "The genesis of Chronic Illness: narrative re-construction", *Sociology of Health & Illness*, 6: 175-200.
- WILLIAMS, G. e J. Popay (2001), "Lay health knowledge and the concept of the lifeworld", in G. Scambler, (ed.), *Habermas, critical theory and health*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- WILLIAMS, S. (1999), "Is anybody there? Critical realism, chronic illness and the disability debate", *Sociology of Health & Illness*, 21 (6): 797-819.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986), "Ottawa Charter for Health Promotion", *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, Canadá.
- ZEMPLÉNI, A. (1985), "La Maladie et ses Causes", *L'Ethnographie*, 2: 13-44.
- ZIGLIO, E. et al. (2000), "Health promotion development in Europe: achievements and challenges", *Health Promotion International*, 15 (2): 143-154.
- ZOLA, I. (1966), "Culture and symptoms – an analysis of patients' presenting complaints", *American Sociological Review*, 31 (5): 615-630.
- ZOLA, I. (1973), "Pathways to the doctor – from person to patient", *Social Science & Medicine*, 7: 677-689.



# OUTROS CORPOS: IMIGRAÇÃO, SAÚDE E ETNOPOLÍTICAS DA CIDADANIA

---

Chiara Pussetti

■ Investigadora Sênior do CRIA e Professora Auxiliar Convidada do ISCTE/IUL (chiaragemma.pussetti@gmail.com)

Vitor Barros

■ Doutorando em Spanish, Portuguese & Latin American Studies no King's College (Londres) (dawidbar@googlemail.com)

## Resumo

No contexto recente da União Europeia os assuntos relacionados com a imigração tomaram uma importância fundamental na atividade governamental, criando a necessidade de estudar, categorizar e monitorizar as populações migrantes, assim como promover a sua integração. Este artigo explora a ideia de que, entrelaçados com retóricas como a da "pobreza" e a "vulnerabilidade", os programas sociais de cariz assistencialista que tomam por objeto as populações migrantes desfavorecidas equacionam o objetivo da redução da pobreza com o objetivo de orientar a sua conduta no sentido de hábitos e projetos de vida mais responsáveis e saudáveis. Este artigo irá também explorar, centrando-se no contexto português, como estas intervenções são inerentemente racializadas, constituindo um tipo de etnopolítica dirigida a populações imigrantes, concebidas como necessitadas e desfavorecidas – não apenas de recursos económicos mas também de recursos de cidadania. Partindo de um conjunto de debates sobre o governo do corpo e da saúde no liberalismo avançado, o artigo sugere tópicos para uma nova agenda de investigação sobre pobreza, risco, imigração e o sector da saúde pública.

**Palavras-chave:** imigração, pobreza, assistencialismo, saúde

## Abstract

In the recent context of the European Union governmental activity, immigration-related issues became of pivotal importance, raising the need to study, categorize and monitorize immigrant populations, as well as to promote their integration. This paper explores the idea that, interwoven with rhetorics such as "poverty" and "vulnerability", social care programs targeting deprived migrant populations equate reducing poverty with guiding their conduct towards more responsible, healthier habits and life projects. This paper will also argue, focusing on the Portuguese context, how these interventions are inherently racialized, constituting a kind of ethnopolitics targeting migrant populations conceived as needy and deprived – not only of economical resources but also of citizenship resources. Building upon a set of debates on governing the body and health under advanced liberalism, this paper suggests ideas towards a new research agenda on poverty, risk, immigration, and the public healthcare sector.

**Keywords:** immigration, poverty, social care, health

No recente contexto da União Europeia os assuntos relacionados com a migração tomaram uma importância capital para a atividade governamental, fazendo emergir a necessidade de estudar, categorizar e monitorizar as populações migrantes e a sua integração. Embora uma parte substantiva da produção nas ciências sociais se tenha concentrado precisamente nas resistências e dificuldades da integração dos imigrantes em estruturas sociais

preexistentes (processos de discriminação, controle, punição e exclusão), já o complexo dispositivo assistencialista que se construiu em torno dos imigrantes é frequentemente alvo de menos interesse. E no entanto, nas últimas décadas, disponibilizaram-se importantes estruturas de financiamento e mobilizaram-se os mais diversos agentes e campos de *expertise* no sentido de criar e expandir uma rede de cuidados sociais responsável pela intervenção

junto de populações desfavorecidas com exclusiva ou elevada incidência de imigrantes. Na verdade, poderíamos dizer que mais que a monitorização de integração dos imigrantes, o principal campo de problematização governamental tem sido as condições de *vida excedente* (Cowen e Shenton, 1996; Duffield, 2007) do culturalmente outro, tendo-se realizado impressionantes esforços aos níveis nacional e transnacional no desenvolvimento de políticas e implementação de variadíssimos programas que provocaram tensões sociais, fissuras políticas e questionamento constante sobre o papel do Estado e os estatutos de cidadania.

O nosso objectivo, neste artigo, é indagar a forma particular como os programas de intervenção junto destas populações tentam gerir uma tensão que se expressa numa dicotomia vulnerabilidade/risco, que por sua vez se expressa numa outra dicotomia assistência/segurança. Mesmo quando tal não é claramente formulado, devido às suas assunções de base, os sectores de apoio social têm visado cada vez mais as populações migrantes, entrando, por exemplo, nos bairros sociais através de projetos de proximidade às comunidades. Programas que têm tido a particularidade, nos últimos tempos, de ir além de aliviar as condições de pobreza destas populações: eles desenvolvem atividades que intervêm profundamente na organização do seu quotidiano, orientando o seu comportamento, corpos, moralidade e estilos de vida.

O interesse último da nossa pesquisa é portanto olhar para a contradição aparente entre os objetivos de proteção e correção evidentes nestes programas e políticas sociais, questionando as formas de problematização – da configuração histórica de um dado objeto de intervenção aos projetos elaborados com um determinado fim em vista – e os campos de ação – instituições, atores, saberes, instrumentos – a partir dos quais se promove a gestão, a monitorização e a orientação das características físicas, mentais, comportamentais, ou morais de determinadas populações<sup>1</sup>. Olhando para este tipo particular de “tecnologias de cidadania” (Inda, 2006) no Portugal contemporâneo, prestaremos especial atenção, por um lado, aos processos pelos quais certos modos de vida dos imigrantes têm sido considerados particularmente problemáticos, prestando atenção principalmente à trajetória que liga a orientação das políticas públicas ao desenvolvimento das instituições e práticas de apoio social, à forma como os migrantes articulam estas normas com as suas próprias estratégias de vida.

Para os objetivos deste artigo, apresentaremos alguns exemplos centrados na relação entre profissionais dos serviços sociais e os seus utentes imigrantes, segundo uma metodologia do que se poderia chamar uma etnografia de interface. Aqui o objeto último de estudo não são políticas públicas,

instituições de solidariedade, ou pessoas em situação de pobreza, como se constituíssem diferentes níveis de análise do macro ao micro, mas sim a análise da própria constituição de um campo de problematização e intervenção sobre a conduta humana, que não pode ser concebida ou praticada fora dessa mesma configuração. Estudar a interface não é portanto estudar a graduação qualitativa da intervenção ou da experiência de uma pobreza preexistente, mas sim estudar a relação entre os diferentes elementos que estão presentes na emergência de um campo chamado pobreza – no caso, a pobreza ligada à circulação da vida migrante excedente – no qual e perante o qual tanto as instituições como a ação humana se passam a definir.

### *Dependência e responsabilidade: o trabalho da compaixão*

Os desenvolvimentos da economia portuguesa dos últimos anos, enquadrados num contexto de crise económica global, espoletaram as habituais medidas de contenção na despesa pública, mas também a habitual preocupação por aqueles já em condições desfavorecidas que sofreriam mais com os cortes nos benefícios sociais. O novo governo que tomou posse a 21 de Junho de 2011 anunciou a 5 de Agosto na voz de Pedro Mota Soares, ministro da Solidariedade e Segurança Social, um novo Programa de Emergência Social, num discurso com três importantes argumentos implícitos. O primeiro prende-se com o debate que opõe a dependência à capacitação dos indivíduos no sistema de *welfare*: “*vamos investir nas pessoas*”; “*não queremos que as prestações sociais se transformem numa forma de assistência permanente*”; “*como diz o provérbio chinês, nuns casos damos o peixe, nos outros ensinamos a pescar*”. O segundo diz respeito ao descontentamento social que opõe o valor do trabalho à fraude do sistema: “*a sociedade portuguesa quer garantir a todos uma oportunidade baseada no valor do trabalho e não quer que o dinheiro dos seus impostos seja permeável à fraude e ao abuso*”. O terceiro salienta o debate em torno do papel do Estado que discute a promoção de uma rede social baseada no Estado por oposição à privatização do sector de assistência social: “*É um programa que não quer dizer mais Estado, mas mais instituições sociais e melhor política social. Uma rede de solidariedade social conta com todos. Contamos com a proximidade e a experiência das instituições sociais no terreno.*”

Estes debates não têm evidentemente nada de original nas idiosincrasias da atualidade portuguesa. A tendência da reconfiguração da rede de cuidados sociais anda intimamente ligada a mudanças paradigmáticas extremamente relevantes nas últimas décadas, onde o Estado tem desempenhado um

papel cada vez mais complexo, e onde o contexto americano surge inevitavelmente como o vocativo mais determinante a nível internacional. Da variadíssima série de razões que tornaram famosa a presidência de Bill Clinton, uma delas foi seguramente a de ter feito passar o Personal Responsibility and Work Opportunity Act (PRWORA) em 1996, que ficaria conhecido por Welfare Act, que iria, nas suas próprias palavras, “*end welfare as we know it*”. O objectivo era eliminar a dependência do sistema assistencialista, capacitando as pessoas para serem autossuficientes, autónomas, responsáveis e membros produtivos da sociedade. A importância da lei, que, de resto, seria vista por muitos sectores como o restaurar da “ética americana do trabalho”, enquadra-se num longo debate sobre a dependência do assistencialismo que pairava há várias décadas na sociedade americana. O mito da *welfare queen*, a mãe solteira negra conduzindo um *Cadillac* que defraudava impunemente o sistema de benefícios sociais, usado exaustivamente por Ronald Reagan na sua famosa campanha presidencial de 1976, tornou-se não apenas parte do folclore americano – na verdade, também do europeu – como se tornou também um substituto de duas questões sociais particularmente complexas.

Em primeiro lugar reconfigurou em termos atuais a pobreza como um dos problemas quintessenciais das sociedades modernas onde, em termos gerais, os sujeitos constituintes de população excedente sempre foram a antítese do sujeito liberal. Por um lado, descreveu a constituição de uma classe de sujeitos dependentes sem dignidade nem autonomia, que não eram capazes ou não desejavam ser autossuficientes e tomar conta de si mesmos. Por outro lado, relacionou os beneficiários do sistema com sujeitos desprovidos de carácter moral e, por extensão, construiu a ideia do sistema de apoio social como uma cobertura para a apatia, preguiça e decadência moral.

Em segundo lugar, com a associação direta às populações migrantes, ajudou a reclassificar a pobreza de um problema essencialmente de natureza classista de desigualdade socioeconómica e má distribuição de rendimentos em direção a um problema inerentemente racializado de desvio comportamental, deficiências morais e patologia cultural.

Esta nova racionalidade de tom cultural na preocupação de governar uma população – para a qual as ciências sociais (e a Antropologia e a Sociologia em particular) deram um importante contributo – tornou-se um substituto parcial mas particularmente eficiente para o racismo biologicamente determinado de tempos coloniais. De facto, emerge do próprio processo de descolonização, quando uma migração em massa inverte o fluxo tradicional norte-sul e muda radicalmente a configuração da relação entre comunidades nacionais,

circulação de população excedente e segurança internacional num novo tabuleiro político de estados igualmente legítimos e independentes (Duffield, 2007). A circulação da diferença cultural tornou-se não apenas uma questão de segurança, como promoveu também um dos mais impressionantes mecanismos de agentes e instituições do período pós-guerra: o desenvolvimento.

A expansão da ideia liberal de aperfeiçoar e melhorar os contextos políticos – por definição subdesenvolvidos, como a designação atual de *estados falhados*, por exemplo, continua a demonstrar –, de onde um número incontável de migrantes legais e ilegais, não-cidadãos e refugiados estavam a fugir, revestiu-se de uma importância fundamental. Agir a vários níveis, desde as crises de fome, as epidemias crónicas, a pobreza, a instituições políticas frágeis, às perpeções culturais do corpo e da vida que não respeitam o sentido liberal dos direitos e da liberdade, era atacar ao mesmo tempo uma ameaça às coesões nacionais e à segurança internacional.

Os pressupostos liberais de intervenção sobre as condições de vida do “outro” continuaram até ao presente. Num famoso discurso sobre a “guerra à pobreza”, George W. Bush declarava em 2002<sup>2</sup> como necessariamente as ações ligadas à ajuda para o desenvolvimento têm de estar conectadas com reformas jurídicas, políticas e económicas, e como, *insistindo na reforma, estaremos fazendo o trabalho da compaixão*. De acordo com o seu discurso, homens e mulheres são naturalmente feitos para a liberdade económica e política; são agentes que, se lhes for dada a oportunidade, se forem ajudados, desenvolverão o seu espírito de iniciativa, serão agentes economicamente racionais, terão melhor educação, serão livres e a prosperidade virá com o triunfo da liberdade. *Ficando do lado da liberdade e do bom governo, libertaremos milhões de pessoas da prisão da pobreza*.

Estes sujeitos são construídos como vulneráveis, mas também como um risco: faltam-lhes as competências necessárias para exercerem a sua liberdade, mas também lhes faltam os traços morais e psicológicos centrais à *performance* da cidadania liberal, como a autossuficiência, a autonomia ou até o controle das paixões ou impulsos sexuais. Dizem-nos portanto que devemos agir a dois níveis: um que é estrutural, onde o objetivo é criar as instituições certas, promover a sociedade civil, remover os obstáculos políticos e económicos ao desenvolvimento; e um que é pedagógico, onde o objetivo é educar, cultivar as competências do indivíduo, promovendo uma transformação moral e pessoal em direção a um *self* autónomo e liberal.

A primeira dimensão da nossa problematização é portanto esta atenção obsessiva com as populações desfavorecidas – e em particular as populações oriundas de contextos subdesenvolvidos

–, que continua até aos nossos dias, esta mentalidade que sustenta a constituição de um domínio de intervenção sobre aqueles que, supostamente, não conseguem cuidar de si próprios. Mais ainda, é necessário indagar como é que este problema se torna inextrincável da retórica que constitui estas intervenções como um imperativo humanitário, uma base da civilização, uma conquista do progresso da humanidade – porque o princípio retórico que lhes subjaz continua a sustentar que fazer estas reformas é *fazer o trabalho da compaixão*. Como vimos, estas intervenções têm-se centrado no bem moral de ajudar os outros, mas também com os riscos associados a populações vistas como vulneráveis, ao mesmo tempo em risco, e constituindo um risco.

A segunda dimensão da nossa problematização é a particularidade de que este intervencionismo pós-Segunda Guerra Mundial sobre a pobreza é, desde a sua origem, inerentemente racializado, radicado na passagem de uma preocupação colonial com “tipos biológicos num lugar” para uma preocupação contemporânea com “tipos culturais a circular”, simbólica e politicamente projetados nos imigrantes, a corporificação da diferença cultural em movimento (Duffield, 2007). A política do assistencialismo é portanto, iminentemente, uma etnopolítica de cidadania. Mais uma vez, tal não significa que a racionalidade de intervenção sobre a pobreza seja racista, mas sim racializada; tal como não é de natureza neocolonial, mas sim, literalmente, pós-colonial. O que podemos ver que foi perpetuado, outrossim, é a divisão de grupos humanos de acordo com a falta de traços ou disposições biopsicológicas, culturais ou morais, que necessitam de ser tratados com educação e orientação, justificando uma forma de tutela liberal (Cowen e Shenton, 1996; Mehta, 1999) sobre essas populações.

#### *A ditadura da benevolência: educar, disciplinar, corrigir*

Para analisar as relações entre o sector da assistência social, a *expertise* médica e o governo dos corpos, começámos a acompanhar alguns projetos portugueses de intervenção social e realizámos entrevistas com profissionais destes mesmos projetos. Em todos os projetos – que desejam educar e apoiar os cidadãos necessitados – sublinha-se explicitamente a preocupação e as dificuldades que tentam enfrentar através da intervenção nos bairros sociais. Uma psicóloga, chefe de um projeto de intervenção social num bairro periférico de Lisboa, identifica assim o problema que a sua organização tenta resolver:

*Um dos traços comuns de uma grande parte desta população pobre é a sua vulnerabilidade física, psíquica e social: a perigosa fragilidade*

*que os torna seres passivos e dependentes. A intervenção socioeducativa visa recolocar estas pessoas na sociedade, fortalecendo a sua autonomia através da sua capacitação, que irá conduzir à sua emancipação. Tentamos ajudar os imigrantes a aprender a autodisciplina. Temos de ensiná-los a gerirem-se melhor, a utilizarem as suas casas de forma conveniente e adequada, a cuidarem de si e dos seus filhos com dignidade.*

Uma assistente social de um projeto de educação e prevenção no âmbito da saúde identifica com estas palavras as dificuldades principais dos seus utentes:

*Para eles se tornarem cidadãos portugueses devem adquirir as nossas regras: higiene, competência e responsabilidade em relação à saúde e ao cuidado pessoal e familiar são um requisito fundamental. Promover uma responsabilização individual e social significa criar hábitos saudáveis, uma ética do trabalho, características indispensáveis para tornar estas pessoas independentes.*

Salienta outro técnico de reinserção social:

*Mudar mentalidades é difícil e é preciso obrigá-los a vir, senão não fazem.*

A premissa de partida aqui, porquanto implícita, é que estas pessoas não têm a competência necessária para gerir as suas próprias vidas. Embora possam reconhecer o que é do seu próprio interesse, não têm a disciplina necessária para tornar o comportamento compatível com a intenção. As suas vidas são desordenadas ao ponto de nenhuma oportunidade ou incentivo, porquanto claros, poder induzi-los a agir no seu próprio interesse. Neste contexto, então, a assistência social deve agir como uma autoridade de supervisão e disciplina, para o próprio bem dos utentes, que “precisam de ser ensinados a viver de forma construtiva”. Ao adotar essa postura, o sector de assistência convida os assistentes sociais a atuar como figuras de autoridade, além de como figuras de suporte. A aproximação metafórica do imigrante com a criança, que precisa de ser educada, disciplinada e conduzida de mão dada na direção certa, está presente na maior parte das entrevistas que realizámos. Reportamos duas, a título de exemplo, para ilustrar este tipo de racionalidade. Coordenadora de um projeto de intervenção social:

*Na nossa opinião, estes indivíduos vulneráveis não sabem gerir as opções que têm à disposição, não sabem como escolher o caminho certo, e portanto vamos-lhe dar uma mão,*

*como se faz para ajudar as crianças, andar juntos de mãos dadas. Esta é a melhor definição de vulnerabilidade: são pessoas pobres, carentes de responsabilidade, educação, iniciativa, e portanto precisam de apoio, como as crianças. Temos de lhe dar uma direção, dizer claramente por aqui sim, por aí não: ainda não chegámos ao ponto em que estas pessoas estão prontas para caminhar sozinhas.*

E reforça o perito independente do PNAI:

*Este pessoal, se não tiver umas pessoas no local a ensinar, não vai aprender. Se o gado não tiver pastor sente-se abandonado. Ao acabarem os projetos, as pessoas ficam desamparadas. É como uma mãe que abandona o filho sem o encaminhar, sem lhe abrir caminho e dizer para seguir por ali. Pode dizer onde ir, mas se não lhe der a mão ele não vai lá, tem medo de avançar. Para que esta gente realmente faça algo, é preciso empurrar. Empurrar significa que é preciso obrigar um bocadinho, porque as pessoas não vão lá. Portanto, tem de ser assim, tem de ser dando informação às pessoas e obrigando.*

Como crianças, nessa visão, as pessoas vulneráveis não têm a capacidade de saber o que é do seu próprio interesse, e ainda menos de desenvolver a autodisciplina necessária para agir eficazmente na base destes conhecimentos. Como os adultos, os profissionais da assistência social estão na posição certa para compreender de facto qual é o interesse dos outros. Além disso, os adultos têm a obrigação moral de usar a sua autoridade para dirigir e supervisionar as crianças de forma a ajudá-las a crescer. Para o próprio bem da criança, eles devem dizer *não* de vez em quando para limitar a criança, devem-se impor quando a criança opõe resistência, e devem punir a criança quando é necessário, para corrigir o seu comportamento.

O desafio é transformar os cidadãos carenciados de recetores passivos de assistência em indivíduos ativos e autónomos: para este efeito, existem formas de reinserir os excluídos em circuitos de autogestão responsável, para os reconstituir ativando as suas capacidades de cidadania autónoma. O governo dos margens, por outras palavras, não é tanto um mecanismo de controle social, mas mais um espaço de criação de cidadania. A luta à marginalidade é uma espécie de trabalho de transformação moral, enquanto procura estabelecer virtudes cívicas e cultivar bons hábitos e disposições mentais, e condutas corretas. Portanto, autossuficiência e integração no trabalho, respeito, obediência e autodisciplina como membro da comunidade são considerados como não apenas um bem moral, mas como um

pré-requisito para a cidadania: condições prévias para ter as bases morais de um bom membro da sociedade que portanto merece respeito e direitos iguais, e que pode ser considerado competente para participar na vida cívica.

### *Patologias sociais: prevenir e curar*

O sector de assistência social não tenciona simplesmente impor decisões aos pobres, mas curar melhor as patologias mais profundas da dependência e da desordem – para os transformar em sujeitos capazes de regular o seu comportamento em maneiras novas e mais adequadas. Apesar de existirem diferentes técnicas de intervenção social que partilham o objetivo de conduzir os marginais na direção de uma cidadania responsável, decidimos aqui abordar somente um dos âmbitos da nossa pesquisa, o da saúde, apresentando alguns dados preliminares que podem exemplificar como esta forma de cuidar dos imigrantes orientando a sua conduta se inscreve de forma profunda na vida das pessoas. O campo de intervenção médica, na verdade, tem um papel central na despolitização do governo da vida e da morte, da saúde e da doença, na tentativa de levar as pessoas a ter hábitos saudáveis, a reduzir riscos, a ter certas conceções normalizadas do seu corpo, na pedagogia, enfim, daquilo que medicamente é considerado um corpo saudável.

Consideremos que as pessoas que solicitam subsídios sociais do Estado são aconselhadas (muitas vezes obrigadas, como condição para receber o subsídio) a frequentar *ateliers* destinados a implementar as suas capacidades e a orientar o seu próprio projeto de vida. Analisámos, portanto, alguns cursos destinados à implementação de uma parentalidade positiva através de ações específicas de aconselhamento, educação e treino parental, destinadas a promover responsabilidade, a melhorar as competências com os filhos e a prevenir a reincidência de gravidez.

Pelas palavras de uma técnica de desenvolvimento comunitário:

*Temos os imigrantes africanos com uma questão cultural muito grande, que é: temos famílias monoparentais, mães sozinhas com 3, 4, 5 filhos. Para o homem africano usar preservativo, quando eu introduzo isso a falar com elas, a explicar que é importante, que é por causa das doenças, elas aquilo que me dizem é que elas não aceitam, não querem, não usam. Também acredito que os africanos, a nível de sexualidade, têm as coisas um bocadinho mais à flor da pele. Mas em África é a comunidade que cria, eles vão tendo os filhos e a própria comunidade os cria. Aqui em Portugal continuam a reproduzir*

*esse comportamento, criando os filhos com os nossos subsídios. Como não conseguem perceber a prevenção, é melhor usar então métodos mais drásticos.*

O papel do técnico de saúde ou do profissional do serviço social – intermediários entre o Estado e os futuros cidadãos – na orientação dos imigrantes na direção das normas ocidentais é crucial. Legitimados pela autoridade e a objetividade do conhecimento científico, peritos em prevenção e saúde, em todas as entrevistas os profissionais sustentam saber o que é certo para os utentes, muito melhor do que os próprios. Este tipo de relação é evidente quando se analisam os dados resultantes das entrevistas realizadas durante o trabalho de campo.

Lúcia, mulher cabo-verdiana de 28 anos com 3 filhos:

*O médico sugeriu que eu laqueasse as trompas porque não tenho capacidade de sustentar mais filhos. A assistente social perguntou-me: tens a certeza? Só tens 28 anos podes querer ter mais filhos e a laqueação é irreversível. Sim, eu sei mas o médico diz que não tenho condições para criar mais filhos.*

Karen, guineense, 26 anos, 3 filhos:

*Quando fui à consulta, a médica disse que a melhor coisa a fazer era a laqueação de trompas. Falaram que era a solução certa para cuidar melhor dos filhos que já tinha e não apanhar mais gravidezes. Eu sabia que a minha prima e outras amigas já tinham feito, então como já tinha os meus filhos, eu decidi fazer.*

Confirma uma das técnicas de saúde:

*Há muitas meninas irresponsáveis: não fazem um planeamento familiar e, quando ficam grávidas, a única coisa a que recorrem é ao aborto. Ou há outras, que têm filhos um atrás do outro. (...) Em casos extremos há médicos que até sugerem a laqueação das trompas, mas a precaução que nós costumamos tomar é a colocação do implante anticoncepcional subcutâneo, no braço das meninas que vêm para qualquer tipo de questão de saúde. É uma forma de prevenção fácil e eficaz, considerando que há muitas meninas que se não sabem disciplinar em relação ao planeamento familiar.*

Diferentes estudos permitiram saber que o uso da laqueação das trompas como método contraceptivos tem ligações com a naturalidade da mulher,

sendo que as mulheres africanas ou brasileiras usam muito mais do que as portuguesas<sup>3</sup>. Um estudo comissionado pelo ACIDI (Dias et al., 2009) para a implementação de novas políticas de intervenção na saúde reprodutiva das mulheres imigrantes indica que estas mulheres tendem a ter numerosas gravidezes por não utilizarem qualquer método contraceptivo e não terem conhecimento adequado sobre os vários métodos de contraceção. Neste estudo é dito que em muitos casos, para contornar os limites devidos a falta de educação, elevado desconhecimento dos métodos contraceptivos, a constrangimentos sociais, assim como a crenças e valores culturais sobre a fertilidade e a sexualidade geradores de conflitos pessoais, de forma geral foi sugerido o incentivo de métodos alternativos: no estudo reporta-se casos de aconselhamento de laqueação de trompas.

As nossas entrevistas realçam que a iniciativa mais divulgada foi a disponibilização gratuita do implante contraceptivo subcutâneo para todas as mulheres em idade fértil, sendo um método que evita a gravidez durante um período de até três anos que não tem a complexidade do manejo da pílula (“*que, com estas mulheres, ora é esquecida e ora tomada incorretamente*”) ou a dificuldade de negociação do uso de preservativo com os parceiros. Os implantes hormonais são apresentados pelos profissionais da saúde como um dos mais práticos e eficazes métodos de prevenção à gravidez. Uma das técnicas de saúde de um projeto de intervenção prática e sensibilização sobre a temática da saúde e imigração afirma que o Implanon, sendo uma *nova tecnologia*, seria um medicamento de alto custo no mercado e portanto de acesso restrito, principalmente para grupos com baixos rendimentos. Distribuir gratuitamente o implante significa ultrapassar as “*barreiras sociais*” e as “*limitações culturais*” e garantir uma forma infalível de controlo dos nascimentos. Na lógica de delimitação do público-alvo desta intervenção – continua a informante –, as mulheres que mais precisam são as consideradas de risco:

*As com maiores possibilidades de reincidência de gravidez por conta de fatores sociais, culturais e psicológicos; as que já têm filhos e vivem de subsídios; as mulheres mais promíscuas, que não se percebe bem de quem têm filhos; as que têm famílias desestruturadas e que não cuidam com a devida atenção dos filhos que já têm.*

Como já falava Howard Becker em 1963, é interessante lembrar a importância do olhar do outro para a definição das categorias (vulneráveis/em risco) e dos comportamentos considerados como desviantes. Neste sentido o processo pelo qual estas mulheres são classificadas como grupo de risco implica uma categorização construída socialmente a partir de

valores morais hegemônicos e dos interesses das pessoas que estão no poder de imputar este rótulo. A mesma categoria de risco é aqui interessante, porque não indica necessariamente um desvio da regra, mas sim um possível desvio. Neste sentido o Implanon é um fármaco preventivo, aliás o mais eficaz e efetivo, para reduzir riscos e prevenir danos (gravidezes numa idade ou condição familiar inadequadas) ou desvio (fraude e *welfare queen*).

Pelas palavras de outra técnica, psicóloga, responsável de atividades de formação:

*O problema é que são famílias monoparentais. As crianças vivem só com a mãe, famílias com o pai são pouquíssimas. A diferença é como é visto o conceito de família monoparental: para a comunidade afrodescendente, não é visto como um problema e continuam assim, entre gravidezes subsequentes e subsídios, abonos e RSI.*

Contra a questão da dependência de subsídios, ou a dúvida de manipulação das mães que – segundo a opinião das assistentes sociais entrevistadas – preferem fazer mais filhos para ter abonos, o emprego do Implanon é apresentado como a solução mais eficaz e atual ao nível de prevenção. Segundo muitas das técnicas entrevistadas: *o implante é uma arma eficaz para combater a gravidez adolescente, assim como para limitar o excesso de crianças nas famílias que depois não têm condições para cuidar delas como deveriam.*

Como a maior parte das mulheres imigrantes são bastante resistentes à ideia do planeamento familiar, este tipo de intervenção, baseada no controle da natalidade, torna-se aparentemente uma boa estratégia para evitar os múltiplos riscos subsequentes. Entre estes, a Alta Comissária da Saúde, Maria do Céu Machado, relata com preocupação o problema da prematuridade e do baixo peso à nascença das crianças de mulheres de origem africana, por razões sociais e até por razões genéticas. Este problema contribui aparentemente para transmitir uma imagem negativa do país a nível internacional<sup>4</sup>. O incentivo ao emprego do implante subcutâneo também serve para prevenir práticas correntes nas comunidades imigrantes para a interrupção da gravidez como forma de controle da natalidade, sustenta uma enfermeira de um projeto de saúde materno-infantil que atua em áreas periféricas da cidade. Sempre nas palavras de Maria do Céu Machado,

*o emprego ilícito de remédios abortivos, facilmente adquiridos no mercado negro, sendo fáceis de comprar, especialmente nos meios africanos e brasileiros, é uma das causas do nascimento de bebês prematuros e com problemas de saúde. Especialmente considerando*

*que nas mulheres destes grupos imigrantes são frequentes as gravidezes não vigiadas, ao ponto de muitas mulheres ignorarem quando ficaram grávidas.<sup>5</sup>*

Uma das principais conclusões do estudo *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes* (Machado, 2007) é que nas comunidades imigrantes existe maior mortalidade fetal e neonatal, mais doenças durante a gravidez, nomeadamente infecciosas. A vulnerabilidade dos imigrantes decorre, em primeiro lugar, das características da família: desemprego, tipo de emprego, escolaridade, famílias monoparentais ou alargadas, debilidade psicossocial e económica, falta de higiene habitacional e pessoal e maior consumo de álcool (Machado et al., 2007b). O conceito de higiene, com as suas conotações de civilização, educação, responsabilidade e moralidade, torna-se nestas intervenções de saúde pública uma forma de avaliar a idoneidade dos imigrantes à cidadania. A doença, assim como a gravidez adolescente, são consideradas como resultados da falta de responsabilidade e consequência negativa de condutas desordenadas e imprudentes.

#### *Conclusão: entre humanitarismo e ortopedia moral*

O princípio de base desta pesquisa, para tentar oferecer um contributo mais útil tanto para o debate público como para o debate teórico, foi o de não tomar partido, criando as condições para compreender ambos os lados do argumento, dos técnicos de intervenção social e dos utentes. A tentativa foi de evidenciar as lógicas subjacentes aos discursos proferidos pelos interlocutores entrevistados. Como sublinha muito bem Fassin (2005, 2010), analisar a política da compaixão significa abordar uma questão extremamente complexa, na qual existe solidariedade e desigualdade, na base de uma relação sempre profundamente assimétrica. O governo humanitário das vidas precárias cria, pelos seus pressupostos morais, um consenso geral que desarma a crítica: a compaixão não tem inimigos. Uma análise deste tipo todavia significa apresentar as contradições intrínsecas nos discursos e programas políticos – não significa ver nestes teorias da conspiração ou do controle social. Significa analisar a construção orgânica dos projetos de apoio social e as justificações em que se baseiam – não significa duvidar das suas boas intenções. Significa estudar as explicações e atitudes dos profissionais do âmbito social num contexto histórico-político de relações de poder a variados níveis – não significa denunciar qualquer tipo de incompetência ou má-fé.

A característica distintiva da vontade de cuidar de populações desfavorecidas não é de algum tipo de controle social, mas sim de outra natureza. Como

nunca antes, estas populações são visadas por um complexo conjunto de políticas governamentais a vários níveis, mecanismos de autoridade, agências de assistência social, campos de *expertise* científica, e atores institucionais de comunidade que possuem preocupações sobrepostas de *care* e segurança. Esta coincidência de preocupações sociais com uma estratégia de segurança juntou-se a uma forma liberal-cosmopolita de governança global cujo objetivo essencial – mas não exclusivo – é “conduzir a conduta” de certas populações no sentido de subjetividades liberais, capacitadas, autónomas e empreendedoras, tanto dentro dos estados, nas fronteiras, e entre estados com uma crescente internacionalização das políticas de assistência social. Estas políticas espelham uma nova forma de governar populações específicas para além do Estado, com o crescimento de uma indústria de *social care* e agências não-governamentais profissionalizadas e privatizadas responsáveis por desenvolver e praticar programas de assistência ao nível nacional e internacional. Os casos apresentados, analisando em particular o sector da saúde, são exemplos destas novas formas de profissionalização do apoio social. O interessante aqui é o esbatimento das fronteiras onde o saber médico passa do ato de governar o corpo segundo uma lógica médica para governar o corpo segundo uma lógica de bem-estar social. Ou seja, o saber médico incorpora a própria racionalidade de como se governa através do social, aconselhando, prevenindo, atuando de forma médica não sobre um problema médico, mas sobre um problema social.

Em jeito de conclusão, mas também de *disclaimer*, se o assunto tanto na sua configuração histórica como nos seus desenvolvimentos é particularmente fascinante, é igualmente sensível do ponto de vista político – mais ainda no nosso tempo de crise económica. As questões do assistencialismo, da segurança social, distribuição de rendimentos ou humanitarismo são disputadas ferozmente por fações, partidos, governos de esquerda e direita por diferentes motivos e, mais uma vez, como substituição de outros tipos de debates essenciais. Alguns empenharam-se em desconstruir o programa “arrogante” ou “colonialista” do desenvolvimento; outros empenharam-se em defender a nobreza em condições difíceis dos assistentes sociais, profissionais médicos ou voluntários; outros ainda empenharam-se em encontrar no mau funcionamento do sistema de assistência social uma justificação para fomentar a privatização do sector e cortes nos benefícios fiscais. Este tipo de pesquisa pode e deve afastar-se do debate das condições estritamente políticas do Estado do Bem-Estar. Pode e deve, ao invés, promover uma dupla rutura: uma que, em vez de dar por garantidas as classificações de vulnerabilidade e risco, se dedique a analisar as bases históricas que sustenta este *Will to Care*, este poder moral imanente do fazer

o Bem; e outro que pretende inquirir as mudanças paradigmáticas profundas de como se concebe a distinção entre seres humanos e a cada vez mais difundida e penetrante forma de os governar em todas as dimensões das suas vidas.

### Notas

- <sup>1</sup> Este tipo de questionamento enquadra-se numa crescente linha de investigação preocupada com as formas de governo no liberalismo avançado, suscitada por um conjunto de temas desenvolvidos por Michel Foucault nas *Lectures* do Collège de France, nomeadamente os de “governamentalidade” (1977-78) e “biopolítica” (1978-79). Para importantes leituras do campo, conceitos e implicações teóricas, cf. por exemplo Rose e Miller (2008) e Dean (1999).
- <sup>2</sup> Discurso de George W. Bush de 22 de Março de 2002 na United Nations Financing for Development Conference.
- <sup>3</sup> Alarcão et al., 2008; Dias et al., 2009; Fonseca et al., 2009; Rocha et al., 2010.
- <sup>4</sup> Fonte: *Público*, 30.07.2010.
- <sup>5</sup> Fonte: *Público*, 10.09.2004.

### Bibliografia

- ALARCÃO, V. et al. (2008), «Utilização de métodos contraceptivos pelas mulheres imigrantes das comunidades de origem africana e brasileira em Portugal», póster apresentado no VI Congresso de Epidemiologia, Porto, 23 e 24/10/2008.
- BECKER, H. (1963), *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, Nova Iorque, The Free Press.
- COWEN, M. e R. Shenton (1996), *Doctrines of Development*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- DEAN, M. (1999), *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*, Londres, Sage.
- DIAS, S. et al. (2009), *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras*, ACIDI, OI 32.
- DUFFIELD, M. (2007), *Development, Security and Unending War*, Cambridge, Polity.
- FASSIN, D. (2005), “Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France”, *Cultural Anthropology*, 20 (3), pp. 362-387.
- FASSIN, D. (2010), *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Hautes Études – Gallimard – Seuil.
- FONSECA, M.L. et al. (2009), *Mighealthnet. Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*, Centro de Estudos Geográficos, Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT-UL).
- INDA, J. (2006), *Targeting Immigrants: Government, Technology, and Ethics*, Malden, MA e Oxford, Blackwell Publishing.
- MACHADO, M. (2007), *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*, Editor Laboratórios Bial.

MACHADO M. et al. (2007), «Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes», in S. DIAS (org.), *Revista Migrações – Número Temático. Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 103-127.

MEHTA, U. (1999), *Liberalism and Empire*, Chicago, University of Chicago Press.

ROCHA, C. et al. (2010), "Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes", *Cad. Saúde Pública*, vol. 26, n.º 5, pp. 1003-1012.

ROSE, N. e P. Miller (2008), *Governing the Present*, Cambridge, Polity.



# AVALIANDO AS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E MIGRAÇÕES EM PORTUGAL: TEORIA, PRÁTICA E POLÍTICA<sup>1</sup>

Beatriz Padilla (padilla.beatriz@gmail.com), Sonia Hernández-Plaza (sonia.h.plaza@gmail.com) e Alejandra Ortiz (aleortizscaglione@gmail.com)

■ Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL)

## Resumo

Nos últimos anos o uso das boas práticas em todas as esferas políticas tem sido uma constante, estendendo-se a vários âmbitos, nomeadamente ao da saúde e das migrações. É curioso verificar, no entanto, que o desenvolvimento teórico nesta matéria se encontra aquém do seu uso. Quais são as consequências do excessivo uso das boas práticas na investigação e na aplicação das políticas relativas à saúde e migrações? É possível transformar o recurso das boas práticas numa ferramenta útil? Em caso afirmativo, que elementos são necessários? Como tem decorrido este processo em Portugal? Traduz-se realmente numa melhoria da saúde dos imigrantes? Através da análise de alguns casos específicos no âmbito da saúde materno-infantil e da chamada competência cultural, tentaremos responder a estas questões teórico-práticas.

**Palavras-chave:** migrações, boas práticas, saúde materno-infantil, avaliação de necessidades

## Abstract

Lately, the use of good practices in all policy fields seems to be a constant practice, reaching out to the field of health and migration. However, it is curious to verify that its theoretical development has not advanced as much. What are the consequences of the excessive use of good practices in research and in its application to policies regarding health and migration? Is it possible to transform the use of good practices in a useful tool? In case it is, what are the necessary elements? How has this process developed in Portugal? Has it meant an improvement in the health of migrants? Through analysing specific cases in the field of maternal and child health and cultural competence, we try to answer to these theoretical and practical inquiries.

**Keywords:** migration, good practices, maternal child health, needs assessment

## Introdução

O recurso às boas práticas tem-se tornado uma moda que as transformou numa abordagem quase obrigatória no estudo das políticas públicas e privadas. Assim, são hoje um modelo imperativo de análise na investigação científica, ao mesmo tempo fomentado pelas agências financiadoras que procuram ressaltar os casos de sucesso.

Há já alguns anos que a utilização das boas práticas tem caracterizado produção de relatórios europeus, nacionais e locais, guias, projetos de investigação, prémios e o reconhecimento de programas específicos e de políticas. Pretende-se com isso identificar modelos desejáveis de ação a seguir e/ou imitar. Consequentemente, o caso das

boas práticas, se olhado com reflexividade, deve ser uma chamada de atenção, uma vez que a deliberada busca de um "modelo a seguir" não é nova e nem sempre tem conduzido a bons resultados, especialmente quando os modelos são importados e/ou descontextualizados.

Sendo assim, a discussão sobre as boas práticas deve necessariamente ser examinada em termos conceituais, teóricos e práticos, já que a sua repetida utilização enquanto paradigma recomendado pode levar a uma desacreditação do próprio recurso, bem como a uma aceitação acrítica da sua potencialidade.

É interessante observar como o uso e abuso das boas práticas não tem sido acompanhado de um desenvolvimento e aprofundamento simultâneo da metodologia, ou seja, de uma melhor definição

sobre o que é uma boa prática, como avaliá-la e como, caso convenha, disseminá-la. Em 2007, trabalhou-se na identificação de modelos e casos de boas práticas no âmbito da saúde e das migrações (Padilla et al., 2009) tentando identificar-se intervenções de sucesso a nível dos Estados-Membros da União Europeia. Na altura a perceção, validação e avaliação da prática em si tinha contudo uma componente política devido ao carácter político do evento (Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia). Apesar disso, significou um grande esforço na recolha de bons exemplos numa tentativa de mostrar uma variedade de intervenções percebidas como positivas.

Desde essa data, a incorporação de exemplos de boas práticas ganharam ainda mais importância nos projectos financiados pela Comissão Europeia, tanto na saúde como em outros campos. Na actualidade muitos dos projetos tentam fazer referências, propor ou analisar boas práticas, sem que haja um debate aprofundado sobre as virtudes teóricas e práticas. Muitas vezes as boas práticas acabam por identificar "boas" pessoas e "boas" organizações, e até "boas" intenções, não transcendendo o nível descritivo, o que impossibilita alcançar elaborações de carácter reflexivo e analítico.

Uma primeira evolução nesta metodologia e abordagem, já assinalada em Padilla e Portugal (2007), deu-se ao nível da denominação. Passou-se da ideia de melhores práticas (*best practice*) para boas práticas (*good practice*), devido à ideia incorreta de hierarquia que distinguia a noção superlativa de "melhor". O adjetivo "boa" em si apresenta duas vantagens: por um lado admite a existência de uma diversidade de formas e modelos de ação, de fazer bem as coisas, e, por outro, sugere que a construção do modelo de ação se realiza de baixo para cima, sendo assim mais democrático e participativo. Esta visão é uma nova reflexão sobre as boas práticas, que assinala a relevância da forma como uma prática é concebida e percebida.

### Boas práticas

É comum encontrar muitas referências às boas práticas como autoexplicativas, sem aprofundar o seu significado e denominação. Em 2004, Aspinall e Jacobson, num relatório inovador para o Reino Unido, destacaram a importância da identificação de boas práticas como forma de equilibrar as disparidades étnicas na saúde e nos cuidados de saúde, tendo em conta pela primeira vez a situação dos imigrantes e minorias étnicas. Se bem fazem referência às qualidades e às características desejáveis como práticas, não só não definem o conceito, mas este é encarado como um dado adquirido. Resultado, a boa prática nunca é definida como tal. O relatório assume ainda, como um dado adquirido e como ponto de partida,

que as boas práticas se apoiam nos cuidados culturalmente apropriados, não chegando contudo a debater o que significa culturalmente apropriados. Ou seja, o relatório resulta duplamente enviesado por partir de dados adquiridos não questionados, embora os autores atuem de boa fé.

Também em 2004, Stegeman e Costongs, num relatório europeu intitulado *Promovendo a inclusão social e combatendo as disparidades em saúde na Europa – Uma revisão das boas práticas no campo da saúde*, identificaram boas práticas, no âmbito geral da Estratégia de Lisboa, com o intuito de fornecer aos técnicos e políticos que trabalham nas políticas de saúde e sociais novas ideias para promover a inclusão social. Nessa ocasião, as boas práticas foram definidas como "projetos ou programas que podiam ser ilustrados, quando possível, com informação sobre as políticas relacionadas e sustentadoras dessas intervenções. Estes projetos ou programas deviam estar a ser implementados ou ter sido implementados até há dois anos, e demonstrado terem sido inovadores e/ou particularmente efetivos" (Stegeman e Costongs, 2004: 11). Neste caso, as organizadoras, para serem mais inclusivas, decidiram ser flexíveis quanto ao tema da avaliação, sendo que a falta de avaliação não deixaria contudo de fora os exemplos de boas práticas. Neste sentido identificaram 52 casos de boas práticas que incluíam um conjunto muito abrangente e variado de programas e projetos, muitos deles concebidos para populações e grupos-alvo específicos. As autoras concluíram que, embora as boas práticas fossem muito diferentes em termos de natureza, alcance e escala, a maior parte delas adotara princípios centrais comuns que direta ou indiretamente atingem o problema da exclusão social. Estes princípios sugeridos são apresentados na Tabela 1, sendo útil a sua aplicação com as populações migrantes, na redução das disparidades em saúde.

Um relatório da União Europeia de 2008 intitulado *Qualidade e Equidade no Acesso aos Serviços*

**Tabela 1** ▶ Metodologias gerais do âmbito da saúde que promovem a inclusão social

Estilos de Vida Saudável	Alimentação saudável Atividades físicas Gestão do <i>stress</i> Prevenção de adições (álcool e drogas) Saúde sexual
Empoderamento	Participação ativa da população-alvo Formação (educativa e no trabalho) Dar emprego à própria população-alvo Facilitação de grupos de auto-apoio
Capital Social	Expansão das redes sociais Utilização de metodologias de participação comunitária

**Fonte:** Elaboração própria baseada em Stegeman e Costongs, 2004.

de Saúde traz algumas conclusões importantes na discussão sobre as boas práticas, salientando alguns elementos positivos comuns. Entre as mais importantes figuram: as intervenções que promovem as parcerias com a sociedade civil e que implicam diferentes níveis de intervenção, a estratégia para envolver as próprias populações migrantes no apoio aos migrantes (MiMi – with *Migrants for Migrants*), a importância de definir algumas populações mais vulneráveis como alvo (refugiados e requerentes de asilo e a população roma), a relevância das ações de promoção da saúde como prevenção da exclusão, e a integração de serviços de saúde e sociais ou serviços integrados.

Apesar de concordarmos com a maioria dos aspetos salientados pelos autores citados, optamos por adotar uma visão crítica sobre as boas práticas, não com o intuito de desmerecer os seus contributos, mas sim para estimular o debate mais aprofundado sobre o tema, rejeitando os factos adquiridos. Neste sentido, concordamos com Ingleby (WHO, 2010) quando afirma que as boas práticas são formas de remediar os problemas existentes. Inferimos aqui que elas não devem ser o objetivo das políticas e intervenções em saúde, mas que tê-las presentes no momento da planificação e conceção de políticas ajuda a saber em que sentido devemos avançar, se olhando para o futuro, para corrigir os problemas detetados. O mesmo autor assinala quatro estratégias positivas para melhorar os serviços: formação dos recursos humanos, diversificação da força de trabalho, utilização de mediadores culturais e adaptação de protocolo, procedimentos e tratamentos (WHO, 2010). Finalmente, reiteramos o que foi salientado em Padilla et al. (2009), a importância de explicitar os valores que sustentam as intervenções antes de proceder à sua avaliação.

#### *Valores e poder na avaliação das boas práticas em saúde e migrações*

Uma questão central na avaliação de intervenções (que possam vir a ser boas práticas) é a que se prende com o papel dos valores e das dinâmicas de poder. Qualquer programa de intervenção no âmbito da saúde com populações imigrantes está impregnado de valores: os valores implícitos e/ou explícitos nas políticas de saúde e imigração; os valores dos agentes implicados na planificação das intervenções; os valores dos profissionais responsáveis pela sua implementação e a sociedade no seu conjunto. Todos eles influem no modo como se definem os problemas objeto de intervenção, nas necessidades identificadas como prioritárias, na formulação de objetivos, na seleção das estratégias de intervenção e na relação entre os profissionais (da saúde, do serviço social, etc.) e a população-alvo.

Por outro lado, enquanto atividade valorativa, a identificação de boas práticas consiste em emitir juízos de valor acerca do que é “bom” e do que é “mau”, pelo que se torna fundamental explicitar claramente esses valores. A maior parte dos projetos sobre a avaliação de boas práticas em matéria de saúde e imigração deixa contudo de lado essa questão, correndo o risco de aceitar que as intervenções neste âmbito, e a própria atividade de identificação e avaliação das boas práticas, se encontram isentas de valores.

No que diz respeito ao papel das dinâmicas de poder, uma vasta evidência empírica mostra a existência de grandes desigualdades no estado da saúde, bem como no acesso à qualidade dos serviços de saúde nas populações imigrantes, existindo uma evidente assimetria em relação à população autóctone. Em geral, os imigrantes costumam apresentar níveis inferiores de saúde, menor acesso aos serviços de saúde, recebendo cuidados de saúde de pior qualidade (WHO, 2010). Neste sentido, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH, 2008) da Organização Mundial da Saúde (OMS) sublinhou que os processos de exclusão social são a principal causa das desigualdades na saúde nas populações migrantes e minorias étnicas.

Torna-se particularmente clara a definição apresentada pela Rede de Conhecimento sobre Exclusão Social da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS, segundo a qual: “a exclusão consiste numa série de processos dinâmicos e multidimensionais, estritamente relacionados com as relações desiguais de poder que interagem à volta de quatro dimensões principais – económica, política, social e cultural – e a diferentes níveis, incluindo o individual, familiar, comunitário, nacional e global. O resultado dos ditos processos é um contínuo de inclusão/exclusão caracterizado por um acesso desigual aos recursos, capacidades e direitos, o que conduz às desigualdades na saúde” (SEKN, 2008: 2). Como consequência, “as iniciativas orientadas para a promoção da equidade na saúde de migrantes e minorias étnicas deveriam incluir-se integralmente nas campanhas sobre desigualdades socioeconómicas na saúde”, dada a estreita relação que existe entre a saúde e a exclusão social nestas e noutras populações vulneráveis (WHO, 2010: 24).

A intervenção e avaliação das boas práticas em termos de saúde e imigração não são alheias às dinâmicas de poder entre os diferentes atores implicados (profissionais da saúde, imigrantes, mediadores interculturais, trabalhadores sociais, responsáveis políticos, organizações não governamentais (ONG), associações de imigrantes, investigadores, instituições de financiamento, etc.). Um programa de intervenção neste âmbito pode contribuir para a mudança e a transformação das estruturas de poder que perpetuam a exclusão social a diferentes níveis

(pessoal, relacional, organizacional, comunitário, socioeconómico, ambiental, político) mas pode contribuir também para a manutenção do *statu quo*, através da implementação de políticas e práticas que reforçam o acesso desigual aos direitos e recursos necessários para alcançar e manter a saúde.

Neste sentido, um critério fundamental na avaliação de intervenções ao nível da saúde e migração, que possam ser consideradas boas práticas é o que se relaciona com o grau em que uma iniciativa, ação ou programa de intervenção tem em consideração o impacto das assimetrias de poder sobre as desigualdades na saúde. O dito impacto dá-se a dois níveis: (1) nos problemas e necessidades objeto da intervenção, nos objetivos e ações, no desenho e planificação da intervenção; e (2) nos seus resultados, ou seja, em que medida consegue promover relações de poder mais simétricas de forma a contribuir para a diminuição das desigualdades na saúde, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

Este critério encontra-se intimamente relacionado com a noção de “validade psicopolítica”, introduzida por Isaac Prilleltensky (2003, 2008) no seio da psicologia comunitária com o objetivo de destacar o impacto das dinâmicas de poder no bem-estar humano. Segundo Prilleltensky (2008), a validade psicopolítica define-se como o grau em que uma investigação ou uma determinada ação considera o papel das dinâmicas de poder implicadas nos fenómenos objeto de estudo (validade epistémica) bem como o grau em que a dita investigação ou ação contribui para promover o bem-estar através da redução de assimetrias de poder (validade transformadora). Em alternativa à noção referida, propomos utilizar neste trabalho o conceito de validade sociopolítica a fim de ser aplicado de uma forma mais geral no âmbito da intervenção social em saúde e migrações.

### *Enquadramento institucional e iniciativas de saúde e imigração*

Com o intuito de contribuir para a sistematização crítica da informação sobre o elevado número de intervenções e práticas no âmbito da saúde dos imigrantes em Portugal, especificamente na área da saúde materno-infantil e reprodutiva, realizamos uma compilação das iniciativas/intervenções existentes em Lisboa e arredores (não pretendendo ser um levantamento exaustivo). Neste sentido foram identificados programas e iniciativas públicas e privadas, através do estudo de instituições, organizações e associações onde se prestam cuidados no atendimento dos imigrantes no que respeita à saúde, quer de forma geral quer através de atividades específicas. Pretende-se assim identificar as práticas existentes, considerando aspetos políticos,

administrativos e metodológicos, para numa fase posterior avaliar em que medida podem ser consideradas intervenções exemplares ou boas práticas. Analisaremos de forma pormenorizada um caso paradigmático que tem sido considerado como boa prática: a unidade móvel do Centro de Saúde da Venda Nova, na Amadora.

Um ponto de partida importante no enquadramento institucional é que, a nível internacional, Portugal tem conseguido uma boa qualificação nas práticas de integração social dos imigrantes (MIPEX, 2011). Sem questionar o facto, e sabendo que uma das limitações do MIPEX é o facto de se basear mais nos marcos legislativos e regulamentares do que nas práticas efetivas, devemos aceitar o facto de que Portugal tem sido pioneiro na adoção de intervenções que podem ser consideradas boas práticas em matéria de imigração, tanto no que diz respeito às organizações não governamentais como ao próprio Estado. No entanto, ficaria por avaliar criticamente as iniciativas, já que a referência às boas práticas se tem tornado um fim em si mesmo.

Na identificação de boas práticas seguiremos em primeiro lugar o modelo sugerido pela UNESCO, que se baseia no carácter inovador, sustentável e replicável das iniciativas, bem como no seu impacto positivo nas pessoas e comunidades envolvidas (Padilla e Portugal, 2007). Importa salientar este último aspeto como sendo um indicador que possibilita avaliar as estratégias de intervenção utilizadas, bem como o seu poder de alcance. Importa ainda referir que as boas práticas, desde a ótica das políticas, promovem a aprendizagem horizontal (Truong, 2006) desempenhando umnexo entre a comunidade, o governo (*policy-making*) e o sector privado. Assim, a correta coordenação e implantação destas iniciativas permite ainda encontrar sinergias entre os profissionais e a comunidade. Finalmente, acrescentamos que os aspetos relativos aos valores e ao poder são centrais no processo de avaliação das práticas, tal como referimos anteriormente.

Em Portugal, e mais especificamente na Área Metropolitana de Lisboa, existem várias instituições e associações que trabalham com ou tendo em conta a população imigrante no âmbito da saúde. Sem pretender apresentar uma abordagem exaustiva, mencionaremos algumas iniciativas de instituições de carácter público/governamental e outras de carácter associativo como exemplo. Dentro do contexto nacional institucional destaca-se o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, o ex-Alto Comissariado para a Saúde (extinto), as Câmaras Municipais, a Direção-Geral da Saúde, a Ordem dos Enfermeiros, os Centros de Saúde e os Hospitais Públicos. Dentro do universo das intervenções das associações e do terceiro sector, identificamos também várias práticas e entidades. A Tabela 2 sistematiza algumas das principais iniciativas cuja

população-alvo abrange as populações desfavorecidas e mais vulneráveis, podendo incluir os imigrantes.

em que a dita intervenção considera o impacto das assimetrias de poder sobre as desigualdades

**Tabela 2** ▶ Intervenções no âmbito da saúde – AML

Âmbito específico de intervenção	Organização e/ou programa ou iniciativa
Saúde Materno-infantil	Ajuda de Mãe (vários projectos); Banco do Bebê (Maternidade A. da Costa); Preparação para o Nascimento (C. M. Seixal, C. S. Seixal e C. S. Amora); O Vigilante; Ajuda de Berço; Projeto Mãe (Associação de Defesa e Apoio da Vida); Ponto de Apoio à Vida (vários projectos); Iniciativa Barrigas de Amor (C. M. Oeiras); Projeto de intervenção comunitária em saúde materno-infantil (C. S. Oeiras); Projeto de Intervenção comunitária do C. S. Venda Nova, Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro; Roteiros da Saúde da Mulher e Infantil da Santa Casa da Misericórdia; etc.
Saúde Sexual e Reprodutiva	Associação para o Planeamento da Família (vários projetos); Mães do Bairro (Médicos pela escolha); Consulta saúde reprodutiva para jovens da AJPAS; Programa de educação sexual e planeamento familiar e Chat saúde da C. M. Oeiras; etc.
Parentalidade	Entre pais, entre pares (Casa Seis); Escola para pais da Associação Família e Sociedade; Workshop Mães & Bebés do Centro Comercial Allegro; Programas Pulo e Caleidoscópio do Moinho da Juventude; etc.
Apoio Material	Ajuda de Mãe (vários projetos); O Vigilante; Banco do Bebê; Mums & Kids; vários centros comunitários, associações e paróquias; etc.

Fonte: Elaboração própria

Uma das características comuns e significativas das iniciativas consideradas refere-se ao seu caráter integral, procurando ultrapassar a excessiva ênfase nos aspetos culturais (leia-se essencializantes) da saúde. Neste sentido, privilegiam uma aproximação holística, considerando as populações-alvo, não unicamente no seu caráter imigrante (embora definidos como portadores de uma cultura diferente), mas sim na sua condição de população vulnerável, excluída socialmente. Em consequência, os artífices das intervenções no geral consideram que o estado de saúde é o resultado dos determinantes sociais aos quais estão sujeitos. Em geral estas iniciativas contam com equipas de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e trabalhadores sociais) com formação e experiência em contextos interculturais, sem esquecer outros condicionantes de caráter socioeconómico. Em muitos casos é possível verificar que as intervenções ou programas funcionam em parcerias que tentam orquestrar uma coordenação dos serviços prestados pelo Sistema Nacional de Saúde, quer ao nível do centro de saúde quer do hospital. Algumas das intervenções pretendem ainda socorrer e auxiliar nas situações de maior carência.

*Boas práticas no campo da saúde e imigração em Portugal: A Unidade Móvel de Saúde da Venda Nova*

A Unidade Móvel de Saúde (UMS) da Venda Nova foi identificada em vários projetos internacionais como boa prática (Machado et al., 2009; Padilla, 2011). Após uma breve descrição da sua história e do seu contexto, examinaremos o grau

na saúde, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde em diferentes momentos e/ou componentes do programa de intervenção, concretamente: nas necessidades e problemas identificados, na delimitação da população-alvo, na formulação dos objetivos nas ações levadas a cabo e nos resultados da intervenção.

a) *História e contexto*: A UMS da Venda Nova é um programa de intervenção comunitária implementado em 2001 pelo Centro de Saúde da Venda Nova (ACES VII – Amadora) nos bairros empobrecidos do concelho da Amadora. A história do projecto começa em 1993 com o programa intitulado Saúde no século XXI, cujo objectivo prioritário consistia em reduzir as desigualdades na saúde fazendo-a chegar a populações de difícil acesso localizadas nos bairros periféricos. Neste sentido, parte-se do reconhecimento explícito da existência de desigualdades na saúde que, por serem injustas, devem ser abordadas e diminuídas. Aceita-se que as ditas desigualdades afetam principalmente os grupos que vivem em condições de exclusão social e de marginalização, desigualdades estas ligadas a assimetrias de poder.

b) *Avaliação das necessidades*: esta atividade, crucial nas etapas iniciais do ciclo de intervenção social, implica emitir juízos de valor sobre os problemas e necessidades que serão objeto de intervenção. Não se trata assim de uma atividade isenta de valores nem alheia às dinâmicas de poder entre os diferentes grupos implicados. Entre as questões que devem ser tidas em conta importa destacar: (1) Em que medida as necessidades identificadas e definidas como prioritárias resultam de dinâmicas assimétricas de poder? A que níveis (social, económico,

cultural, político, etc.)? As desigualdades na saúde e no acesso aos cuidados de saúde são o resultado de processos de exclusão social? (2) A avaliação das necessidades utiliza de facto uma aproximação participativa, integrando a perspectiva de todos os grupos implicados? Quem define as necessidades objeto da intervenção? Os profissionais? Os especialistas? A própria comunidade afetada? Os políticos? As necessidades sentidas/percebidas e exprimidas pelos grupos mais vulneráveis são avaliadas? Os métodos de avaliação das necessidades têm em conta as características e condições (sociais, económicas, culturais, educativas, materiais, etc.) do contexto e dos grupos de população implicados? (3) Avaliam-se as potencialidades e recursos da comunidade no que diz respeito à prevenção e promoção da saúde e à redução das desigualdades na saúde e no acesso aos cuidados de saúde?

A UMS da Venda Nova começa pela avaliação das necessidades, dando especial atenção às necessidades sentidas e referidas pela população. Os residentes são em geral jovens, de nível socioeconómico e educativo baixo, muitos deles imigrantes procedentes dos PALOP, alguns em situação irregular. As necessidades prioritárias situam-se na área da saúde materno-infantil: ausência de seguimento regular e controle médico durante a gravidez, verificando-se casos frequentes de mulheres que recorrem pela primeira vez ao centro de saúde/hospital pouco antes do nascimento do bebé ou mesmo no momento do parto; ausência de vacinação regular na infância; número elevado de adolescentes grávidas; acesso limitado aos serviços de planificação familiar e de prevenção de infeções de transmissão sexual. Observa-se ainda uma afluência reduzida às consultas médicas bem como numerosos casos de crianças e adultos não registados neste centro.

O programa pressupõe a existência de uma relação entre necessidades sociais e de saúde, ligando-as às assimetrias de poder que caracterizam a exclusão social. Os diferentes níveis das assimetrias de poder são: (1) socioeconómico: desemprego e emprego precário, problemas económicos (ausência de rendimentos, dificuldades na aquisição de alimentos e medicamentos), incompatibilidade de horários; (2) legal: situação irregular; (3) comunitário: bairros degradados e insalubres, condições precárias de habitação; (4) relacional: violência de género; (5) pessoal: nível educativo baixo, conhecimento limitado acerca dos serviços de saúde, desconhecimento dos direitos de acesso aos cuidados de saúde. Parte-se do princípio de que a natureza multidimensional da exclusão social origina uma realidade complexa e multiproblemática na qual confluem necessidades interdependentes num círculo vicioso, o qual limita seriamente as oportunidades de aceder aos cuidados de saúde

e alcançar níveis aceitáveis de saúde e bem-estar (Hernández-Plaza et al., 2010).

As necessidades que serão objeto de intervenção são definidas a partir do trabalho diário dos profissionais com a comunidade, tanto na UMS como nas visitas domiciliárias, entrevistas a líderes formais e informais, reuniões com a população e revisão de bibliografia especializada. Esta metodologia permite que os profissionais conheçam de forma direta a cultura, representações, linguagem, hábitos de saúde, terapias tradicionais e outras particularidades da comunidade, criando assim condições adequadas para a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes, baseados no conhecimento e no respeito mútuo.

c) População-alvo: Na delimitação da população à qual será dirigida o programa existem questões que são relevantes quanto ao papel do poder e que são as seguintes: (1) Em que medida inclui os grupos mais vulneráveis e desfavorecidos? (2) Utiliza uma aproximação inclusiva que permita evitar a segregação e que não contribua para a reprodução da marginalização e da exclusão social?

A população escolhida inclui todos os residentes nos bairros abrangidos pelo Centro de Saúde da Venda Nova, especialmente mulheres grávidas e crianças. A intervenção utiliza uma aproximação inclusiva, partindo do princípio de que os processos de exclusão social são a principal causa das desigualdades na saúde e no acesso aos serviços de saúde, tanto para imigrantes como nacionais.

Este tipo de aproximação é muito relevante e necessária no atual contexto de crise, uma vez que qualquer medida de discriminação positiva dirigida de forma particularmente à população imigrante pode contribuir para aumentar o preconceito e rejeição por parte dos nacionais, resultantes de processos de comparação social a nível intergrupar e a percepção de deprivação relativa. Neste sentido, a adoção de uma abordagem inclusiva e equitativa para tratar as desigualdades na saúde, incorporando tanto a população nacional como a imigrante, torna-se fundamental.

d) Metas e objetivos da intervenção: No que diz respeito ao papel do poder na definição das metas e objetivos da intervenção, devem ser colocadas questões do tipo: (1) As metas e objetivos do programa baseiam-se nas necessidades prioritárias previamente identificadas? (2) A intervenção tem por objetivo reduzir desigualdades na saúde, no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, aceitando que as ditas desigualdades são injustas? A equidade nos cuidados de saúde é uma meta do programa? (3) Pretende-se como objetivo reduzir as assimetrias de poder associadas aos processos de exclusão social? (4) Pretende-se como objetivo o "empoderamento" da comunidade, incluindo os

grupos mais vulneráveis? A que níveis? Coloca-se como objetivo promover as potencialidades e recursos da comunidade?

A UMS da Venda Nova tem por objetivos: (1) aumentar o acesso aos cuidados de saúde, atuando como uma ponte entre o centro de saúde e a comunidade; (2) intensificar o seguimento e controle regular durante o período da gravidez; (3) promover a vacinação regular das crianças; (4) melhorar o acesso aos serviços de planeamento familiar; (5) aumentar o seguimento e o controle regular da saúde por parte da população; (6) difundir informação sobre saúde e cuidados de saúde na comunidade; (7) promover a participação da comunidade na prevenção e promoção da saúde; e (8) melhorar a situação social e de saúde da população. Sendo assim, a meta fundamental é a promoção da equidade nos cuidados de saúde, e os objetivos definem-se a partir das necessidades detetadas, dando prioridade à saúde materno-infantil como população especialmente vulnerável.

e) Ações do programa: No que diz respeito ao papel das dinâmicas de poder nas ações do programa, colocam-se algumas questões relevantes tais como: (1) A intervenção adota uma abordagem participativa, promovendo a participação ativa da comunidade? (2) As ações são culturalmente apropriadas? Têm em consideração as condições socioeconómicas da população e o contexto objeto da intervenção? (3) Os profissionais do programa estabelecem uma relação simétrica com a comunidade?

As estratégias de intervenção são fundamentalmente três: 1) ação direta nos bairros através da unidade móvel, 2) visitas domiciliárias e 3) educação e promoção da saúde; todas elas apoiadas no trabalho de uma equipa de profissionais formada por três enfermeiras, um/a psicólogo/a, um/a trabalhadora social e pelo condutor da viatura. Na unidade móvel, os profissionais prestam cuidados de saúde à comunidade, marcam consultas no centro de saúde, iniciam os processos de inscrição no mesmo e derivam a outros serviços e instituições segundo a problemática particular de cada um.

O trabalho da UMS complementa-se com visitas domiciliárias para seguimento dos casos específicos. Paralelamente, os profissionais da unidade móvel participam na vida do bairro, tanto em atividades de prevenção e promoção da saúde (campanhas de vacinação, educação sexual, atividades com grupos específicos como é o caso dos adolescentes, dos idosos, das mães adolescentes, das crianças, pais e educadores nas escolas, etc.) como em eventos sociais, culturais e lúdicos. Assim sendo, estes profissionais trabalham "com" a comunidade e não "para" a comunidade.

Por conseguinte, os princípios que orientam a intervenção são: (1) proximidade: em vez de

esperar que a população vá ao centro de saúde, os profissionais levam os cuidados de saúde aos bairros, servindo de ponte com o centro de saúde; (2) simetria na relação entre os profissionais da saúde e a comunidade baseada no conhecimento e respeito mútuo, na confiança, na empatia e na não discriminação (étnica, de género, etc.); (3) continuidade: o programa conta com uma trajetória de dez anos no bairro, apoiado por um grupo de profissionais estável; (4) conhecimento direto dos contextos de vida dos indivíduos.

Este tipo de relações entre os profissionais da saúde e os utentes, baseadas na simetria de poder, tornam possível prestar cuidados de saúde culturalmente apropriados. A UMS representa, além do que foi referido, um cenário apropriado para o treino em competências culturais de jovens profissionais, e daí contar com a presença de estudantes das escolas de enfermagem e de Saúde Pública que aí realizam estágios como parte integrante da sua formação, desenvolvendo assim um serviço de extensão. Paralelamente, a intervenção promove o empoderamento da comunidade, principalmente ao difundir informação e conhecimentos sobre saúde, sobre os direitos de acesso e funcionamento do sistema de saúde. Permite ainda uma tomada de consciência sobre os problemas sociais do bairro, favorecendo o fortalecimento das redes sociais e promovendo a participação comunitária.

Um aspeto fundamental desta prática é a sua integração dentro do Sistema Nacional de Saúde, tanto no seu funcionamento como no seu financiamento, através do Ministério da Saúde. Deste modo, a intervenção contribui para a promoção de um sistema de saúde baseado na equidade, em consonância com as recomendações da OMS (WHO, 2010), que sugere integrar as iniciativas orientadas para a promoção da saúde dos migrantes e minorias étnicas dentro das campanhas gerais contra as desigualdades socioeconómicas da saúde.

Neste sentido, o programa analisado diferencia-se claramente de outras intervenções que deixam a saúde dos imigrantes nas mãos da boa vontade e da solidariedade da sociedade civil, principalmente através das ONG, associações de imigrantes e associações sem fins lucrativos. Apesar da qualidade e da enorme relevância do trabalho habitualmente desenvolvido por este tipo de organizações, a sua principal limitação prende-se com a impossibilidade de garantirem a sustentabilidade da intervenção, uma vez que dependem do voluntariado ou da disponibilidade de financiamento, num âmbito tão fundamental como o da saúde. Apesar disto, a UMS da Venda Nova apresenta a vantagem de ter sido levada a cabo numa parceria com a Câmara Municipal da Amadora, ONG, associações de imigrantes e outras organizações locais, promovendo deste modo a participação comunitária. Cabe destacar a

colaboração com a associação AJPAS (Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável), que utiliza a mesma UMS do Ministério da Saúde para prestar cuidados de saúde, a qual foi também caracterizada como boa prática (Fernandes & Pereira Miguel, 2009).

e) **Resultados:** O objetivo final da avaliação das intervenções deverá ser identificar os programas bem-sucedidos quanto à redução das desigualdades na saúde e no acesso e qualidade dos cuidados de saúde.

No que diz respeito ao papel do poder, algumas questões devem ser colocadas: (1) o programa responde eficazmente às necessidades previamente identificadas, incluindo as necessidades dos grupos mais vulneráveis? (2) Consegue reduzir as assimetrias de poder associadas aos processos de exclusão social? (3) Consegue aumentar a equidade nos cuidados de saúde? (4) Consegue promover o empoderamento da comunidade, de forma a incluir os grupos mais vulneráveis? A que níveis? (5) O programa e os seus resultados são sustentáveis? (6) A avaliação dos resultados utiliza uma aproximação participativa de todos os grupos envolvidos? Os métodos de avaliação dos resultados têm em conta as características e condições do contexto e dos grupos de população envolvidos?

A avaliação dos resultados da UMS da Venda Nova revela, de forma geral, resultados positivos nas áreas das necessidades previamente identificadas, uma vez que: permite um melhor acesso aos cuidados de saúde, aumenta o seguimento e controle durante o período da gravidez, aumenta a vacinação regular das crianças, melhora o acesso aos serviços de planeamento familiar, aumenta o seguimento regular da saúde, consegue distribuir informação sobre prevenção da doença e promoção da saúde, promove a participação comunitária e melhora a situação social e de saúde da população. A avaliação dos resultados utiliza uma aproximação participativa, compartilhando anualmente os resultados com a comunidade e as instituições parceiras.

Até ao momento a sustentabilidade do programa tem-se baseado na sua inclusão dentro do Sistema Nacional de Saúde, em parceria com ONG e associações locais. Não obstante, na actual situação de crise, e quando a própria sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde está em causa, cabe perguntar qual poderá ser o futuro deste tipo de intervenções tão fundamentais na prestação de cuidados de saúde a toda a população, incluindo aos sectores mais vulneráveis.

### Conclusões

As boas práticas têm sido consideradas como uma ferramenta de grande utilidade e relevância,

como uma ponte necessária entre a ciência, a prática e o "policy-making" (Chinman et al., 2004; Padilla et al., 2009). Contudo não têm sido suficientemente debatidas quanto a serem uma ferramenta analítica nem a como devem ser construídas cientificamente. Este artigo contribui para uma discussão mais profunda acerca da importância de analisar as intervenções, iniciativas, programas e projetos, a fim de serem consideradas ou não boas práticas. Por isso, muitas vezes recorreremos à utilização de outros conceitos como intervenções, iniciativas, programas, projetos, práticas, numa tentativa de não abusar do termo boa prática, para que seja utilizado quando um caso for estudado, analisado e avaliado.

Consideramos que a principal contribuição do presente trabalho é permitir a discussão acerca da metodologia de boa prática no caso concreto da Unidade Móvel de Saúde da Venda Nova. Tentámos, na medida em que o espaço nos permitiu, aprofundar os aspetos pouco estudados e debatidos, especialmente o dos valores que se relacionam com as boas práticas em si e com a sua avaliação, e sobre como se exerce e articula o poder no processo de planificação e avaliação das denominadas boas práticas. Constatámos assim que a intervenção e a avaliação das boas práticas em matéria de saúde e imigração não são atividades alheias às dinâmicas de poder entre os diversos atores envolvidos (profissionais da saúde, imigrantes, mediadores interculturais, trabalhadores sociais, responsáveis políticos, organizações não governamentais, associações de imigrantes, instituições e agências de financiamento, etc.).

Ao mesmo tempo, ressaltamos a importância de refletir sobre o papel do poder no processo de identificar as boas práticas e questionamos se é uma atividade científica ou política, ou a conjugação de ambas. Falta-nos contudo refletir sobre quais são as consequências da identificação das boas práticas, quer para as instituições que as possuem, quer para aquelas que delas carecem. No actual contexto de crise, quais são as implicações da utilização das boas práticas? Poderemos questionar-nos se correrão perigo ou se, em consequência da diminuição dos fundos estatais, não nos iremos confrontar num futuro próximo com iniciativas paliativas, levadas a cabo pelas ONG, especialmente de caridade, numa tentativa de darem resposta e cobrirem as necessidades insatisfeitas, substituindo as obrigações de um Estado que delas se demite.

Finalmente gostaríamos de chamar a atenção para um aspeto que reflète a realidade portuguesa. Referimo-nos aqui à riqueza de projetos, iniciativas, práticas levados a cabo no campo da saúde materno-infantil, visto como um sector de enorme vulnerabilidade. Tais intervenções abarcam um universo muito complexo, apresentando uma grande diversidade de respostas que vão desde

programas de carácter mais biomédico (campanhas de vacinação, prevenção de infeções de transmissão sexual, controle pré-natal, etc.) até programas de cariz mais social destinados às mães adolescentes, de parentalidade, a apoio material (roupas, leite, carrinhos de bebé). Não podemos contudo avaliar todas as intervenções ou práticas como se de boas práticas se tratassem somente porque se destinam às populações vulneráveis, como o caso das grávidas ou das crianças. Em muitos casos verifica-se esta tendência, o que de facto vem ao encontro do que aqui propusemos.

As boas práticas não devem ser encaradas como receitas mas sim como modelos de intervenção tão diversos como diversas são as comunidades. Como tal, torna-se importante identificar os princípios nos quais se baseia a intervenção, identificar as estratégias que resultam eficazes, entender como se relacionam as dinâmicas de poder, como se envolve a comunidade interessada, para poder depois determinar se uma prática é efetivamente boa.

#### Notas

<sup>1</sup> Financiado pelos projectos: PTDC/CS-SOC/113384/2009 (FCT) e PsySPOCUC 272976-Marie Curie Action (CE).

#### Bibliografia

- ASPINAL, P. e B. Jacobson (2004), *Ethnic Disparities in Health and Health Care: A Focused Review of the Evidence and Selected Examples of Good Practices*, Report London Health Observatory. Disponível em: <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=8831>
- CHINMAN, M., P. Imm & A. Wandersman (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation and evaluation*. RAND Corporation. Em [http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR101.html](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR101.html), consultado a 10 de Janeiro de 2009.
- CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization. Em [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html), consultado em 26 de Agosto de 2010.
- EUROPEAN COMMISSION (2008), *Quality and Equity of Access to Healthcare Services*, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- FERNANDES, A. e J. Pereira Miguel (2009), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- HERNÁNDEZ-PLAZA, S. et al. (2010), "New settlement and well-being in oppressive contexts: A liberation psychology approach", in S. Carr (Ed.), *The psychology of global mobility*, Series: International and Cultural Psychology, Vol. 0, Nova Iorque, Springer, pp. 235-256.
- MACHADO, M. C. et al. (2009), *Maternal and child healthcare for immigrant populations*, Background paper, Developed within the framework of the IOM project: "Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of social determinants of health and health inequalities", Brussels, International Organization for Migration.
- MIPEX (2011), *Migrant Integration Policy Index* (web-site), Brussels, British Council and Migration Policy Group. Em <http://www.mipex.eu/>, consultado a 31 de Outubro de 2011.
- PADILLA, B. (2011), *Health against poverty in Europe. Focus on child, women and older retired migrants from third national countries*, Technical Report of the Third Transnational Workshop "Healthy and Wealthy Together: Developing common European modules on migrants health and poverty", INTI Programme, European Fund for the Integration of Third-Country Nationals, European Commission.
- PADILLA, B. e R. Portugal (2007), "Saúde e migrações: boas práticas na União Europeia", in S. Dias (org.), *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 143-153.
- PADILLA, B. et al. (2009), "Health and migration in the European Union: Good practices", in A. Fernandes & J. Pereira Miguel (eds.), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, pp. 101-115.
- PRILLELTENSKY, I. (2003), "Understanding, resisting and overcoming oppression: Towards psychopolitical validity", *American Journal of Community Psychology*, 29, 747-778.
- PRILLELTENSKY, I. (2008), "The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity", *Journal of Community Psychology*, 36 (2), 116-136.
- SEKN (2008), *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization. Em [http://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/final\\_reports/sekn\\_final%20report\\_042008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf), consultado em 15 de Fevereiro de 2011.
- STEGEMAN, I. e C. Costongs (2004), *Promoting social inclusion and tackling health inequalities in Europe – An overview of good practices from the health field*, EuroHealthNet, Bruxelas.
- TRUONG, T.-D. (2006), *Poverty, Gender and Human Trafficking. Rethinking Best Practices in Immigration Management*, Paris, UNESCO. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001432/143227e.pdf>.
- WHO (2010), *How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/127526/e94497.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf), consultado a 20 de Janeiro de 2011.



# PERCURSOS E SIGNIFICADOS TERAPÊUTICOS NA RELIGIÃO AFRO-BRASILEIRA CANDOMBLÉ<sup>1</sup>

---

Ana Cristina de Souza Mandarino

■ Professora Visitante da Universidade Estadual de Santa Cruz e Professora Colaboradora no Programa de Pós-Graduação de Estudos, Pesquisas e Formação em Políticas e Gestão de Segurança Pública, Universidade Federal da Bahia, Brasil (anamandarino@gmail.com)

Alexnaldo Neves de Jesus

■ Graduando em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Brasil (alhexneves@hotmail.com)

Sandra Regina Passy

■ Especialista em Gestão da Saúde, Universidade Federal da Bahia e Administradora Hospitalar da Secretaria do Estado de Saúde da Bahia, Brasil (sandrapassy@hotmail.com)

Estélio Gomberg

■ Professor Adjunto I da Universidade Estadual de Santa Cruz e Professor Colaborador no Programa de Pós-Graduação de Estudos, Pesquisas e Formação em Políticas e Gestão de Segurança Pública, Universidade Federal da Bahia, Brasil (estelio68@gmail.com)

## Resumo

O presente artigo teve como objetivo principal apreender os usos de recursos terapêuticos por parte de clientes, adeptos ou não, que frequentam o Candomblé, entendido como uma religião de matriz africana no Brasil. Ao adentrar este sistema religioso terapêutico, os sujeitos vão experimentar e confrontar com uma série de inovações na sua vida cotidiana, ampliando suas visões e percepções sobre as causalidades da doença, repercutindo na consideração da relação entre "corpo/mente/orixá (divindade)", abrindo desta maneira uma nova opção no que tange as opções terapêuticas para estes. Diante da complexidade desta religião, o grupo em questão – adeptos e clientes externos – reafirma sua solidariedade intra- e extra-muros, através da garantia da saúde física e social de seus membros, na medida que opõe instâncias antagônicas representadas por sua visão de mundo: saúde/doença, vida/morte. O equilíbrio entre estas se faz necessário para a afirmação daquilo que se torna elemento indispensável para este: a manutenção da saúde.

**Palavras-chave:** Candomblé, processo saúde-doença, itinerário terapêutico

## Abstract

This paper aimed to seize the uses of therapeutic resources from customers, believers or not, who attend the Candomblé, understood as a African roots religion in Brazil. By entering this religious system therapeutic, the subjects will try and confront a number of innovations in their everyday life, broadening their visions and perceptions about the causalities of the disease, affecting the consideration of the relationship between "Mind/body/orisha (deity)", thus opening a new option regarding the options therapies for these. Given the complexity of this religion, the group in question – fans and external clients – reaffirms its solidarity intra- and extra walls, by ensuring the health physical and social development of its members, as opposed to instances antagonistic represented by their worldview: health/illness, life/death. The balance between these is required to a statement of what becomes indispensable element for this: health maintenance.

**Keywords:** Candomblé, disease process, therapeutic itinerary

O Candomblé pode ser definido, de acordo com Bastide (2005), Verger (1981), e J. dos Santos (1997), como uma manifestação religiosa resultante da reelaboração das várias visões de mundo provenientes das múltiplas etnias africanas que, a partir do século XVI, foram trazidas para o Brasil, no contexto de escravidão. E somente no século XVIII que esta designação vai ser encontrada aplicada aos grupos organizados e espacialmente localizados. Verger (1981), porém indica as primeiras menções às religiões africanas no Brasil como existentes nas anotações feitas pela Inquisição em 1760.

Os Terreiros de Candomblé são historicamente reconhecidos como espaços de manutenção das tradições religiosas negro-africanas, entretanto, atualmente, assumem uma postura que aponta para uma multifuncionalidade que vai além das atividades mencionadas, buscando fazer parte da pauta de ações de organizações sociais que visam, autonomamente ou com parcerias governamentais e internacionais, propor o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde estruturado em valores e normas tradicionais e que, ao mesmo tempo, possa dialogar de forma racional com o sistema biomédico no país, estabelecendo um cenário de oportunidades de ofertas de saúde baseadas em modelos culturais diferenciados (Gomberg, 2008).

Adeptos desta religião afro-brasileira vão conceber categorias linguísticas que refletem a multifuncionalidade apresentada, ou seja, "pronto-socorro espiritual" ou "hospital de orixás" são evocações sistemáticas que traduzem um campo fértil para buscar entender os interesses de legitimações sociais pelos atendimentos amplos às diversas clientela, adeptas e não adeptas, e os itinerários terapêuticos destas que procuram também o Candomblé enquanto opção terapêutica, em um contexto sociocultural que permite e que estabelece múltiplas escolhas.

As atenções com a saúde são uma constante nos discursos e nas ações produzidos pelo "povo de santo"<sup>2</sup>. Sejam por problemas espirituais ou transtornos pessoais como problemas de saúde e de ordens materiais e interpessoais, estas foram e são apontadas como a principal causa pela procura de apoio religioso.

O que nos motivou tecer reflexões deste tema é a grande relevância da apreensão da busca terapêutica religiosa como uma opção em relação à saúde, possuindo significado distinto dos adeptos em relação aos processos relacionados à noção de saúde-doença.

Essa abordagem é de especial significância para a presente reflexão, pois buscamos uma compreensão para a experiência religiosa relatada pela diversa clientela frente à medicina afrobrasileira, concebida por Luz (2005) como "sistema de cura complexo" de base religiosa, e a recorrência a esta como uma das estratégias de solução do adoecimento na sociedade

mais ampla. Para tanto, não desejamos estabelecer absolutos sobre a experiência religiosa deles e sim apontar para interpretações possíveis para o processo saúde/doença associado com a religiosidade.

Apesar de os fenômenos religiosos tradicionalmente serem objetos de interesse antropológico, a intersecção dos campos de estudo entre religiosidade e os processos saúde-doença ainda se encontram incipientes, mesmo na área da Saúde Coletiva. Diante das manifestações e significações da religiosidade, é necessário despertar a atenção e sensibilidade de pesquisadores e gestores de saúde para os espaços religiosos como um local que possui várias possibilidades de realizações na promoção de saúde e do exercício de cidadania e efetivações de programas conjuntas com poder público (Rosa, 2002; Valla, 2001; Vasconcelos, 2006; Gomberg, 2008)

Para esta discussão deve-se considerar outros fatores que permitam explicar com maior clareza e complexidade os recursos a disposição das religiões de matrizes africanas nos processos de manutenção e busca da saúde. Como sugere Minayo (1988), o contexto da inter-relação entre religião e processo saúde-doença ocupa um lugar ímpar e subjetivo nas vidas de indivíduos.

Assim, pode se considerar que a religião é capaz de dar um sentido à doença, à cura e à saúde, apontando assim a complementaridade existente entre religião e medicina, como também foi observada por Loyola (1984) quando analisou as opções terapêuticas oferecidas na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro. Mesmo havendo uma complementaridade entre medicina e religião, podemos perceber entre os diversos atores sociais envolvidos que estes acabam por conferir à segunda uma supremacia sobre a primeira, no sentido de buscar um referencial mágico-religioso como explicação para a doença.

É significativo ressaltar que as possibilidades e as disponibilidades de escolhas terapêuticas realizadas por indivíduos ao perceber uma situação de enfermidade manifesta na arena de negociações, e suas movimentações presentes entre estas escolhas, em verdade vão refletir o campo de possibilidades socioculturais com que estes se encontram identificados (Young, 1981), mesmo que esta opção não figure entre suas práticas cotidianas.

Vários autores (Kleinman, 1980; Rabelo, Alves e Souza, 1999; Duarte e Leal, 1998; e Velho, 1994) se debruçam sobre os aspectos simbólicos da doença considerando que o processo saúde-doença é influenciado pelas diversas manifestações presentes em um grupo social, ou seja, a compreensão da doença é pautada na intersecção do sujeito e suas interações nos grupos, nas instituições e seus processos culturais. Desta forma, para Helman (1994),

"a doença é a resposta subjetiva do paciente, e de todos os que o cercam, ao seu mal-estar" ou ainda a "definição de doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere a ela." (Helman, 1994: 104)

O entendimento do significado das ações que constituem o itinerário terapêutico torna-se importante na medida em que nelas estão inseridos os vários processos de escolhas, decisões, avaliações e adesões a determinadas terapêuticas. Recomenda-se que este entendimento deva ser ampliado à disponibilidade de serviços de saúde ou a sua utilização, ou seja, é pertinente verificar a existência de consciência das possibilidades e do alcance delas aos sujeitos sociais observando a influência do contexto sociocultural na escolha de tratamento (Alves e Minayo, 1994; Gerhardt, 2006).

Assim, a análise sobre itinerário terapêutico concebido pelo indivíduo se relaciona com uma arena de possibilidades socioculturais que fornece projetos de escolhas através de suas próprias visões de mundo e as diversas opções terapêuticas, como aponta Velho:

é necessário que toda análise sobre itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes (Velho, 1994: 27).

Assim, verifica-se uma cadeia de eventos sucessivos, que permite ao indivíduo apresentar uma trajetória e nesta elaborar e refletir o processo saúde-doença, através de práticas e saberes socializados por seu grupo e apreendidos ao longo de suas vivências.

A ação de interpretar o itinerário terapêutico encontra-se no plano consciente em decorrência de um aspecto vivenciado de seu passado. No processo da memória, as lembranças são remetidas como elementos que possibilitam mediar às opções ofertadas com a intenção de optar por aquelas que mais condizem com os contextos apresentados, "pois só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente" (Rabelo, Alves & Souza, 1999: 133).

Vale apreender o significado destas escolhas traçadas pelo itinerário terapêutico e perceber entre as possibilidades de ofertas e suas expressões

aquelas relacionadas ao campo religioso. Este é definido por Bourdieu (1975) como sendo, em geral, um mercado de bens simbólicos, cujo consumo não exige comprometimentos éticos, ou seja, a religião transforma-se em mercadoria, num sistema em competição, atuando de forma utilitária, servindo de instrumento para amenizar e solucionar aflições.

Nesse sentido, é significativo apreender as cosmovisões e as estratégias lançadas pelos "Terreiros de Candomblé" em se colocar como uma opção terapêutica na sociedade mais ampla.

Apesar de não ser objeto de foco deste estudo, na constituição de Terreiros de Candomblé, vale ressaltar que, ao longo da história, da implantação das cidades no Brasil, estes e demais espaços de religiões de matrizes africanas não ficaram alheios a estas manifestações e práticas socioculturais nas cidades. Na constituição e na solidificação dos diversos segmentos das religiões afro-brasileiras, o que consideramos é uma história marcada, na maior parte dos períodos, por perseguições, discriminações, diferentes mentalidades e "invisibilidades sociais", assim como solicitações e alianças de diversas ordens sociais e, por efeito, suas práticas e saberes terapêuticos não ficaram alheios a estas manifestações (Dantas, 1984; Sodré, 1988; Lühning, 1997; Mandarino, 2003; Gomberg, 2010).

Partindo destas premissas, nossa intenção é a de identificar e caracterizar o uso de recursos terapêuticos por parte de clientes, adeptos e não adeptos, que frequentam "Terreiros de Candomblé" no Estado da Bahia e de Sergipe, Brasil, tomando para tal o comportamento concreto de pessoas no uso de recursos em saúde, e como os diferentes recursos são utilizados por elas (Mandarino, 2007; Gomberg, 2008).

As narrativas sobre casos envolvendo doenças e distúrbios relacionados à saúde tornaram-se um eficiente aliado na obtenção de informações sobre os processos saúde-doença apontados por vários membros como motivação para suas adesões religiosas.

Desta forma ao final de cada entrevista-narrativa obtínhamos dados que se tornavam cruciais na elucidação das escolhas concebidas, e assim podíamos iniciar o delineamento do itinerário vivido pelo indivíduo, além de suas expectativas, e, finalmente, o que esta escolha representava individualmente ou coletivamente.

Podemos considerar que, quando ocorre à opção por algum sistema religioso institucionalizado, a pessoa experimenta uma vivência de ser parte de uma comunidade e pela qual também é responsável, gerando processos de significados nas vivências em eventos visando os processos de cura.

Sendo assim, na ótica de Rabelo (2010):

(...) A construção do sentido é processo cognitivo, que no caso da religião é facilitado ou deslanchado pelos contextos extraordinários apresentados nos rituais. Neste tipo de abordagem, significado equivale à representação: as religiões modificam a maneira pela qual os indivíduos se posicionam frente à aflição, na medida em que lhes incutem um novo estoque de concepções e crenças. Clientes são potenciais adeptos que aprendem – adquirem conteúdos – no curso de sua participação em eventos diversos ao interior do grupo religioso. (Rabelo, 2010: 6)

De alguma forma, isso contribui para produzir outro sentido na vida das pessoas, em oposição ao individualismo crescente da sociedade moderna. Vê-se, então, o estabelecimento de um modo de relação entre os adeptos das religiões, que é marcado pela solidariedade e que também é capaz de gerar aumento da autoestima e alternativas terapêuticas frente às doenças de diversas naturezas.

As estratégias desenvolvidas em Terreiro de Candomblé para promover a saúde dos clientes consistem em ações tais como consulta oracular (“jogo de búzios”), prescrição e realização de rituais litúrgicos/terapêuticos, entre outras. Em alguns casos a iniciação religiosa completa pode vir a ser indicada, visto que a pessoa que busca alívio de seus sofrimentos apresenta outras intercorrências físico-morais que vão além dos transtornos causados pela ação de espíritos ou por seu próprio destino (Duarte, 1994).

Angústias, sofrimentos e infortúnios são circunstâncias significativas nas solicitações que chegam ao Candomblé, e a função primordial deste sistema religioso-terapêutico consiste em buscar tornar a vida dos indivíduos mais compreensível e passível de ser suportada, colaborando para que estes possam interagir neste contexto, na intenção de que a religião possa vir a proporcionar uma cosmovisão própria do universo em que ambos possam construir um modelo que dê suporte para o enfrentamento da realidade (Geertz, 1989).

Confrontam-se valores pessoais, expectativas de tratamentos nos contextos religiosos e a “criação da nova identidade social religiosa”, ou seja, tratamento religioso ou conversão religiosa traz um novo conjunto de hábitos no consulente (Bourdieu, 1989). Sendo assim, estruturada pela imaginação, ao tornar-se um sujeito religioso, este elemento torna-se orientador para concretizar o desejo de obter a cura ao mesmo tempo em que pode se tornar uma fonte de impedimentos e/ou retardamento a estas solicitações.

Neste sentido, os depoimentos abaixo são reveladores do comportamento de busca terapêutica religiosa, mesmo num contexto de contradições e conflitos pessoais e familiares.

Daniel de Oxossi, 27 anos, de pele clara e olhos verdes, com instrução secundária completa, oriundo de uma família católica, iniciado no Candomblé, fora excluído da convivência familiar regular por esta opção religiosa, como no caso do irmão de sua mãe, que foi afastado da família por ser “de Candomblé”, desde cedo conviveu com as contradições impostas por sua família e pela necessidade velada de sua mãe de frequentar alguns “Terreiros” em busca de ajuda. Assim é que, às escondidas, ela frequenta o espaço de um compadre, levada pela doença do filho mais velho, que sofria de epilepsia e que segundo as orientações recebidas ficaria curado no momento em que ele se iniciasse para o orixá Omolu. O rapaz, então com 16 anos, e sua mãe se eximiam de uma responsabilidade maior, freqüentando o “Terreiro” sem que, no entanto, assumissem a iniciação como algo a ser feito, embora com avisos da entidade através do “jogo de búzios” que o tempo estava se esgotando e que isto poderia levá-lo à morte, conforme ele mencionou.

O tempo passou e Daniel por volta dos três anos e meio começou a apresentar sintomas de adoecimento. Este reclamava de dores na barriga, nos pés e apresentava um sangramento pelo nariz, além de urinar “leite”. Levado primeiro ao pediatra e, posteriormente, ao neurologista para solucionar uma disritmia, já que os exames realizados até então não haviam apontados qualquer causa que justificasse tantos sintomas desconhecidos. Este processo de busca pela saúde da criança levou anos e não foi conseguida nenhuma melhora. A mãe chegou a se revoltar quando um médico sugeriu que o menino deveria fazer um esporte, pois além de franzino “este na verdade era muito mimado”.

Aconselhada por amigos, e com medo de que novamente uma tragédia se abatesse sobre a família, a mãe começou a frequentar um centro espírita kardecista. Os médiuns neste centro recomendaram que o menino deveria se “desenvolver, pois apresentava uma mediunidade bem desenvolvida”. Assim, aos 7 (sete) anos ele começa a frequentar as sessões aos domingos, no entanto, passado menos de um ano começa a queixar-se de fortes dores de cabeça e ânsias de vômitos durante os processos de “desenvolvimento”.

Mais uma vez, a mãe, aconselhada por amigos, começou a frequentar um centro de Umbanda, onde Daniel era levado constantemente para tomar passes com os caboclos sem que apresentasse melhora significativa em seu quadro. Neste momento, Daniel tinha completado 9 (nove) anos de idade.

O pai, por intermédio de um amigo, tomou conhecimento de uma “rezadeira espetacular” no interior, tendo esta aconselhado que levasse a criança até ela como uma última tentativa de restabelecimento da saúde, pois, a esta altura, ele era “pele e osso”. Na verdade o “interior” era São Gonçalo

do Retiro, bairro da Grande Salvador; Bahia, e a rezadeira era uma "mãe de santo". Lá chegando foi feita uma consulta oracular e nesta saiu a prescrição de vários "ebós", que, após serem feitos, resultaram no completo restabelecimento de Daniel, o que fez com que este, junto com sua mãe, passasse a frequentar a Casa, sem compromisso, nos dias de festa e nos almoços comemorativos do calendário litúrgico, onde passava o tempo em brincadeiras com as crianças do Axé.

É aos 11 (onze) anos que este tem sua primeira incorporação, não com Oxossi, mas sim com um caboclo. Segundo este,

eu não sabia o que estava acontecendo, eu desmaiei, e antes disso eu vi uma luz amarela vindo em minha direção, e quando eu acordei, com as pessoas ao meu redor, eu imaginei que estava ficando doente novamente. Ninguém me disse nada, demorou um tempo e outras incorporações depois, mais ou menos uns dois anos, para que me dissessem que aquilo era o caboclo.

Os sintomas que haviam ficado latentes por dois anos voltaram a aparecer, (...) agora de forma mais amena, mais não pararam por completo. Neste momento a mãe de santo chamou minha mãe e disse a ela que eu deveria me iniciar, e que isto era a força do orixá. Minha mãe com medo que me acontecesse o mesmo que com meu irmão, concorda, e então recebe a lista de coisas que deveriam ser providenciadas, sem pressa, sem data certa. Certo dia fui chamado por minha mãe de santo para acompanhá-la ao interior onde na verdade ela possuía um local para as iniciações, para que eu pudesse fazer alguns ebós para a saúde. Sem desconfiar fui com ela, fiz os ebós, mas em verdade o que ela fez foi me iniciar. Isso sem o consentimento da minha mãe, quase deu polícia, pois eu era de menor, só tinha 16 anos (Daniel de Oxossi, depoimento oral, maio, 2007).

A recorrência e a solicitação da família de Daniel de Oxossi na solução de seu quadro de saúde/doença em diversos sistemas terapêuticos, algumas vezes, até mesmo contraditórios, evidencia a subjetividade da doença, seu enfrentamento e as buscas de solução, mesmo que estas a princípio se apresentem tão conflituosas, como no caso acima, onde a inserção religiosa de Daniel acontece em um ambiente religioso que segundo o imaginário familiar teria em verdade roubado a vida de seu irmão. A dúvida, o medo e, ao mesmo tempo, a busca por uma solução eficaz e duradoura para o estado de desequilíbrio conduzem os indivíduos a buscarem soluções impensadas em momentos outros.

Seguindo esta perspectiva, a história de Dorotéia pode ser considerada um exemplo desta encruzilhada de saberes compartimentados e dispersos nas visões de mundo dos diversos grupos sociais. O medo do adoecimento é recorrente em indivíduos e nas distintas culturas. Buscar formas explicativas para os processos de saúde-doença, principalmente se há a comprovação de uma doença degenerativa, faz com que os indivíduos busquem diversas formas de auxílio, chegando mesmo, em casos extremos de inconformismo e repúdio, a desenvolver uma vida conturbada e conflituosa em busca de um ponto de equilíbrio onde a aceitação do quadro de saúde se torna algo suportável.

Dorotéia nasceu de uma família humilde e visivelmente "desajustada", como ela mencionou. Segundo ela, sua mãe mantinha uma relação difícil com os filhos por conta das dificuldades financeiras e pelo fato de estar separada de seu pai; mais tarde esta veio a saber que ela era afligida por um distúrbio psíquico que a acometia de tempos em tempos.

Ela nos relatou que a ocorrência de distúrbios mentais era frequente em sua família, sendo este um de seus maiores medos, pois a tia e a avó, além da mãe, apresentavam também o mesmo problema. Corroborando a história trágica da família, ela é sobrinha-neta por parte de mãe de Arthur Bispo do Rosário, artista plástico, interno da Colônia Psiquiátrica Juliano Moreira<sup>3</sup>, aumentando seu "medo da loucura". Isto fez com que Dorotéia acreditasse que a família sofria de um "carma" pelas ações praticadas pelo avô.

Era acometida constantemente de crises depressivas e de dormência nas pernas que a impediam de andar. Sentia dores de cabeça, segundo ela, "fortíssimas", que a obrigava constantemente ao uso de medicamentos para enxaqueca, estabelecendo uma dependência medicamentosa, pois os problemas se sucediam.

Dorotéia relata ainda que, mesmo sem saber, sonhava com orixá Oxum, travestida em uma mulher que sempre procurava ajudá-la. Em sua vinda para o estado de origem, esta toma conhecimento, através do "jogo", não só da necessidade de fato de uma iniciação, mas também de que esta possui "um caminho para a vida sacerdotal, que deveria no futuro se preparar para isso".

Em suas palavras, a ida para o Terreiro de Candomblé e a convivência que passou a ter nele possibilitou:

(...) a reconstrução de mim mesma. Passei a ouvir o que meu pai dizia, ouvindo sua fala sobre a minha postura, o que eu era, e o incômodo que algumas atitudes minhas causavam entre meus irmãos. Eu adotei meu pai de santo como meu pai de verdade. Foi ele e o axé (Terreiro) que vão me proporcionar um

movimento de reequilíbrio, pois após o bori, os sintomas da minha doença – desequilíbrio vão desaparecendo aos poucos, deixando sair a pessoa que eu realmente sou. As alucinações pararam, os sonhos escabrosos. Depois do bori eu entrei em um momento de introspecção, como se estivesse voltada para mim mesma, para me conhecer, como se alguém novo emergisse de dentro de mim. (Dorotéia, depoimento oral, outubro, 2007)

Outra cliente entrevistada, Marina de Nana, nos revela que sua expectativa em relação ao ritual “bori”<sup>4</sup> estava na valorização e equilíbrio da cabeça e o que isto representaria para ela em seu futuro: “com a cabeça alimentada tudo fica bem; eu e o santo (orixá) ficamos bem, e assim as decisões podem surgir de forma espontânea, mais claras...”

Esta, professora universitária, nos conta que, após a realização de seu “bori”, continuou usando diariamente seu “fio de conta”, colar identificatório, recebido. A amenização e desaparecimento dos sintomas de enxaqueca, sua queixa principal ao procurar a liderança religiosa do Terreiro, fez que esta em um gesto inesperado jogasse fora os “9 (nove) remédios que tomava diariamente”, passando a atribuir ao uso do “fio de conta” o “poder medicamentoso e curativo”. Este depoimento nos foi deveras interessante, pois Marina faz parte do grupo de frequentadores do “Terreiro” que tem nível de escolaridade superior. Ela, uma profissional de saúde, cujo treinamento se deu através de uma lógica explicativa cartesiana, admitindo que “esta era a última tentativa que faria, pois estava muito desanimada com os médicos”.

Nos dias consecutivos ao ritual, nós a acompanhamos e perguntávamos se esta estava se sentindo bem. Ela nos garantiu que nos dois dias seguidos, e na semana posterior, não sentiu absolutamente nada, mas que após voltar para casa percebeu o início do sintoma e que a partir de então “coloca o «fio de conta» e os sintomas regridem. Ela sabe que do ponto de vista científico não “há explicação cabível para tal experiência”, no entanto, conforme diz, “é inegável a regressão dos sintomas”. Nós lhe perguntamos a que esta atribuiria esta remissão e ela respondeu dizendo:

(...) eu sei que a enxaqueca é uma doença diagnosticada e tratada pela medicina. Que existem preocupações constantes em estudos recentes sobre a discussão da origem, da causa deste transtorno. Alguns especialistas vão atribuir ao excesso de dopamina, outros ao mau funcionamento de uma determinada área do cérebro que se tornaria extremamente irrigada em momentos de tensão... Enfim, ainda não há um diagnóstico fechado a respeito. Há quinze

anos sofro de enxaqueca, que foi agravada após a morte de meu marido. Desde então peregrino pelos consultórios médicos e de amigos que tentam várias opções que infelizmente só são paliativas. Eu não posso explicar com exatidão a forma de agir do bori, pois não sou uma especialista, minha especialidade é centro cirúrgico! Mais de uma forma estranha deu e vem dando certo, diminuí as doses dos remédios e busquei uma nova medicação que hoje uso só em casos extremos... (...) (Marina de Nana, 2007. Comunicação oral).

Ao dar de “comer à cabeça”, estará a comunidade iniciando um/a novo/a integrante que compartilhará a partir do “bori” gradativamente os valores, as posturas e os saberes do grupo através de procedimento não só de sua inserção religiosa, mas, principalmente, através de um ritual terapêutico, cujo sentido maior significa, no caso de adesão, que este indivíduo ao adentrar ao grupo, pelos menos no que tange a estes rituais, estaria apto, pleno e pronto a desenvolver suas atividades religiosas sem o empecilho do desequilíbrio-doença, deixando mais uma vez evidente a preocupação que os seguidores dos cultos afro-brasileiros têm com a saúde.

As narrativas produzidas por clientes são repletas de significados que refletem os contextos sociais apresentados, os sintomas corporais e emocionais e as repercussões da situação de doença nas diversas dimensões da vida do sujeito social, assim como apontando as possíveis e plurais possibilidades de tratamentos e suas ressemantizações individuais, como foi a situação apresentada com o “fio de conta” recebida por Marina. Elas também podem ser de natureza coletiva, contendo as falas dos diversos atores sociais envolvidos e compartilhando as práticas cotidianas dos participantes do contexto apresentado.

A construção da narrativa amplia os espaços da doença, concebendo o entendimento amplo dos saberes e das práticas que são acionados para organizar o entendimento da realidade. Tal significação é apontada por Ginzburg (1999), para permitir a complexidade da realidade onde o fenômeno social foi manifestado:

Através dos indícios, pistas e sinais torna-se possível alcançar a flexibilidade e a complexidade da realidade onde um determinado saber foi produzido, sendo que, de outra forma, seria inatingível pelo narrador e ininteligível pelos ouvintes (Ginzburg, 1999: 152).

Ao se instalar a doença, o indivíduo e/ou o grupo vão buscar as causalidades dela baseados nas visões de mundo. As narrativas são assim um instrumento possível de ordenar a complexa rede de

possibilidades de compreensão sobre este fenômeno extraordinário na vida dos indivíduos.

Desta forma, as narrativas de clientes, adeptos e não adeptos, que solicitam entendimentos sobre as percepções de doença alcançam a particularidade de cada experiência do adoecimento, expressadas através de falas carregadas de experiências passadas e novas sobre o adoecer.

As narrativas descrevem o real sem ter necessariamente uma explicação dos significados apresentados na ocasião, agregando informações de percepções, de expectativas através de lógica nas imagens e nas sensações construídas. Assim, repercutem de forma real e concreta: organizando as percepções, as compreensões das vivências nos diversos tempos, estruturadas em uma organização de seleção de elementos das experiências pessoais.

A memória é usada na narrativa gerando inúmeras interpretações da realidade, e a seleção de escolhas dos acontecimentos, sem a necessidade de um encadeamento lógico, e das percepções vão ter sentido e dar um contorno real à experiência, assim como a coerência no pertencimento social.

O processo da narrativa, para Ricoeur (1995), tem o poder de (re)construir a situação vivida através de um jogo de lembranças, palavras, sensações e de respostas emocionais e com condições de serem evocadas em tempo futuro com uma construção singular da identidade do narrador:

Essa identidade narrativa é constituída nas retificações sem fim das narrativas anteriores. Sempre é possível compor novas tramas sobre os mesmos incidentes, de modo que a identidade narrativa se defina na sua instabilidade, por um constante fazer-se e refazer-se, uma incompletude sempre passível de reformulações. Identidade e continuidade referem-se à coerência das histórias sobre as pessoas, atribuindo uma organização por meio das narrativas, pois, de outra forma, poderia parecer caótico e sem sentido (Ricoeur, 1997: 81).

Sendo assim, as narrativas das experiências da doença têm a intenção de relacionar vivências, falas e ações primordialmente para construir uma única narrativa com sentido e entendimento social. Através dos contatos sistemáticos com as/os clientes do Terreiro em questão, buscaram apreender os significados que concebem nas representações sociais de identidades e experiências culturais sobre o adoecimento.

### Considerações Finais

Expressões concebidas com referências às assistências de saúde são evocadas para apontar

a complexidade da opção que o Candomblé se apresenta enquanto alternativa e/ou complementariedade terapêutica, sendo uma possibilidade entre as várias opções cujo contexto sociocultural permite e estabelece múltiplas escolhas de diagnósticos e tratamentos.

Foi possível apreender no movimento dos consulentes, adeptos ou não de religiosidades afro-brasileiras, que estes buscam nesta modalidade religiosa mais uma opção terapêutica, que tem sua explicação acerca das causas das doenças, diagnósticos e ordenamentos de tratamento fundamentadas na esfera do sobrenatural. Situação que não é exclusiva destas religiões. Consideramos que tal opção decorra da possibilidade de as religiões afro-brasileiras se colocarem como um espaço para além do religioso, em que o adepto/usuário encontra no acolhimento praticado uma forma mais duradoura e eficaz de apoio do que aquelas oferecidas pelo "sistema oficial de saúde", uma vez que aí se estabelecem laços de solidariedade entre os participantes, possivelmente resultando no aumento da eficiência e eficácia dos tratamentos/apoio recebidos.

Elementos comunicativos, interações sociais e acolhimentos são registrados no momento da consulta. Contudo, a primazia e a hierarquia do sobrenatural encontram-se pautadas neste processo terapêutico, não permitindo espaços para questionamentos acerca das prescrições terapêuticas assim como dos elementos a serem utilizados. Assim, o encontro terapêutico pode ser realizado sem a presença física da/o consulente no momento da consulta oracular, "jogo de búzios", onde seu orixá patrono é consultado, possibilitando uma terapêutica desterritorializada.

No presente artigo buscamos apreender os significados de indivíduos a optarem pelas práticas terapêuticas religiosas afro-brasileiras em detrimento de um "sistema de saúde oficial", mesmo com a possibilidade de fazer uso deste sem qualquer custo financeiro imediato por ser este público e universal, como é no contexto brasileiro. Para entender os mecanismos envolvidos nesta decisão, lançamos mão do conceito *illness*, correspondente a doença como experiência subjetiva da pessoa, na qual se encontram envolvidos fatores socioculturais, aspectos biológicos e aspectos sobrenaturais, em oposição à *disease*, correspondente a enfermidade como processo biológico. Isto nos permitiu compreender os mecanismos que resultam em uma escolha terapêutica associada às religiões afro-brasileiras como resultantes de uma percepção sobre o adoecimento como este sendo fruto de um processo sociocultural, da mesma forma que, ao perceberem as manifestações da doença, estes acabam por buscar a princípio ajuda nos sistemas terapêuticos biomédicos, sem prejuízo de um livre trânsito entre mais de um sistema.

Pudemos assim compreender que a solicitação terapêutica de sujeitos não-adeptos ao Candomblé fora acionada por adeptos e, desta forma, a indicação desta "medicina religiosa" encontrava-se revestida de um crédito que, baseado na confiança mútua, surgia como uma opção terapêutica cabível, uma vez que esta é considerada como dotada de eficácia já comprovada por alguém da confiança do indivíduo. Às vezes esta opção surge como uma "última opção terapêutica", porém não é feita por causa de dificuldade de acesso ao "sistema oficial de saúde", como muitas vezes tende a ser superficialmente explicado.

Vale considerar que uma das perspectivas neste momento contemporâneo é que o advento da sociedade moderna não significou o fim da religiosidade e inclusive de religiões. Assim, a pluralidade e a fragmentação religiosa decorrem desta própria dinâmica da modernidade, ofertando uma diversidade de universos religiosos, possibilitando a existência e o funcionamento das sociedades sem um princípio ordenador religioso único. Ao contrário, os novos tempos vão permitir que o sujeito individualista conceba suas próprias expressões espirituais e religiosas conforme seus valores e seus interesses, combinando materiais, símbolos, sinais e enunciados lingüísticos em um formato de bricolagem religiosa.

Assim, diante da pluralidade religiosa apresentada na modernidade e, especialmente, na sociedade brasileira, o Candomblé ou suas práticas e seus saberes vem preencher junto aos indivíduos aspectos de sua vida cotidiana que se encontram fragmentados ou diante de encruzilhadas. Além de um complexo sistema religioso, o Candomblé consegue conjugar nos laços de parentesco mítico que estruturam a lógica da religião, a possibilidade do indivíduo em reconstruir laços que estes ou nunca possuíram ou que porventura estejam fragmentados, rompidos. A certeza da aquisição de uma família extensa (pai, mãe, irmãos, tios) concede ao indivíduo o suporte necessário para que este vença seus desafios e desequilíbrios. A ampla noção de saúde extrapola os limites da sociedade ocidental, nesta, o indivíduo é pensado como um todo, não dissociado. Saúde e doença são binômios pensados conjuntamente e a elucidação deste processo envolve aspectos religiosos, materiais e sentimentais. Esta forma de encarar o mundo, esta visão diferenciada, é o grande chamariz das religiões de possessão, especialmente o Candomblé, onde a produção comum de um número de bens simbólicos vai conferir ao indivíduo a estrutura necessária para que, a partir de uma nova identidade reconstruída nos moldes religiosos, seja capaz de ser o elemento agora já refeito de sua própria existência.

## Notas

- <sup>1</sup> Este artigo é oriundo dos estudos: "Análise de Itinerários Terapêuticos em Candomblé do Estado de Sergipe", aprovada no Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT n. 026/2006 – Seleção pública de propostas para apoio às atividades de pesquisa direcionadas ao estudo de determinantes sociais da saúde, saúde da pessoa com deficiência, saúde da população negra, saúde da população masculina e "Encontros Terapêuticos no Terreiro de Candomblé Ilê Axé Opô Oxogum Ladê, Sergipe/Brasil", com recurso de Bolsa de Demanda Social da CAPES, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, em 2006.
- <sup>2</sup> A expressão utilizada pelo senso comum "povo do santo" ou "povo de santo" serve para definir os indivíduos que cultuam os orixás, voduns e inquices, as divindades das religiões de matrizes africanas em terras brasileiras.
- <sup>3</sup> Sobre a biografia de Arthur Bispo do Rosário e suas produções artísticas, ver Hidalgo (1996) e Yazigi (2006).
- <sup>4</sup> O ritual do "bori" tem o significado primordial de (re)construir a identidade social e religiosa do indivíduo dando uma nova dimensão à realidade vivida, referendando a sua gênese e existência a partir de uma lógica que valorizará a concepção de vida e de corpo conforme a cosmovisão do grupo em questão. Ver Querino, 1955; Vogel et al., 1993; Bastide, 2005; Gomberg, 2008; Teixeira, 2009.

## Bibliografia

- ALVES, P. C. e M. C. S. Minayo (orgs.) (1994), *Doença e Saúde – Um Olhar Antropológico*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- BASTIDE, R. (2005), *O Candomblé da Bahia: rito nagô*, São Paulo, Companhia das Letras.
- BOURDIEU, P. (1975), *A Economia das Trocas Simbólicas*, São Paulo, Perspectiva.
- BOURDIEU, P. (1989), *O poder simbólico*, Lisboa, Difel.
- DANTAS, B. (1984), "De feiticeiros a Comunistas: acusações sobre o Candomblé", *Revista Dédalo*, 23.
- DUARTE, L. F. D. (1994), "A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?" In P. Alves e M. C. S. Minayo (orgs.), *Saúde e Doença – Um Olhar Antropológico*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- DUARTE, L. F. D. e O. Leal (orgs.) (1998), *Doença, sofrimento e Perturbação. Perspectivas Etnográficas*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- GEERTZ, C. (1989), *A Interpretação das Culturas*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- GERHARDT, T. E. (2006), "Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade" in *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (11): 2449-2463, nov.
- GINZBURG, C. (1999), *O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*, São Paulo, Companhia das Letras.
- GOMBERG, E. (2008), *Encontros Terapêuticos no Terreiro de Candomblé Ilê Axé Opô Oxogum Ladê*,

- Sergipe/Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Salvador, UFBA.
- GOMBERG, E. (2010), "Candomblé na Tradição e na Modernidade: preservação e identidades", in A. P. Pinheiro e S. Pelegrini (Orgs.), *Tempo, Memória e Patrimônio Cultural*, Teresina, Editora da UFPI.
- HELMAN, C. G. (1994), *Cultura, saúde e doença*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- HIDALGO, L. (1996), *Arthur Bispo do Rosário, o Senhor do Labirinto*, Rio de Janeiro, Rocco.
- KLEINMAN, A. (1980), *Patients and Healers in context of culture*, Berkeley, Univ. of California.
- LOYOLA, M. A. (1984), *Médicos e Curandeiros – conflito social e saúde*, São Paulo, Difel.
- LÜHNING, A. (1997), *Acabe com este santo, Pedrito vem aí... – mito e realidade da perseguição policial ao candomblé baiano entre 1920 e 1942*, Dissertação (Mestrado de Comunicação). Escola de Comunicação/Universidade de São Paulo.
- LUZ, M. T. (2005), "Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX", in *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 145-176.
- MANDARINO, A. C. de S. (2003), *(Não) Deu na Primeira Página: macumba, loucura e criminalidade – representações sobre a cor da pele nas reportagens de jornais nas Cidades de Aracaju e Salvador*, 216 p. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura), Programa de Pós-Graduação em Comunicação/Escola de Comunicação/Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MANDARINO, A. C. de S. (2007), *Relatório Final do Projeto Jardim Etnobotânico do Ilê Axé Opô Oxogum Ladê: preservação cultural, pesquisa e promoção de saúde em São Cristovão, Sergipe*, EDITAL FAP-SE/FUNTEC N. 03/2004 (Fomento à Pesquisa em Tecnologias Sociais), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Sergipe.
- MINAYO, M. C. S. (1988), "Saúde e doença: uma concepção popular da etiologia", in *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 4(4): 363-381, outubro/dezembro.
- QUERINO, M. (1955), *A Raça Africana e os seus Costumes*, Salvador, Ed. Progresso, 1955.
- RABELO, M. C. M. (2010), "A construção do sentido nos tratamentos religiosos", in *Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde*, v. 4, pp. 3-11.
- RABELO, M. C. M., P. Alves e I. Souza (1999), *A Experiência de Doença e Narrativa*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- RICOEUR, P. (1995), *Tempo e narrativa*, Tomo II, São Paulo, Papyrus Editora.
- ROSA, N. I. da (2002), *Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida*, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas/Psiquiatria/UFRGS.
- SANTOS, J. E. dos (1997), *Os Nagô e a morte*, Petrópolis, RJ, Vozes.
- SODRÉ, M. (1988), *O terreiro e a cidade: a forma social negro-brasileira*. Petrópolis, Vozes.
- TEIXEIRA, M. L. L. (2009), "Bori, prática terapêutica e profilática", in A. Mandarino e E. Gomberg (orgs.). *Leituras Afro-Brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes*, Salvador, Edufba.
- VALLA, V. V. (2001), "O que a saúde tem a ver com a religião?", in V. V. Valla (org.) *Religião e Cultura Popular*, Rio de Janeiro, D&A Editora.
- VASCONCELOS, E. M. (org.) (2006), *Espiritualidade no trabalho em saúde*, São Paulo, Hucitec.
- VELHO, G. (1994), *Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- VERGER, P. (1981), *Orixás*. Salvador, Corrupio.
- VOGEL, A.; M. Mello e J. Barros (1993), *A galinha D'angola: iniciação e identidade na cultura afro-brasileira*, Rio de Janeiro, Pallas.
- YAZIGI, L. (2006), "As obras de Arthur Bispo do Rosário: ensaio fenomenológico", in *Inter.Ação.com [On-line]*. Disponível: [http://www.ciec.org.br/Artigos/Revista\\_5/latife.pdf](http://www.ciec.org.br/Artigos/Revista_5/latife.pdf). Acesso em 20 de setembro de 2008.
- YOUNG, A. (1981), "The creation of medical knowledge: some problems in interpretation", in *Social Science and Medicine*, 15B: 379-386.



# A IMIGRAÇÃO PALOP EM PORTUGAL. O CASO DOS DOENTES EVACUADOS

---

Maria Adelina Henriques

■ Licenciada em Sociologia – ISCTE-IUL; Mestre em Demografia e Sociologia da População – ISCTE-IUL; Pós-graduada em Avaliação e Desenvolvimento Organizacional na Administração Pública – ISCTE-IUL (dinah2006@gmail.com)

## Resumo

Todos os dias chegam ao nosso país pessoas oriundas dos PALOP<sup>1</sup> que vêm tratar a sua saúde nos nossos hospitais. Umam chegam ao abrigo dos acordos de saúde celebrados com Portugal, outras vêm com um qualquer visto de estada temporária. Mas vêm, porque no seu país não existe tratamento para os seus males! Por isso nos deparamos com uma grande diversidade cultural nos nossos hospitais, reforçada pelo peso dos imigrantes provenientes desses países em Portugal. Subjacente à vinda de muitos destes doentes, estão anos de “batalhas”, de sofrimento, enquanto aguardam a decisão do Ministério da Saúde do seu país quanto ao pedido de junta médica, ou aguardam as verbas do Ministério das Finanças para pagamento da viagem para Portugal ou esperam por um visto. Também os processos de triagem nos países de origem apontam para processos de seleção pouco claros e ineficazes. Já em Portugal, a falta de apoio das suas embaixadas, associada a fatores como o desconhecimento da língua, o desenraizamento cultural, entre outros, leva a que muitas destas pessoas vivam com grandes dificuldades. Apesar dos problemas com que estes doentes (sobre)vivem em Portugal, muitos não querem regressar ao país de origem. A dificuldade em obter tratamento médico e medicamentos é a razão mais apontada para não regressar.

**Palavras-chave:** imigração, saúde, Portugal, PALOP, acordos de cooperação, doentes evacuados

## Abstract

Everyday a number of Portuguese-speaking African immigrants arrive to Portugal looking for health care in portuguese hospitals. Some arrive in the framework of the health protocols signed with Portugal, whilst others arrive with a temporary visa. These immigrants come to Portugal since no adequate health care exists in their countries of origin. This movement adds to the cultural diversity existing nowadays in portuguese hospitals.

Hidden behind the arrival of many of these patients are years of struggle and suffering. These immigrants must wait for a decision of the health ministry of their countries concerning a request for a medical committee (necessary to determine the evacuation needs); must wait for financial support from their finance ministry, in order to pay the travel to Portugal; and must wait for a visa. Also the selection process in their countries of origin sometimes seems insufficiently transparent and efficient.

In Portugal, the lack of support from their embassies, coupled with factors such as poor linguistic skills and cultural uprooting, explain why many of these patients and their families undergo significant hardship. However, despite these difficulties, many are not willing to return to their countries of origin. The difficulties of getting medical support and adequate medicine are the most cited reasons for non return.

**Keywords:** immigration, health, Portugal, PALOP, health protocols, evacuated patients

## Introdução

Este artigo tem por base um estudo de caso efetuado para obtenção do grau de Mestre em Demografia e Sociologia da População<sup>2</sup>. Centra-se no tema das migrações, especificamente na imigração oriunda dos PALOP para Portugal, por questões de saúde. O interesse pelo tema surgiu, naturalmente, do contacto diário com imigrantes PALOP que acompanham as suas crianças em tratamento no Hospital de Dona Estefânia<sup>3</sup>, em Lisboa. Esta proximidade levou a que nos apercebéssemos das dificuldades que enfrentam em Portugal, onde lhes falta quase tudo. Ainda assim, resistem a regressar aos seus países de origem, fazendo crer que desistem da família que por lá ficou. Esta aparente contradição agudizou a nossa curiosidade sobre este fluxo migratório tão específico e que não tem sido objeto de investigação aprofundada em Portugal.

## Objetivos do estudo

O objetivo da pesquisa foi, pois, chamar a atenção para este fluxo migratório que vem para Portugal em busca de tratamento médico. Quisemos conhecer todo o processo desde a origem até à origem, isto é, saber como se desenrolam os processos de evacuação, em que condições permanecem os doentes em Portugal, que expectativas têm quanto ao retorno aos seus países de origem.

Embora nos últimos anos a imigração em Portugal tenha sido um tema amplamente estudado no meio académico, os enfoques têm privilegiado sobretudo os aspetos económico e cultural. Associando os conceitos de imigração e saúde, procurámos respostas para questões como: "que argumentos justificam o «abandono» da restante família no país de origem em prol de um familiar, (sobre)vivendo em Portugal em condições precárias?"; "quem imigra para Portugal por questões de saúde?"; "como se desenrolam os processos de evacuação médica?" "quem apoia os doentes evacuados em Portugal?". Sobre estas questões assentam as nossas hipóteses de trabalho:

- A saúde precária nos PALOP é condição suficiente para induzir uma imigração forçada para Portugal;
- A debilidade dos programas de cooperação reflete-se nos processos de seleção e no acesso às juntas médicas, induzindo a grandes dificuldades de imigração e posterior integração em Portugal;
- A existência de uma forte rede familiar e de solidariedade facilita a sobrevivência destes imigrantes "forçados" em Portugal.

## Metodologia

Iniciámos a pesquisa com a procura exaustiva de informação sobre migrações e saúde. No que concerne a produção científica portuguesa, a escassa listagem encontrada denota a incipiente exploração do tema, à data. Com efeito, encontramos cerca de uma dezena de artigos relacionados com imigração e saúde<sup>4</sup>, todos eles discutindo a saúde dos imigrantes, mas nenhum explorando a questão da saúde como razão da vinda para Portugal. Centram-se nas representações sociais e práticas sobre a saúde e a doença<sup>5</sup>, no acesso aos cuidados de saúde<sup>6</sup>, discutem os imigrantes como grupos de risco<sup>7</sup> ou estudam-lhes os hábitos e estilos de vida<sup>8</sup>. No campo da produção jornalística, encontramos artigos que evidenciam as precárias condições em que vivem alguns imigrantes evacuados nas pensões contratadas pelas suas embaixadas<sup>9</sup>. Apoiámo-nos também em literatura cinzenta, produzida pelos seguintes organismos: INE<sup>10</sup>, DGS<sup>11</sup>, MNE<sup>12</sup>, SEF<sup>13</sup> e ACIDI<sup>14</sup>.

A par da procura de informação e com o intuito de explorar caminhos que nos levassem às respostas que pretendíamos alcançar, realizámos também algum trabalho de campo. Entrevistámos vários informadores privilegiados: médicos, enfermeiros e assistentes sociais do HDE, inspetores do SEF, o médico responsável pelos doentes evacuados do HDE, o responsável pela mobilidade de doentes evacuados da DGS, uma enfermeira do gabinete de saúde do CNAI<sup>15</sup> de Lisboa, dirigentes de associações de imigrantes, entre outros. De referir também que fizemos várias tentativas para entrevistar funcionários das embaixadas dos PALOP em Lisboa, sobretudo os responsáveis pelos doentes evacuados, as quais resultaram infrutíferas, o que tornou a pesquisa de certa forma menos rica.

A estratégia de pesquisa escolhida para este trabalho foi o estudo de caso. Segundo alguns especialistas<sup>16</sup>, este é o método adequado para investigar fenómenos sociais à medida que ocorrem, inseridos no seu contexto natural, sem qualquer interferência do investigador. São particularmente apropriados para pesquisas do tipo "como" e "porquê". No nosso caso, pretendíamos respostas para questões como "porque vieram estes doentes para Portugal", "em que condições vieram", "como vivem em Portugal" e "por que razão não regressam ao seu país de origem". Recorremos à construção de histórias de vida, através da aplicação de entrevistas semidiretivas. Construímos a história de vida de cada um dos inquiridos, desde que, ainda no país de origem, foi diagnosticado um problema de saúde a um filho(a) até à vinda para Portugal.

A pesquisa assenta sobre 22 entrevistas feitas a acompanhantes de crianças evacuadas, seguidas na consulta de neurologia do HDE, que foram realizadas entre 2006 e 2007 a uma amostra de conveniência.

Pretendíamos que a amostra fosse heterogénea em termos de país de origem e sexo, com cerca de 5 representantes de cada PALOP, mas tal não foi possível. Durante a recolha da amostra<sup>17</sup>, a maioria dos utentes evacuados era oriunda sobretudo de São Tomé e Príncipe<sup>18</sup> e Guiné-Bissau<sup>19</sup>. Nenhum doente evacuado de Moçambique foi à consulta naquele período. De igual forma, quase sempre são as mães das crianças que acompanham os filhos. Daí a predominância de mulheres em detrimento dos homens. Assim, a nossa amostra é composta por 19 mães e 3 pais, distribuídos da seguinte forma: 9 representantes de STP, 8 de GB, 3 de Cabo Verde<sup>20</sup> e 2 de Angola. Os 3 representantes masculinos são de CV, GB e STP.

Antes de iniciarmos esta pesquisa foram o projeto e o guião de entrevista submetidos à análise da Comissão de Ética do HDE, os quais foram aprovados e autorizados. De igual forma, fomos autorizados a publicar excertos das entrevistas com os inquiridos e informadores privilegiados. No entanto, para não os expormos, não referimos os seus nomes. No caso dos doentes, referiremos apenas o país de origem.

#### *Fluxos migratórios: mais-valias, desafios, teorias*

A entrada de imigrantes em Portugal ajuda a rejuvenescer a nossa pirâmide etária, contrariando o duplo envelhecimento no topo e na base<sup>21</sup>. Contribui também para colmatar a escassez de mão de obra em alguns setores do mercado de trabalho, menos procurados pelos autóctones, nomeadamente construção civil no caso dos homens e serviço doméstico no que respeita às mulheres<sup>22</sup>. Funciona ainda como “amortecedor dos ciclos económicos” pela facilidade de flexibilização<sup>23</sup>. Do ponto de vista cultural, os imigrantes oriundos dos quatro cantos do mundo enriquecem o nosso país, transformando-o num “puzzle humano colorido, de inumeráveis cores, línguas, sabores, tradições, culturas, religiões” (AA.VV., 2004: 10). Mas também coloca desafios, requerendo forte capacidade de pensar e bem gerir políticas de integração, ao nível da educação, da saúde, da economia, do emprego, da cultura, da proteção social.

Do ponto de vista do imigrante, a decisão racional de migrar implica também uma aritmética entre ganhos e perdas. Ganhos que se procuram nos países de acolhimento, em termos económicos, profissionais, culturais, de saúde. Perdas pelas ruturas sociais, familiares e culturais, por tudo o que se deixa para trás no país de origem. Tudo isto aliado às naturais dificuldades de integração que podem surgir no país de acolhimento (isolamento, desconhecimento da língua, desenraizamento cultural, saudades dos familiares e do país de origem).

São diversas as teorias que explicam a origem dos fluxos migratórios<sup>24</sup>. Dividem-se em teorias micro e teorias macrosociológicas. As primeiras atribuem ao indivíduo o papel principal na decisão de migrar. São perspetivas individualistas, que enfatizam o papel do indivíduo enquanto promotor da decisão de migrar, perseguindo motivações de cariz económico, profissional ou qualificacional. As segundas atribuem a decisão de migrar a condicionantes externos, a dinâmicas que se geram nos contextos dos países de origem e/ou de acolhimento, que influenciam os indivíduos. São perspetivas holísticas. Na realidade elas não são estanques entre si e sob uma decisão ponderada de migrar poderemos encontrar indicadores das duas perspetivas.

Não vindo a propósito uma explicitação exaustiva das teorias, focar-nos-emos apenas nas que, em nosso entender, melhor enquadram os fluxos migratórios que este trabalho espelha. São elas as Teorias dos Sistemas Migratórios, das Instituições e das Redes Migratórias. Estas teorias alertam para a existência de fatores que se constituem como elementos facilitadores das migrações, mas que não são nem as motivações individuais nem os fatores estruturais exógenos que servem de base à maioria das teorias sobre fluxos migratórios.

A Teoria dos Sistemas Migratórios defende a ideia de que os movimentos das populações resultam de contextos históricos particulares, sendo possível identificar regiões do mundo que são pares entre si e que alimentam fluxos migratórios nos dois sentidos. Apontam para a existência de laços previamente existentes entre os países, que podem ser de índole colonial, comercial, política, militar ou cultural. É o caso dos movimentos migratórios resultantes do recrutamento de mão de obra das ex-colónias para as ex-metrópoles. Castles (2000) considera que os fluxos iniciais são normalmente espoletados por fatores como o serviço militar, os estudos, investimentos, o recrutamento de mão de obra, etc., e que os padrões de deslocação se repetem posteriormente, com a ajuda de quem já se encontra instalado nos países de destino. O caso da imigração PALOP para Portugal é um bom exemplo. Durante a guerra colonial (1961-1974), muitos homens foram recrutados para a guerra, facto que aliado à emigração para o Brasil e Norte da Europa criou no país um déficit de força de trabalho masculina. Foi nesta altura que começaram a chegar até nós africanos<sup>25</sup>, a maioria com poucas qualificações, sobretudo oriundos de CV, que vieram colmatar a escassez de mão de obra no setor da construção civil. Outros, filhos de africanos abastados, vieram estudar em Portugal. E por cá terão ficado alguns. Mas a primeira grande movimentação de africanos para o nosso país deu-se com o regresso de portugueses vindos das ex-colónias, aos quais se juntaram também um número elevado de africanos. Estima-se que tenham entrado em Portugal depois

do 25 de Abril de 1974 cerca de 500 000 homens, entre portugueses retornados e africanos<sup>26</sup>. Esta entrada de africanos "inaugurou" um ciclo de imigração africana para Portugal, que nunca mais parou até aos dias de hoje. Efetivamente, no X recenseamento geral da população, em 1960, não havia ainda registos de população PALOP em Portugal. Em 1981 contabilizaram-se 45 222 indivíduos, número que em 20 anos mais que duplicou, atingindo 101 416 em 2001 (Henriques, 2010). Atualmente o efetivo PALOP decresceu ligeiramente, contabilizando-se cerca de 95 000 indivíduos em 2011<sup>27</sup>. Este decréscimo recente pode explicar-se pelo facto de muitos indivíduos africanos terem adquirido a nacionalidade portuguesa, pela crise económica que tem certamente atraído menos imigrantes a Portugal e por alterações nos processos migratórios em alguns países de origem.

A Teoria das Instituições enfatiza o papel de determinadas instituições, tanto na promoção dos fluxos migratórios (entidades empregadoras, "agências de emprego"<sup>28</sup>) como no apoio aos mesmos (associações de apoio aos imigrantes).

As Teorias das Redes Migratórias e das Redes Sociais são igualmente importantes para enquadrar os fluxos migratórios em análise, pois enfatizam o papel das redes familiares e de amigos como facilitadores da integração e sedimentação dos fluxos migratórios. Chegam a valorizar mais o papel que parentes e amigos desempenham na partilha de informações e no auxílio aos processos migratórios, do que propriamente o papel das desigualdades entre países pobres e países ricos.

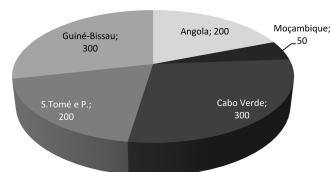
### Os acordos de saúde

#### 1) Os acordos de cooperação: direitos e deveres

Em 1975 e na sequência das transformações políticas ocorridas em Portugal em Abril de 1974, todas as colónias portuguesas em África se tornaram independentes. Mas Portugal e os PALOP continuaram a manter entre si relações de cooperação e amizade em diversas áreas. Nesse sentido, em 1977, Portugal celebrou acordos de cooperação na área da saúde com STP<sup>29</sup> e CV<sup>30</sup>, que se estenderam posteriormente à GB<sup>31</sup>, e a Angola<sup>32</sup> e Moçambique<sup>33</sup> em 1984. Esses acordos estipularam direitos e obrigações para ambas as partes intervenientes e um *plafond* anual de doentes autorizados para cada PALOP (Gráfico 1).

Cada PALOP pode enviar doentes para tratamento em Portugal até esgotar o *plafond* anual autorizado (300 GB e CV; 200 STP e Angola; 50 Moçambique), desde que esgotadas todas as possibilidades de tratamento no seio do seu próprio país. Mas compromete-se a pagar a viagem de ida e volta aos doentes, a transportá-los do aeroporto ao hospital de destino, a pagar o alojamento e alimentação aos doentes não internados ou depois

**Gráfico 1** ▶ O *plafond* anual de doentes autorizado para cada PALOP



Fonte: DGS Portuguesa

da alta hospitalar, bem como os medicamentos prescritos em ambulatório e repatriamento em caso de morte. Portugal, por seu lado, compromete-se a prestar tratamento médico em hospitais públicos, em regime de internamento ou hospital de dia, a utilizar meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efetuados em meio hospitalar, a transportar os doentes em ambulância do aeroporto para o hospital quando o quadro clínico o exija.

#### 2) Procedimentos de evacuação

A vinda de doentes ao abrigo destes acordos envolve alguns procedimentos, mais ou menos urgentes, e várias entidades de ambos os países. O Quadro 1 sintetiza o circuito institucionalizado de evacuação atempada de doentes e as entidades envolvidas.

No caso de uma evacuação urgente, a embaixada do PALOP limita-se a enviar um *fax* ou a telefonar para a DGS portuguesa a informar da vinda do doente, e esta por sua vez decide qual o hospital mais adequado para receber o doente e informa-a dessa decisão.

No período compreendido entre 1999 e 2010 foram solicitados à DGS portuguesa os pedidos de evacuação constantes no Quadro 2. Como podemos observar, os *plafonds* anuais autorizados foram quase sempre ultrapassados, exceto nos casos de Angola e Moçambique. CV, STP e GB foram os países que mais recorreram aos serviços médicos portugueses, sobretudo GB (tendo em conta que só temos informação a partir de 2004). Para aferir tal evidência bastará ler os totais em linha. Angola e Moçambique não chegaram a atingir os *plafonds* autorizados e nos últimos anos quase não têm enviado doentes (Moçambique apenas ultrapassou em 2000 e 2001). Segundo alguns informadores privilegiados, tal facto pode ser explicado pela maior qualidade dos seus próprios serviços de saúde, quando comparados com os dos outros três países em estudo, e pela procura de Cuba e África do Sul para tratamento médico. CV e GB têm enviado mais doentes nos últimos anos. A diferença de cor assinalada no quadro para os últimos 3 anos em análise significa que são dados conseguidos recentemente, que não constavam na pesquisa inicial. Mas as tendências mantêm-se.

**Quadro 1** ▶ Circuito de evacuação atempada de doentes

Passo n.º 1	Passo n.º 2	Passo n.º 3	Passo n.º 4
A junta médica nacional de cada PALOP elabora um relatório clínico que fundamenta a necessidade de evacuar o doente.	O relatório clínico é submetido a homologação do ministro da Saúde de cada PALOP e o processo é remetido à embaixada de cada PALOP em Portugal.	A embaixada remete o processo à DGS com um pedido formal para aceitação do mesmo no âmbito dos acordos de cooperação.	A DGS portuguesa aprecia o pedido, emite parecer técnico e autoriza a evacuação do doente, indicando o hospital público mais conveniente dada a patologia em causa.
Passo n.º 5	Passo n.º 6	Passo n.º 7	Passo n.º 8
A DGS portuguesa envia ofício ao departamento de gestão de doentes do hospital escolhido a solicitar a marcação da consulta.	O hospital informa a DGS da data da consulta.	A DGS informa a data da consulta às seguintes entidades: embaixada PALOP, embaixada de Portugal no PALOP, a qual comunica ao SEF, no sentido de facilitar a obtenção do visto adequado para o efeito.	A embaixada de cada PALOP informa o respectivo Ministério da Saúde da marcação da consulta, para que este acione os mecanismos para a deslocação do doente (pedido de visto, verbas para pagamento da viagem, etc.).

Fonte: DGS Portuguesa

**Quadro 2** ▶ N.º de pedidos de evacuação para Portugal de 1999 a 2010

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Ang.	130	150	160	25	21	2	0	26	28	0	1	0	542
CV	345	300	305	325	295	232	280	292	278	300	341	381	3674
Moçamb.	40	55	78	29	35	23	22	14	10	12	7	6	331
STP	200	300	280	367	263	268	196	178	172	210	226	194	2854
GB	0	0	0	0	0	157	245	488	507	719	745	403	3264
Total	715	805	823	746	614	682	743	998	995	1241	1320	984	10 666

Fonte: DGS Portuguesa

### *A vinda para Portugal: triagem, tempos de espera e financiamento*

#### 1) A seleção dos doentes a evacuar

No país de origem a seleção dos candidatos a junta médica é um processo que obedece a fatores de natureza diversa e que raramente é fácil. A geografia do país é por si só fator discriminatório, uma vez que quem habita nas regiões periféricas tem muitas dificuldades em chegar aos centros de saúde. As estradas e os meios de transporte deficientes, aliados aos fracos recursos económicos de quem mora longe dos centros urbanos, são fatores de exclusão "natural". Os postos médicos situados longe dos centros urbanos raramente têm meios de tratamento ou de transporte dos doentes aos hospitais. Existem poucas ambulâncias e pouco dinheiro para combustível e manutenção. Quem vive nos centros urbanos, ou próximo destes, tem a vida mais facilitada em termos de acesso à saúde. Mesmo assim, segundo os relatos, nos hospitais falta por vezes quase tudo. Os meios complementares de diagnóstico são raros ou nem existem, daí a necessidade de se recorrer à evacuação dos doentes para

os hospitais portugueses. O tradicional recurso aos curandeiros também condiciona a ida aos centros de saúde. Fora dos centros urbanos, esta é quase sempre a primeira escolha, pelo que em muitas ocasiões recorrem ao centro de saúde numa fase avançada da doença, muitas vezes tarde de mais. Com frequência colocam as suas vidas nas mãos de entidades como o *irã*<sup>34</sup> ou no *Poilão*<sup>35</sup>, no caso da GB, a quem prestam culto, à volta dos quais organizam rituais e pedem pela sua saúde. Foi referido por alguns informadores privilegiados, relativamente à GB, a existência de uma espécie de "comércio" de juntas médicas em que o médico propõe alguém a junta médica mediante um pagamento, o que põe em causa a veracidade e transparência dos processos de triagem. O responsável pelos doentes evacuados do HDE referiu-nos que por vezes chegam ao hospital casos que não justificam a vinda para Portugal. São doentes que não têm cura, com paralisias cerebrais profundas, ou doentes que não justificam a evacuação, com anemias, por exemplo, o que demonstra que nem sempre a triagem é bem conseguida.

## 2) O tempo de espera no país de origem

Logo que é diagnosticada uma patologia cujos meios de tratamento não existam no país de origem, inicia-se o processo de evacuação, com a proposta do doente a junta médica. Mas, segundo os relatos, desde este momento até à chegada a Portugal travam-se verdadeiras batalhas: com o Ministério da Saúde, com o Ministério das Finanças, com as embaixadas. Por isso, há que recorrer a estratégias várias para transpor os obstáculos com que se defrontam durante o processo. Acusam o Sistema Nacional de Saúde dos seus países de funcionar de forma pouco eficiente e denunciam a necessidade de ter contactos bem posicionados no circuito de evacuação para facilitar a vinda para Portugal. Os excertos seguintes são reveladores da importância desses contactos:

"(...) eu era militar, mas cortava o cabelo ao embaixador e a políticos (...) e essa influência fez com que eu viesse mais depressa (...)" (STP).

"(...) o pai do Pedro, que é militar, falou com um amigo que trabalha no gabinete do presidente (...)" (GB)

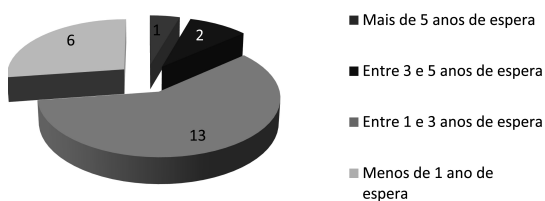
"(...) não demorei muito a vir porque o meu marido, que trabalha nas finanças, tratou de tudo (...)" (GB)

Quando os capitais social e económico não abundam, há que recorrer a outras estratégias. Nesse sentido, há os que se "armam" de coragem e confrontam o poder do Estado, tentando sensibilizar, apelando ao sentimento:

"(...) fui falar com o ministro da Saúde... disse que estava com medo que o meu filho morresse, tirei a roupa ao José, mostrei o problema do menino e todo o mundo ficou com pena (...)" (STP);

"(...) fui falar com o primeiro-ministro e disse que não me ajudavam porque eu era pobre, que se fosse filho de rico já tinha sido evacuado (...)" (STP).

**Gráfico 2** ▶ Tempo de espera pela junta médica, no país de origem



Fonte: Henriques, 2010

Como o Gráfico 2 evidencia, dos 22 inquiridos, 13 estiveram entre 1 e 3 anos à espera de vir para Portugal, 2 esperaram entre 3 e 5 anos, e 1 esperou mais do que 5 anos pela junta médica, o que ilustra bem o quão moroso pode ser um processo de eva-

cução. Curiosamente, as entrevistas revelaram-nos que os 6 entrevistados que demoraram menos de 1 ano para vir para Portugal tinham contactos bem posicionados no circuito de evacuação ou tiveram quem lhes pagasse a viagem de imediato, sem recorrer ao Ministério das Finanças. A burocracia e inércia dos ministérios e embaixadas, associadas aos processos de triagem deficientes, induzem a longos meses e anos de espera, que se traduzem com frequência na evolução das doenças para estádios irreversíveis e que poderiam ser evitados se os doentes chegassem mais rapidamente a Portugal. "A manter-se a situação atual (...) mais não nos resta do que continuar a oferecer a muitos meninos PALOP cuidados paliativos diferenciados", afirma a diretora da consulta externa de neurologia do HDE, em entrevista.

## 2) O financiamento da viagem

Outro dos obstáculos que se colocam aos doentes que esperam a evacuação médica é o pagamento da viagem. Esta deveria ser sempre paga pelo Ministério das Finanças do país de origem, conforme estipulado nos acordos celebrados, mas, muitas vezes, os longos meses de espera e o descrédito nos serviços públicos determinam a venda dos parques haveres de cada um, para financiar a viagem e acelerar o processo da vinda. Recorre-se muito à família e à solidariedade alheia, que se mobiliza através da comunicação social, das escolas e da igreja. Como ilustram os seguintes depoimentos:

"(...) não tinha dinheiro para a viagem, pedi a um tio que está na Noruega e ele é que pagou a viagem (...)" (GB);

"(...) após inúmeras idas em vão às finanças para levantar o dinheiro, cheguei à conclusão que se não queria perder outro filho tinha que agir rápido. Conversei com o meu irmão e decidi vender a canoa de pesca do meu marido, o motor da pesca e a televisão (...)" (STP);

"(...) o Sr. Martinho que trabalha no hospital disse que o meu visto saiu e Frei Michael é que pagou a viagem (...)" (GB);

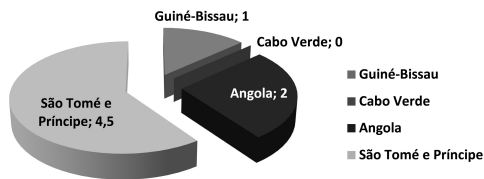
"(...) para conseguir dinheiro para a viagem fui falar com a televisão... uma escola organizou-se, fez um peditório e consegui dinheiro para a viagem (...)" (GB);

"(...) fui para a rádio Voz de Cabo Verde pedir ajuda... eles se organizaram, iniciaram uma campanha... as pessoas aderiram logo e ajudaram com dinheiro (...)" (CV).

Os Gráficos 3 e 4 mostram que as embaixadas pagaram a viagem na totalidade apenas a 7 inquiridos e 50% do valor a 1 inquirido. Os restantes 14 tiveram de apelar à comunicação social, à igreja, vender os seus haveres ou recorrer à família. A

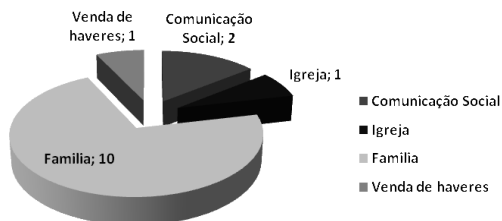
solução está maioritariamente na família, como mostra o Gráfico 4.

**Gráfico 3** ▶ N.º de viagens pagas por cada embaixada



Fonte: Henriques, 2010

**Gráfico 4** ▶ Como financiou a viagem quem não teve apoio da embaixada



Fonte: Henriques, 2010

### (Sobre)vivência em Portugal – alojamento e alimentação

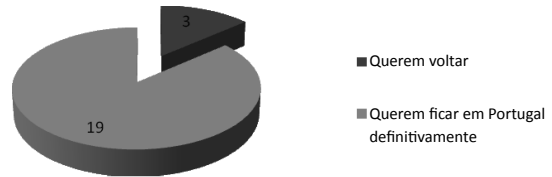
Garantir o alojamento e a alimentação aos doentes evacuados faz igualmente parte das obrigações a que os PALOP ficaram sujeitos quando celebraram os acordos. No entanto, nem sempre é o que acontece. Relativamente à nossa amostra, as embaixadas só garantiram alojamento e alimentação a 3 dos 22 inquiridos, e, segundo os relatos, em condições bastante precárias. Queixam-se das fracas condições de habitabilidade das pensões onde foram alojados e de uma alimentação igualmente deficiente. Eis um depoimento elucidativo:

"(...) eu vivia numa pensão, eu nem gosto de falar... a embaixada dava 50 € por mês para a comida, eu tinha que cozinhar no quarto... então, panelas lá mesmo, pratos lá mesmo no chão... tinha que lavar pratos na casa de banho, cozinhar com água da casa de banho... para ir para a cama tinha que saltar panela... se deixava panela aberta logo entrava barata (...)" (STP).

### Regresso ao país de origem

Questionados sobre o regresso ao país de origem, 19 inquiridos foram perentórios em afirmar não querer regressar (Gráfico 5). Invocaram razões que se prendem com a continuidade do tratamento dos seus filhos e com o facto de não terem trabalho no país de origem. Frases como "lá não há tratamento",

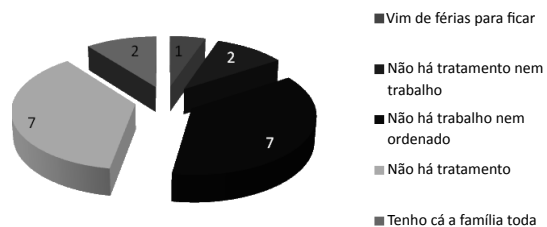
**Gráfico 5** ▶ O regresso ao país de origem



Fonte: Henriques, 2010

"lá não há tratamento nem trabalho" ou "tenho cá a família toda" representam a opinião da maioria dos que optam por não regressar (Quadro 6).

**Gráfico 6** ▶ Argumentos para não regressar ao país de origem



Fonte: Henriques, 2010

Conhecendo a morosidade e os constrangimentos destes processos de evacuação, é compreensível que os inquiridos não queiram sujeitar-se a passar por tudo de novo, caso necessitem de avaliações médicas posteriores. Apesar das muitas dificuldades por que passam em Portugal, sobem quase sempre na hierarquia social, relativamente à vida que levavam no país de origem, onde a maioria trabalhava no campo, sem salário. A existência das diásporas provenientes dos PALOP, já fortemente integradas e enraizadas em Portugal e que se assumem como facilitadoras da integração dos que acabam de chegar, bem como a facilidade de reagrupamento familiar que a actual Lei de Estrangeiros prevê (Lei 23/2007 de 4 de Julho posteriormente alterada pela Lei 29/2012 de 9 de Agosto), constituem-se como fortes argumentos para o não regresso ao país de origem.

### Considerações finais

Chegados a este ponto permitimo-nos tecer algumas considerações, alertando, no entanto, para o carácter exploratório da pesquisa, que assentou sobre um estudo de caso, pelo que todas as ilações que dele extraímos se reportam única e exclusivamente a ele, não podendo ser generalizadas para o universo de todos os doentes evacuados provenientes dos PALOP.

Depreendemos facilmente que os processos de evacuação em causa foram processos morosos

e sofridos por parte dos que deles necessitaram. Os depoimentos denunciam deficientes e pouco claros processos de triagem, que nem sempre enviam para Portugal as pessoas que mais precisam. Denunciam também o incumprimento, por parte dos países de origem, das obrigações a que se comprometeram pela assinatura dos acordos de cooperação há mais de 30 anos. Este incumprimento induz a situações de precariedade, só amenizadas pelo apoio de familiares, amigos e, por vezes, até de desconhecidos. “Desabafos” de membros de associações que apoiam estes doentes referem que algumas embaixadas nem sabem quantos doentes têm em Portugal, nem enviam representantes para os visitar nas casas que por caridade os acolhem. Parecem nutrir pelos doentes um desinteresse total. Esta falta de apoio potencia situações de grande vulnerabilidade. Para sobreviver, os inquiridos sujeitam-se a padrões pouco escrupulosos que se aproveitam do seu isolamento e desconhecimento de direitos para lhes extorquir a sua força de trabalho a troco de quase nada. Alimentam o sector informal da economia, moram frequentemente em anexos com poucas condições de habitabilidade, sobrevivem sem direitos. Do ponto de vista da saúde, a falta de apoio a estes indivíduos que vieram para Portugal tratar as suas patologias pode resultar num agravamento dessas patologias ou até induzir a outras, uma vez que para conseguirem auto-sustentar-se negligenciam as consultas no hospital, a compra de medicamentos, chegando a abandonar definitivamente os tratamentos. Frequentemente deixam os filhos em casa, entregues a si próprios, na rua, ou com qualquer um que se ofereça, para poderem ir ganhar o seu sustento. Ainda assim, a maioria prefere ficar em Portugal do que regressar ao seu país. As “batalhas” que enfrentaram, as ruturas familiares e culturais a que se sujeitaram foram demasiado penosas para que se arrisquem a passar por tudo outra vez se tiverem de voltar para avaliações médicas. A falta de tratamento médico e de medicamentos nos seus países, aliados ao facto de não haver trabalho, levam a que escolham viver definitivamente em Portugal, apesar das saudades dos que por lá ficaram. Acreditam na possibilidade do reagrupamento familiar permitido pela Lei de Estrangeiros, para mandar vir para Portugal a família que ficou do lado de lá do oceano. Sonham com um futuro melhor para os seus filhos.

Ao longo da pesquisa sentimos também a forte presença das redes familiares. Constatámos que os laços de solidariedade entre os africanos cimentam um conceito de família que extravasa largamente os laços de sangue, o conceito de família europeu. Efetivamente, as redes sociais e familiares jogam um papel fundamental na vida destes imigrantes. Em situações de carência torna-se fundamental esse apoio. São eles o suporte económico, psicológico e cultural destas pessoas, pois “reduzem os custos e

os riscos da imigração” (Kelly, 2000: 53). Os que não têm familiares em Portugal podem mesmo, em casos extremos, tornar-se vítimas do isolamento e engrossar o número de imigrantes com problemas de *stress* e saúde mental.

“(…) a rutura das relações sociais e familiares (…) gera uma redução do suporte social e emocional dos indivíduos. A ausência de estrutura familiar e de outros mecanismos microsociais de apoio à estabilidade individual (…) pode aumentar a vulnerabilidade e perpetuar a exposição a fatores de risco e favorecer práticas prejudiciais à saúde (…) (álcool, tabagismo, outras drogas).” (Dias, 2007: 19).

Também as associações de defesa dos imigrantes desempenham um papel fundamental, não só em termos económicos, mas constituindo-se como “estruturas vitais de processos de socialização, de reforço de laços culturais comuns, de afirmação identitária, de solidariedades e de práticas de entreajuda, desempenhando um papel fundamental na vida dos migrantes face a situações de isolamento e, frequentemente, de adversidades decorrentes do percurso migratório” (Horta, 2010: 11).

#### *Algum caminho percorrido, muito caminho a percorrer*

O problema que este estudo retrata já foi identificado e sinalizado como urgente por diversas entidades. É disso exemplo a criação do PADE<sup>36</sup>, resultante de uma parceria entre o ACIDI e o ISS<sup>37</sup>, no âmbito do segundo Plano de Integração de Imigrantes (PII) e que foi concebido para, tal como o nome sugere, dar apoio aos doentes estrangeiros, nomeadamente os oriundos dos PALOP, garantindo-lhes alojamento, alimentação, apoio psicológico e social. Para tal foram criadas casas de acolhimento cujo objetivo é acompanhar os doentes desde o país de origem, durante o tratamento em Portugal, e no regresso ao país de origem, no caso de poderem regressar. Os que não podem regressar, pelo facto de terem doenças que obstam ao regresso ao seu país de origem, são encaminhados para o SEF, no sentido de obterem uma autorização de residência nos termos da alínea g) do art. 122 da Lei 23/2007. Em meados de 2008, quando finalizámos a pesquisa, foi inaugurada a primeira casa de acolhimento no âmbito deste projeto. Actualmente verificamos com agrado que já existem sete, o que demonstra que, se por um lado continuam a existir doentes necessitados, também existe consciencialização do problema e vontade para procurar soluções.

Em relação às políticas de cooperação, muito há a fazer. A atualização dos acordos de coope-

ração é urgente. Melhor do que evacuar doentes para Portugal será tratá-los no seu país de origem, sem os constrangimentos e custos sociais a que se sujeitam vindo para Portugal. Já para não falar dos custos monetários para Portugal, não só em termos do tratamento dos doentes quando chegam mas posteriormente com a integração em Portugal. O reforço de equipas médicas para se deslocarem aos PALOP, a formação de profissionais de saúde nos PALOP, a dotação dos hospitais locais com mais e melhores equipamentos, a aposta na telemedicina e na garantia de processos de triagem mais claros e mais eficazes constituir-se-iam como um primeiro grande passo para minorar o problema em análise.

Em termos académicos, e sem ponderar a exequibilidade do projeto, seria interessante fazer um balanço dos cerca de 40 anos de cooperação com os PALOP, no âmbito da saúde, fazendo um levantamento exaustivo, a nível nacional, de todos os doentes evacuados que vieram para Portugal desde a celebração dos acordos e dos custos sociais e económicos a eles associados.

Outro tema interessante seria um inquérito de opinião, aplicado a nível nacional a todos os profissionais de saúde dos hospitais públicos, sobre a questão dos doentes evacuados e dos acordos de saúde, com recolha de propostas para solucionar a questão da desatualização dos acordos de saúde, para depois de sistematizadas as apresentar na Assembleia da República.

## Notas

- <sup>1</sup> Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.
- <sup>2</sup> ISCTE.
- <sup>3</sup> Doravante designado apenas por HDE.
- <sup>4</sup> Ver levantamento bibliográfico feito por Fernando Luís Machado e Ana Raquel Matias, sobre imigração e minorias étnicas em Portugal 2000 – 2006, de onde resultaram apenas sete artigos relacionados com imigração e saúde.
- <sup>5</sup> Ver Bäckström, 2007.
- <sup>6</sup> Ver Gonçalves, 2003.
- <sup>7</sup> Dias e Gonçalves, 2007.
- <sup>8</sup> Ver Matos, Gonçalves e Gaspar, 2005.
- <sup>9</sup> Ver o jornal *Público* de 30/11/2005.
- <sup>10</sup> Instituto Nacional de Estatística.
- <sup>11</sup> Direção-Geral da Saúde.
- <sup>12</sup> Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- <sup>13</sup> Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
- <sup>14</sup> Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- <sup>15</sup> Centro Nacional de Apoio ao Imigrante.
- <sup>16</sup> Ver a propósito Fidel, 1992; Hartley, 1994.
- <sup>17</sup> Que acontecia à medida que os doentes evacuados apreciavam na consulta, em 2006.
- <sup>18</sup> Doravante designado apenas por STP.

- <sup>19</sup> Doravante designado apenas por GB.
- <sup>20</sup> Doravante designado apenas por CV.
- <sup>21</sup> Ver Rosa, 1993.
- <sup>22</sup> Ver Carvalho, 2004.
- <sup>23</sup> Ver Ferreira, Rato e Mortágua, 2004.
- <sup>24</sup> Ver, para maior desenvolvimento, Peixoto, 2004; Castles, 2005; Castles e Miller, 1998; Petras, 1981; Portes, 1981; Baganha, 1998/1999; Portes 1999; Kelly, 2000; e Figueiredo, 2005.
- <sup>25</sup> À data ainda portugueses.
- <sup>26</sup> Desse número, cerca de 205 000 eram africanos (ou deveremos dizer portugueses?) – ver, a propósito, Baganha, 2005.
- <sup>27</sup> Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo, 2011.
- <sup>28</sup> Grupos que fomentam a imigração ilegal.
- <sup>29</sup> Decreto N.º 25/77 de 3 de Março.
- <sup>30</sup> Decreto N.º 24/77 de 3 de Março.
- <sup>31</sup> Decreto N.º 44/92 de 6 de Outubro.
- <sup>32</sup> Decreto N.º 39/84 de 13 de Julho.
- <sup>33</sup> Decreto N.º 35/84 de 12 de Julho.
- <sup>34</sup> Figura das religiões tradicionais africanas que representa o espírito de um antepassado.
- <sup>35</sup> Árvore sagrada onde se recolhe a alma/espírito de alguém falecido.
- <sup>36</sup> Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros.
- <sup>37</sup> Instituto de Segurança Social.

## Bibliografia

- AA.VV. (2004), *Actas do I Congresso de Imigração em Portugal – Diversidade, Cidadania, Integração*, Lisboa, ACIME.
- BÄCKSTRÖM, B. (2007), *Saúde e imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*, Tese de doutoramento, Lisboa.
- BAGANHA, M. e P. Gois (1998/1999), "Migrações Internacionais de e para Portugal: o que fazemos e para onde vamos?" in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n.º 52/53, pp. 229-280.
- BAGANHA, M. (2005), "Política de imigração: a regulação dos fluxos", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 73, Coimbra, pp. 29-44.
- CARVALHO, L. (2004), *Impacto e reflexos do trabalho imigrante nas empresas portuguesas – uma visão qualitativa*, Lisboa: ACIME/OI.
- CASTLES, S. (2000), "International Migration at the Beginning of the Twenty-First Century: Global Trends and Issues", *International Social Sciences Journal*, UNESCO, no. 165.
- CASTLES, S. (2005), *Globalização, Transnacionalismo e novos fluxos migratórios. Dos trabalhadores convidados às migrações globais*, Oeiras, Celta.

- CASTLES, S. e M. J. Miller, (1998), *The age of migration: international population movements in The modern world*, Londres, Macmillan.
- DIAS, S. e A. Gonçalves (2007), "Migrações e Saúde" in *Imigração e Saúde, Migrações*, N.º 1, Lisboa, OI.
- ESTEVES, M.ª do Céu (org.) (1991), *Portugal, país de imigração*, Lisboa, Instituto de Estudos para o desenvolvimento, Caderno 22.
- FERREIRA, E., H. Rato et al. (2004), *Viagens de Ulisses. Efeitos da imigração na economia portuguesa*, Lisboa, ACIME, OI.
- FIDEL, R. (1992), "The case study method: a case study" in J. Glazier e R. Powell, *Qualitative Research in information management*, Englewood: Libraries Unlimited.
- FIGUEIREDO, J. (2005), *Fluxos migratórios e cooperação para o desenvolvimento – realidades compatíveis no contexto europeu?*, Lisboa, ACIME.
- GONÇALVES, A. (2003), "Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de Intervenção" in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, N.º 21, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa.
- GOUVEIA, J. (1998), *Acordos de Cooperação entre Portugal e os Estados Africanos Lusófonos*, Coimbra: Cooperação Portuguesa.
- HARTLEY, J. (1994), "Case Studies in organizational Research" in C. Cassel e G. Symon (orgs.), *Qualitative methods in organizational research: a practical guide*, Londres, Sage.
- HENRIQUES, M.ª Adelina (2010), *Argumentos para uma viagem sem regresso. A imigração Palop por via da saúde: um estudo de caso*, Lisboa, OI, Coleção Teses, N.º 32.
- HORTA, A. (2010), "Introdução" in *Associativismo imigrante*, *Revista Migrações*, N.º 6, Lisboa, OI.
- KELLY, C. (2000), "Demography and International Migration", in C. Brettel e J. Hollifield (Org.), *Migration Theory – Talking across Disciplines*, Londres, Routledge.
- LECHNER, E. (2007), "Imigração e saúde mental" in *Imigração e saúde, Revista Migrações*, N.º 1, Lisboa, OI.
- MACHADO, F. e A. Matias (2006), *Bibliografia sobre imigração e minorias étnicas em Portugal 2000-2006*, Lisboa, FCG.
- MATOS, M. et al. (2005), *Aventura Social, etnicidade e risco. Prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes*, Lisboa, IHMT.
- PEIXOTO, J. (2004), "As teorias explícitas das migrações: teorias micro e macro sociológicas I" in *Socius Working Papers* n.º 11, pp. 3-32.
- PETRAS, E. M. (1981), "The global labor market in the modern world-economy", in M. M. Kritz et al. (Ed.), *Global Trends in Migration – Theory and Research on International Population Movements*, Nova Iorque, Center for Migration Studies, pp. 44-63.
- PORTES, A. (1981), "Modes of structural incorporation and present theories of labor immigration", in M. M. Kritz et al. (Ed.), *Global Trends in Migration – Theory and Research on International Population Movements*, Nova Iorque, Center for Migration Studies, pp. 279-297.
- PORTES, A. (1999), *Migrações Internacionais. Origens, Tipos e Modos de Incorporação*, Oeiras, Celta.
- ROSA, M.ª João V. (1993), "O desafio social do envelhecimento demográfico" in *Análise Social*, Vol. XXVIII, N.º 122, pp 679-689.
- ROSA, M.ª João V. et al. (2004), *Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa – o papel das populações de nacionalidade estrangeira*, Lisboa, OI.
- Jornal Público, de 30/11/2005.
- Relatórios de Imigração, Fronteiras e Asilo dos anos 2008, 2009, 2010, 2011.

# ENCONTRO COM A DIFERENÇA: A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS IMIGRANTES<sup>1</sup>

---

Rita Rodrigues

■ Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa & Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA) (rodrigues.arita@gmail.com)

Sónia Dias

■ Unidade de Saúde Pública Internacional, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa & Centro de Malária e Doenças Tropicais (CMDT) (smfdias@yahoo.com)

## Resumo

A migração, enquanto fenómeno social complexo, constitui um importante desafio nas dinâmicas dos serviços de saúde e na prestação de cuidados de saúde nos países de acolhimento. Neste estudo pretende-se descrever as perceções e atitudes dos profissionais de saúde no âmbito da prestação de cuidados a imigrantes e compreender os desafios que enfrentam neste contexto. Para a concretização dos objetivos propostos realizaram-se dois estudos, um estudo quantitativo através do recurso a um inquérito por questionário e um estudo qualitativo através da realização de grupos focais. Os dados obtidos apontam para que embora os profissionais revelem atitudes tendencialmente positivas perante os imigrantes, persistem algumas dificuldades e obstáculos no contexto da prestação de cuidados a estas populações. Neste contexto, os resultados sublinham a importância da criação de um espaço terapêutico "culturalmente sensível" através do incremento de formação adaptada aos diferentes perfis profissionais.

**Palavras-chave:** profissionais de saúde, atitudes, prestação de cuidados de saúde, imigrantes

## Abstract

The complex phenomenon of migration has been a concern for public health, constituting a major challenge in the dynamics of health services and the provision of health care in host countries. This study aims to explore perceptions and attitudes of health professionals, and better understand the challenges faced in the context of health provision to immigrants.

Two studies were conducted with health professionals, a quantitative study with a self-administered questionnaire and a qualitative study using focus groups. Data obtained indicate that albeit health professionals tend to show positive attitudes toward immigrants, some difficulties and obstacles persist in provision of health care to migrant populations.

In this context, empirical data highlights the importance of developing a "culturally sensitive" therapeutic space by providing training on cultural diversity adapted to the different professionals' profiles.

**Keywords:** health professionals, attitudes, provision of health care, immigrants

## Introdução

O aumento da intensidade dos movimentos migratórios tem conduzido a um processo contínuo de transformação social, económica e demográfica nas sociedades atuais (Davies et al., 2009).

A saúde apresenta-se como um eixo fundamental no quadro dos processos de integração, sendo considerada como condição essencial para o desenvolvimento das sociedades (Machado, 2007). A migração, enquanto fenómeno social complexo, constitui um importante desafio nas dinâmicas dos

serviços de saúde e na prestação de cuidados de saúde nos países de acolhimento (Peiro e Benedict, 2009). Neste contexto, emerge a necessidade de diferenciação das práticas no domínio da prestação de cuidados e das condições de acesso aos serviços de saúde face a uma população cujas características se têm vindo a modificar dada a profusão de utentes de diversas origens.

As perceções e atitudes dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados podem ter implicações na sua interação, facto que se pode refletir no atendimento e na prática clínica, em particular, ao nível do diagnóstico e da prescrição de tratamentos, assim como na própria procura dos serviços de saúde por parte dos imigrantes (Betancourt et al., 2003; Campayo et al., 2006; Eshiett e Parry, 2003; Scheppers et al., 2006). A postura que os profissionais de saúde assumem no âmbito do atendimento e da prestação de cuidados é indissociável do quadro sociocultural no qual estão inseridos (Van Ryn e Burke, 2000), o que significa que a experiência e visão do mundo se refletem nas representações, atitudes e práticas quotidianas. O contexto relacional é não só estruturado a partir das atitudes dos profissionais de saúde, como também mediante as próprias características do sistema de saúde e as especificidades dos utentes.

Adicionalmente, tem vindo a ser reconhecido que os profissionais de saúde enfrentam diversas dificuldades no atendimento e na prestação de cuidados de saúde a imigrantes (Priebe et al., 2011), situação que vem colocar novos desafios à estrutura e organização dos serviços de saúde, assim como à prática clínica (Dias, Rodrigues et al., 2010).

O estudo das atitudes dos profissionais de saúde perante a diversidade cultural permite compreender como estes assimilam a experiência do contacto com a diferença e as repercussões na relação entre profissional e utente. A escassez de informação sobre esta temática ao nível internacional e nacional (Fonseca et al., 2009; Ingleby et al., 2005), e o crescente enfoque na necessidade de adaptar os serviços de saúde suscitou o interesse em explorar perceções e atitudes, bem como em compreender melhor os desafios que os profissionais enfrentam no atendimento e na prestação de cuidados de saúde a utentes imigrantes.

Pretende-se com este trabalho descrever e compreender as perceções e atitudes dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados de saúde a imigrantes africanos, brasileiros e dos Países da Europa de Leste.

### Metodologia

Para a concretização dos objetivos propostos foram desenvolvidos dois estudos, um estudo assente numa abordagem quantitativa e um numa

abordagem qualitativa, as quais “[...] representam um *continuum* epistemológico e não uma dicotomia” (Lessard-Hérbert et al., 1994: 35).

Os participantes dos estudos consistiram em médicos, enfermeiros e administrativos que exercem funções em Centros de Saúde, uma vez que estes representam a estrutura de primeira linha de cuidados de saúde ao indivíduo. A seleção dos participantes foi realizada com base no seguinte critério de inclusão: profissionais que exercem funções nos serviços de cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Os estudos foram aprovados pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

### Estudo quantitativo

Realizou-se um estudo descritivo e transversal com uma amostra representativa de 400 profissionais de saúde. Do total da amostra, 320 profissionais aceitaram participar no estudo, dos quais 115 são administrativos, 114 enfermeiros e 91 médicos. A maioria dos participantes é do sexo feminino (84,1%) e 15,9% do sexo masculino. Relativamente à faixa etária, cerca de 58% dos profissionais tem 45 anos ou mais.

A amostra foi selecionada através da realização de um processo de amostragem aleatório simples de 40 Centros de Saúde e um processo de amostragem aleatório simples de 10 profissionais de saúde de cada Centro de Saúde. Os dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário de autopreenchimento que incluiu questões relativas à caracterização sociodemográfica dos participantes e à perceção sobre imigração, saúde e doença. O segundo conjunto de questões foi composto por perguntas de resposta fechada com uma escala de concordância tipo Likert (e. g., discordo, não concordo nem discordo e concordo).

O questionário foi submetido a um pré-teste através da realização de grupos focais de modo a garantir a sua adequação quanto ao conteúdo, formulação, ordenação das perguntas e duração da aplicação.

A recolha de dados decorreu entre os meses de Outubro de 2008 e Fevereiro de 2009. Os centros de saúde foram contactados pela equipa de investigação com o objetivo de apresentar o estudo e solicitar autorização para a sua realização. Em cada centro de saúde, os questionários foram distribuídos aos profissionais que os devolviam em envelopes fechados para que, posteriormente, fossem reenviados à equipa de investigação.

Os questionários foram inseridos numa base de dados através de um programa de leitura ótica. Posteriormente, os dados foram transferidos para uma base de dados de SPSS 17.0 (*Statistical*

*Package for Social Sciences*) para se proceder ao tratamento estatístico e à análise descritiva das variáveis em estudo.

### Estudo qualitativo

No âmbito do estudo qualitativo procedeu-se à recolha de dados através da técnica de grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema (Morgan, 2001). O grupo focal é um instrumento de natureza qualitativa que nos permite captar os significados e as posições individuais de modo a compreender como estas se relacionam com as perspetivas do grupo, permitindo a obtenção de dados mais aprofundados e detalhados acerca do objeto de estudo (Krueger e Casey, 2000).

Neste estudo foi utilizada uma amostra intencional de 32 profissionais de saúde dos serviços de cuidados de saúde primários que foram contactados pela equipa de investigação em colaboração com a Administração Regional de Saúde. Realizaram-se três grupos focais, um com cada grupo de profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros e administrativos.

Os grupos focais decorreram entre Março e Abril de 2010. Cada grupo focal teve uma duração média de uma hora e trinta minutos, sendo que no início de cada sessão foi apresentada informação sobre os objetivos do estudo e o modo de condução das sessões. Cada sessão foi registada em áudio, com o consentimento prévio dos participantes, no sentido de otimizar a recolha de dados e facilitar a transcrição das discussões realizadas para análise

posterior. O consentimento escrito voluntário dos participantes foi obtido com garantia do seu anonimato e da confidencialidade dos dados.

Para a condução dos grupos focais foi elaborado um guião semiestruturado, previamente organizado, com os seguintes tópicos a explorar: conhecimentos e competências na área da saúde dos imigrantes, perceção sobre a saúde e doença nos imigrantes, e o atendimento e a prestação de cuidados de saúde à população imigrante.

Os dados foram analisados de acordo com o procedimento da análise de conteúdo (Bardin, 2007), identificando-se os temas emergentes. O discurso dos participantes foi estruturado em dimensões, subdivididas em categorias de análise que passaram por um processo de (re)ajustamento à medida que decorria a análise dos dados. Analisaram-se as opiniões sobre os vários temas, considerando os consensos gerados nos grupos e as contribuições individuais.

De modo a manter a confidencialidade dos dados, todos os participantes são identificados neste trabalho como Médicos, Enfermeiros e Administrativos.

### Perceção sobre o utente imigrante (Quadro 1)

Quando questionados sobre a perceção relativamente ao imigrante enquanto utente, 40,2% dos participantes discordou de que os imigrantes *não respeitam as normas de funcionamento dos serviços de saúde*. Embora 47,7% dos médicos e 46,7% dos enfermeiros tenham discordado, 48,1%

**Quadro 1** ▶ Perceção sobre o utente imigrante

Os imigrantes:	Total	Administrativos	Enfermeiros	Médicos	p
	%	%	%	%	
Não respeitam as normas de funcionamento dos serviços de saúde (n=301)					
Discordo	40,2	27,8	46,7	47,7	0,004
Não Concordo nem Discordo	24,6	24,1	27,1	22,1	
Concordo	35,2	48,1	26,2	30,2	
Comportam-se como vítimas (n=296)					
Discordo	61,8	47,3	63,9	77,5	<0,001
Não Concordo nem Discordo	19,3	22,7	20,6	13,5	
Concordo	18,9	30,0	15,5	9,0	
São mais reivindicativos do que a população em geral (n=304)					
Discordo	36,8	30,4	43,4	37,2	0,002
Não Concordo nem Discordo	28,0	20,5	33,0	31,4	
Concordo	35,2	49,1	23,6	31,4	
São difíceis, agressivos e perigosos (n=308)					
Discordo	19,5	13,0	27,3	17,8	0,007
Não Concordo nem Discordo	30,8	26,8	36,4	28,9	
Concordo	49,7	60,2	36,4	53,3	

de administrativos concordaram com esta afirmação ( $p=0,004$ ).

A maioria dos profissionais discordou de que os imigrantes *comportam-se como vítimas* (61,8%). No entanto, os administrativos apresentaram maior grau de concordância com esta afirmação (30%) do que se verifica no grupo dos médicos e enfermeiros (9,0% e 15,5%, respectivamente) ( $p<0,001$ ). Do total dos participantes, 36,8% discordaram de que os imigrantes *são mais reivindicativos do que a população em geral*, enquanto 35,2% concordaram com esta afirmação. Verificam-se diferenças significativas entre os grupos profissionais, sendo que 49,1% dos administrativos concordaram, enquanto 37,2% dos médicos e 43,4% dos enfermeiros discordaram ( $p=0,002$ ).

Cerca de 50% dos profissionais consideraram que os imigrantes *são difíceis, agressivos e perigo-*

*sos*, verificando-se que 60,2% dos administrativos e 53,3% dos médicos concordaram. No entanto, as respostas dos enfermeiros dividem-se em ambas as categorias "não concordo nem discordo" e "concordo" de igual forma (36,4%) ( $p=0,007$ ).

#### *Atitudes perante a imigração, saúde e doença (Quadro 2)*

No que se refere às atitudes perante a imigração, 64,3% consideraram que *as sociedades que acolhem os imigrantes tornam-se mais solidárias e culturalmente ricas* e 61,6% referiram que *os imigrantes são importantes porque contribuem para a economia e desenvolvimento do país*. Não se verificam diferenças significativas entre os grupos profissionais.

Por outro lado, uma grande proporção de profissionais tende a concordar que *o aumento do*

**Quadro 2** ▶ Atitudes perante a imigração, saúde e doença

	Total	Administrativos	Enfermeiros	Médicos	<i>p</i>
	%	%	%	%	
As sociedades que acolhem imigrantes tornam-se mais solidárias e mais ricas culturalmente (n=305)					
Discordo	7,2	10,3	5,5	5,7	0,498
Não Concordo nem Discordo	28,5	30,8	28,4	25,8	
Concordo	64,3	58,9	66,1	68,5	
Os imigrantes são importantes porque contribuem para a economia e o desenvolvimento do país (n=305)					
Discordo	4,6	3,7	5,6	4,4	0,261
Não Concordo nem Discordo	33,8	34,6	39,8	25,6	
Concordo	61,6	61,7	54,6	70,0	
O aumento do número de imigrantes em Portugal pode ser uma ameaça para o país (n=309)					
Discordo	27,8	19,4	27,9	37,8	0,020
Não Concordo nem Discordo	32,7	31,5	32,4	34,4	
Concordo	39,5	49,1	39,6	27,8	
O estado de saúde dos imigrantes depende da sua integração no país de acolhimento (n=302)					
Discordo	12,6	20,8	13,1	2,3	0,001
Não Concordo nem Discordo	18,9	20,8	19,6	15,7	
Concordo	68,5	58,4	67,3	82,0	
A imigração acarreta dificuldades que potenciam o aparecimento de doenças (n=297)					
Discordo	13,8	9,7	13,8	16,2	0,143
Não Concordo nem Discordo	27,3	35,9	27,3	21,9	
Concordo	58,9	54,4	58,9	61,9	
As doenças nos imigrantes são um perigo para a saúde pública (n=300)					
Discordo	45,7	42,5	42,9	52,8	0,622
Não Concordo nem Discordo	38,7	40,5	41,0	33,7	
Concordo	15,6	17,0	16,1	13,5	

número de imigrantes em Portugal pode ser uma ameaça para o país (39,5%). Verificam-se diferenças entre os grupos, pois 49,1% dos administrativos e 39,6% dos enfermeiros concordaram com a afirmação, enquanto 37,8% dos médicos discordaram ( $p=0,020$ ).

No que se refere à percepção sobre imigração e saúde, 68,5% dos profissionais concordaram que o estado de saúde dos imigrantes depende da sua integração no país de acolhimento. No entanto, uma maior proporção de administrativos (20,8%) discordou, comparativamente com 13,1% de enfermeiros e 2,3% de médicos ( $p=0,001$ ). As respostas distribuem-se de forma semelhante nos três grupos profissionais.

Relativamente à percepção sobre imigração e doença, 58,9% referiram que a imigração acarreta dificuldades que potenciam o aparecimento de doenças. Do conjunto de profissionais de saúde, 45,7% discordaram que as doenças nos imigrantes são um perigo para a saúde pública, no entanto cerca de 16% concordaram com esta afirmação. Não se verificam diferenças significativas entre os grupos profissionais.

### Grupos focais

#### Percepção sobre o utente imigrante

Na opinião de alguns participantes, os imigrantes não podem ser considerados como um grupo socialmente homogéneo, verificando-se diferenças entre indivíduos oriundos de diversas zonas geográficas, e ainda entre indivíduos com a mesma nacionalidade e/ou pertença étnica: "(...) são muito diferentes. É impossível caracterizar um imigrante" (Médico). No entanto, alguns enfermeiros consideram que, no geral, os imigrantes são pouco reivindicativos, embora esta opinião não se tenha revelado unânime: "Eu diria que pouco reivindicativos, acabam por aceitar..."; "Depende de onde vêm" (Enfermeiros).

#### Percepção sobre a saúde e doença nos imigrantes

A maioria dos enfermeiros considerou que, muitas vezes, a percepção dos profissionais sobre os problemas de saúde dos imigrantes está associada a estereótipos e preconceitos que possuem em relação a estas populações: "(...) a diferença está no nosso olhar. Eu tenho portugueses que têm características idênticas às dos imigrantes (...) e imigrantes que se calhar têm características iguais aos outros... cada caso é um caso" (Enfermeiro). Neste sentido, vários enfermeiros reforçaram que, no geral, os problemas de saúde nos imigrantes não diferem da população autóctone: "(...) o binómio saúde/doença para o imigrante é igual para o português" (Enfermeiro).

Quando questionados sobre a saúde e doença na população imigrante, os enfermeiros e administrativos salientaram que a vulnerabilidade em saúde dos imigrantes se encontra associada às condições socioeconómicas precárias e a situações de exclusão social: "... nós sabemos que a pobreza efetivamente está ligada à saúde. Sabemos que os imigrantes quando vêm, habitualmente vivem em condições precárias" (Enfermeiro). No entanto, alguns médicos consideram que, de modo geral, a população imigrante é saudável.

Alguns médicos e enfermeiros consideram que a doença nos imigrantes pode representar um risco em termos de saúde pública: "Os imigrantes recém-chegados (...) são doenças a entrar no país, são pessoas doentes a entrar. Muitas delas vêm até só por motivos de doença para tratamento..." (Médico); "... aqueles que não nos procuram serão se calhar o maior risco em termos de saúde pública. Para eles e para nós enquanto cidadãos portugueses" (Enfermeiro).

#### Percepção sobre as atitudes dos profissionais de saúde perante o utente imigrante

Vários participantes consideram que as atitudes dos profissionais podem criar dificuldades no atendimento e na prestação de cuidados de saúde: "Acho que os médicos, mais do que os enfermeiros, podem eventualmente criar mais problemas. Até porque os enfermeiros têm um contacto mais próximo" (Médicos); "[os médicos] no fundo não se querem envolver" (Enfermeiro).

Os participantes também descreveram a existência de situações de discriminação e de estigmatização por parte dos profissionais de saúde: "Não sei se os imigrantes não serão tratados um bocadinho como de segunda... Estão mais vulneráveis" (Médico); "Assisto ao preconceito por parte dos enfermeiros no atendimento a estas pessoas" (Enfermeiro); "Há pessoas que estão renitentes aos migrantes (...) racismo a todos os níveis dos profissionais, colegas nossos" (Administrativo).

#### Desafios no contexto da prestação de cuidados de saúde a imigrantes

Os profissionais descreveram um conjunto de dificuldades que estes enfrentam no atendimento de utentes imigrantes tendo implicações na prestação de cuidados de saúde. Os participantes salientaram dificuldades de comunicação devido a diferenças linguísticas: "Ao nível de consultas o que acontece frequentemente é a barreira da linguagem" (Médico); "A linguagem é uma barreira imensa" (Enfermeiro); "Não nos percebem e nós não os percebemos a eles. Temos vários problemas por causa disso" (Administrativo).

A falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais ou invulgares foi descrita pelos médicos como uma dificuldade à prática clínica, salientando a necessidade de encaminhamento para serviços especializados, nomeadamente para o Instituto de Higiene e Medicina Tropical: "*Em termos de patologias, por exemplo. Já houve sinalização de casos de lepra em brasileiros de que eu não tinha ideia*" (Médico).

Os profissionais descreveram como as diferenças culturais interferem no processo de diagnóstico e na prescrição de tratamentos e como o desconhecimento das práticas culturais e religiosas constitui uma dificuldade no âmbito da prestação de cuidados: "*Nós é que ficamos à nora porque não sabemos nada das crenças, nem da cultura que eles têm*" (Médico); "*O nosso desconhecimento da base cultural vai no fundo estar sempre muito presente na avaliação que fazemos e não sei até que ponto é que nós próprios não prejudicaremos, por vezes, os utentes*" (Enfermeiro); "*Temos aquelas situações em que elas andam de burka, que para as auscultar não querem sequer às vezes destapar-se.*" (Administrativo).

Neste contexto, alguns participantes referem que os profissionais possuem reduzidas capacidades para lidar com a diversidade cultural, o que pode interferir na relação entre profissional e utente e, em simultâneo, impor-se como um obstáculo à continuidade na procura de cuidados de saúde pelos imigrantes: "*Temos a situação daqueles que prestam os cuidados mas que por falta de conhecimento impõem aquilo que são as nossas regras, os nossos costumes, isso não é por si só a barreira, mas é uma dificuldade que se cria à continuidade do acesso daqueles imigrantes aos serviços de saúde*" (Enfermeiro).

De acordo com os participantes, a falta de sensibilidade perante as diferenças culturais por parte dos profissionais pode contribuir para a existência de dificuldades no relacionamento entre profissional e utente: "*Do ponto de vista cultural há algumas dificuldades de entender, de querer entender, de arranjar subterfúgios para superar dificuldades*" (Médico); "*Preocupa-me a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde para as questões das diferenças culturais (...)*" (Enfermeiro); "*Nem estão [profissionais de saúde] sensibilizados para tal. Nem estamos para os nossos, quanto mais para os outros [imigrantes]!*" (Administrativo).

Neste contexto, foi ainda referido como as questões de género podem dificultar a prestação de cuidados de saúde: "*Dizer a um muçulmano para se despir para mostrar o problemazinho que tem no pénis, a ver se ele se despe ao pé de ti. Nem pensar!*" (Médico).

## Discussão

A perceção dos profissionais de saúde face aos imigrantes evidencia uma visão geral da imigração enquanto fenómeno que contribui de modo positivo para a sociedade. No entanto, aferimos que a maior parte dos participantes considera que o aumento do número de imigrantes pode ser uma ameaça para o país, reiterando os resultados do estudo realizado por Lages e colaboradores (2006) sobre as atitudes e os valores da população portuguesa perante a imigração e os imigrantes. De acordo com Lages et al. (2006), apesar das perceções positivas sobre a imigração e os imigrantes, a maioria dos portugueses considera que o fluxo migratório em Portugal deveria diminuir, revelando assim uma oposição à imigração que se encontra latente na perceção coletiva. Os profissionais enquanto parte integrante deste contexto sociocultural refletem as divisões sociais e os preconceitos da sociedade mais ampla, podendo as suas crenças interferir na prestação de cuidados de saúde.

No quadro geral da imigração e saúde, os dados apontam no sentido de uma relação complexa entre o processo migratório e o estado de saúde dos imigrantes. Por um lado, grande parte das causas de doença é atribuída a condições socioeconómicas precárias e a situações de exclusão social a que, frequentemente, os imigrantes estão expostos. No mesmo sentido, alguns estudos salientam que a instabilidade e precariedade socioeconómica e o reduzido acesso à educação e aos serviços de saúde que persiste entre a população imigrante determinam distintos níveis de exposição a situações de risco, o que influencia a sua vulnerabilidade em saúde (Wolffers et al., 2003; Scheppers et al., 2006). Por outro lado, os profissionais também consideram que os riscos para a saúde a que os imigrantes estão expostos são análogos aos da restante população (Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, 2009; Fonseca e Silva, 2010).

As opiniões dos profissionais apontam para a noção de que as particularidades inerentes ao estado de saúde dos imigrantes se encontram associadas a uma panóplia de fatores como o contexto ambiental do país de origem, o processo migratório, a ausência de mecanismos de suporte social e emocional, as práticas culturais e religiosas, as condições socioeconómicas, as dificuldades na procura de cuidados de saúde e na obtenção de medicamentos e tratamentos prescritos (Ingleby et al., 2005; Dias e Gonçalves, 2007; Dias, Rodrigues et al., 2010; Fonseca e Silva, 2010). Tal revela a necessidade de repensar a complexa teia de fatores que compõem a vulnerabilidade em saúde da população imigrante, bem como as suas consequências no bem-estar.

No contexto da saúde pública, embora os dados quantitativos indiquem que a maioria dos profissionais considera que a doença nos imigrantes

não constitui um risco para a saúde pública, alguns médicos e enfermeiros, nos grupos focais, referem que esse risco existe. Vários participantes salientaram que, frequentemente, a percepção dos profissionais sobre os problemas de saúde é expressão dos preconceitos e estereótipos que estes atribuem a determinados grupos de imigrantes. A noção de que os imigrantes são potenciais portadores de doenças que representam uma ameaça à sociedade pode, de facto, colocar esta população perante situações de discriminação e estigmatização que se estendem ao contexto da prestação de cuidados. Estudos anteriores sugerem a existência de episódios de discriminação nos serviços de saúde, o que se pode traduzir na presença de atitudes negativas face a utentes imigrantes, com implicações nos cuidados de saúde prestados e na procura dos serviços de saúde (Dias e Rocha, 2009; Priebe et al., 2011).

Os resultados apontam para a existência de uma associação entre imigrantes e violência, o que, de acordo com Lages et al. (2006), se encontra ancorado na atribuição de estereótipos negativos a esta população, favorecendo situações de tratamento diferencial com implicações (in)diretas nos estados de saúde. A percepção de que os imigrantes apresentam uma atitude mais reivindicativa do que a restante população é explicada por Campayo et al. (2006) como um possível mecanismo de defesa criado pelos profissionais face à percepção, veiculada pelos próprios imigrantes, de que são alvo de discriminação nos serviços de saúde.

As dificuldades no relacionamento entre profissionais e utentes imigrantes têm vindo a ser descritas em vários estudos (Campayo et al., 2006; Michaelsen et al., 2004; Van Ryn e Fu, 2003; Priebe et al., 2011). A postura dos profissionais em relação aos imigrantes pode ser reflexo da sua incapacidade para lidar com utentes de contextos culturais distintos (Eshiett e Parry, 2003; Ingleby et al., 2005). Associada às situações de discriminação descritas pelos participantes dos grupos focais, é possível constatar o estigma que é atribuído a determinados grupos de imigrantes. A expressão subtil do preconceito que se revela através das atitudes dos profissionais pode suscitar comportamentos discriminatórios no âmbito do atendimento, cujo processo pode conduzir a uma diferencial classificação dos imigrantes, dos estados de saúde e doença, dos processos de diagnóstico e da definição de tratamentos (Campayo et al., 2006; Eshiett e Parry, 2003; Michaelsen et al., 2004; Dias et al., 2010). A coexistência de relações de poder assimétricas pode conduzir à imposição de valores e configurações de estilos de vida de acordo com o quadro de referência dos profissionais, passível de ter implicações no relacionamento entre profissionais e utentes imigrantes, bem como na continuidade de procura dos serviços de saúde (Dias e Rocha, 2009; Dias et al., 2010).

Os processos de discriminação e estigmatização também assentam numa dimensão histórica, sendo a experiência colonial um marco importante para compreender a formação das representações e das atitudes face aos imigrantes (Vermeulen, 2001; Bastos, 1998). O impacto da história colonial portuguesa na percepção coletiva sobre a imigração e os imigrantes pode constituir um importante fator explicativo das atitudes ambivalentes que emergiram a partir dos dados, traduzindo uma clivagem entre o plano dos discursos e das práticas dos profissionais. Os discursos podem igualmente ser reflexo da conjuntura atual, que assenta na preocupação em dar resposta a situações de discriminação, na promoção da cidadania, e na integração dos imigrantes nos vários setores da sociedade, nomeadamente, na área da saúde, do trabalho e da educação. De facto, a evolução das políticas de imigração adotadas nos últimos anos em Portugal é reflexo dos esforços realizados em prol da sua integração (Fonseca et al., 2009; Bäckström, 2009). Especificamente no domínio da saúde, a complexidade intrínseca a este processo de integração constitui assim um desafio ao desenvolvimento da cooperação mútua entre a população imigrante e os profissionais de saúde.

No que se refere aos desafios que os profissionais enfrentam no contexto da prestação de cuidados de saúde aos imigrantes, a maioria dos participantes dos grupos focais apontou para dificuldades de comunicação devido a diferenças linguísticas. A barreira da língua, por um lado, dificulta o desempenho dos profissionais, nomeadamente ao nível do diagnóstico e da prescrição de tratamentos e, por outro lado, impede que o indivíduo expresse as suas necessidades em saúde e obtenha a informação necessária para aceder aos serviços (Scheppers et al., 2006; Hultsjö e Hjelm, 2005; Fonseca e Silva, 2010; Priebe et al., 2011). As respostas encontradas pelos profissionais para colmatar estas dificuldades, nomeadamente a comunicação noutra língua ou por gestos, a solicitação de um familiar que funcione como intérprete, o recurso a um funcionário do Centro de Saúde para tradução e a utilização dos serviços de tradução telefónica, refletem a sua preocupação em promover boas práticas no contexto da prestação de cuidados, tal como tem sido documentado (Fonseca e Silva, 2010; Priebe et al., 2011).

A falta de informação sobre as práticas culturais e religiosas, descrita pelos participantes, pode criar ruturas na relação entre profissional e utente imigrante, assim como na prática clínica (Esteve et al., 2006; Harmsen et al., 2005; Priebe et al., 2011; Scheppers et al., 2006). A cultura produz uma matriz de saberes e crenças na qual se exprimem conceções particulares de saúde e doença que influenciam o reconhecimento dos sintomas e a percepção das suas causas, bem como a percepção da necessidade de procurar cuidados de saúde e o

percurso terapêutico adotado (Eshiett e Parry, 2003; Fuertes e Laso, 2006). Os participantes reconheceram a influência do seu desconhecimento das especificidades culturais e religiosas na interpretação das práticas dos imigrantes que são, frequentemente, consideradas como desadequadas de acordo com o paradigma biomédico. Neste sentido, reconhece-se que a aplicação do conhecimento médico não deve ser separada do património cultural das populações (Abreu, 2003). Esta perspetiva socioconstrutiva da aprendizagem na área da saúde constitui a base para a definição de uma visão holística no âmbito da prestação de cuidados, tornando imprescindível que o desenvolvimento de competências no contexto da diversidade cultural esteja presente ao longo de todo o processo de formação.

A falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais, descrita no grupo focal com médicos como uma dificuldade na prestação de cuidados e, ainda, como um obstáculo à continuidade da utilização dos serviços, foi igualmente evidenciado por outros autores (Esteva et al., 2006; Vázquez-Villegas, 2006). Tal realça a necessidade de desenvolver protocolos específicos de encaminhamento e atuação que permitam desenvolver a cooperação entre profissionais e, em simultâneo, dar uma resposta adequada às necessidades em saúde da população imigrante.

Em termos globais, vislumbram-se atitudes menos positivas entre os administrativos, constituindo o grupo de participantes que mais frequentemente relata experiências de contacto negativas com utentes imigrantes. As diferenças entre grupos profissionais podem ser explicadas com base no papel determinante que as experiências e funções específicas, bem como os fatores sociodemográficos, desempenham na definição das perceções e atitudes (Michaelsen et al., 2004). Neste sentido, os dados revelam a necessidade de configuração de um corpo clínico detentor de uma visão crítica e auto-reflexiva e de estimular o desenvolvimento de formação adaptada aos diferentes perfis profissionais.

Por fim, os resultados obtidos devem ser interpretados tendo em conta as limitações das opções metodológicas. No estudo quantitativo, a informação recolhida através de questionários com perguntas fechadas é de âmbito restrito, traduzindo-se em dados estatísticos que nos fornecem respostas de natureza relativamente superficial (Giddens, 2009). No entanto, a representatividade da amostra, bem como a elevada taxa de resposta (80%), constituem pontos fortes deste estudo.

Os dados de natureza qualitativa superam as lacunas produzidas pelo tipo de perguntas do questionário, proporcionando uma visão mais aprofundada e pormenorizada face ao tema em análise. No entanto, a dinâmica de grupo, inerente aos grupos

focais, pode inibir a expressão individual de opiniões e experiências que não são consistentes com as da maioria do grupo. Acrescenta-se ainda o facto de que, possivelmente, o número de grupos focais não foi suficiente de modo a esgotar as possíveis perceções sobre a temática.

### *Considerações finais*

Embora os profissionais de saúde revelem atitudes tendencialmente positivas perante os imigrantes, persistem algumas dificuldades e obstáculos no contexto da prestação de cuidados de saúde a estas populações que remetem para a persistência de situações de discriminação com implicações na qualidade dos cuidados de saúde prestados e nos percursos terapêuticos adotados.

Os profissionais constituem um elemento-chave no contexto da relação profissional de saúde-utente e, neste sentido, assumem um papel fulcral no âmbito da diminuição das desigualdades e dificuldades encontradas pelos imigrantes na procura de cuidados (Horner et al., 2004; Ingleby et al., 2005). A postura dos profissionais é um fator determinante para o (in)sucesso da prestação de cuidados e reflete a (in)capacidade dos mesmos para gerir os aspetos inerentes às especificidades culturais (Eshiett e Parry, 2003; Navarrete et al., 2009). Neste sentido, a realidade atual tornou a aquisição de competências na área da diversidade cultural um ímpeto incontornável para os profissionais. A premência da produção de um corpo de saberes e instrumentos que possam contribuir para o entendimento dos aspetos associados à diversidade cultural torna-se cada vez mais importante nos vários sectores da sociedade, em particular no sector da saúde dado o seu papel no bem-estar e na definição do estado de saúde das populações, bem como no próprio processo de integração (Machado, 2007; Ingleby et al., 2005).

O processo de capacitação dos profissionais para lidar com a diversidade cultural implica, em primeiro lugar, contemplar o papel dos fatores sociais e políticos enquanto dimensões imprescindíveis para a integração da dimensão cultural na prestação de cuidados (Pussetti et al., 2009). Neste contexto, a formação dos profissionais assume particular relevo no âmbito do desenvolvimento de competências e, em simultâneo, na resposta às questões associadas aos processos de discriminação e estigmatização. O conhecimento e a compreensão das particularidades socioculturais, em conjunto com a mediação intercultural, constituem assim aspetos fulcrais na dinamização do diálogo entre profissionais e utentes, o que se vai refletir na estruturação de intervenções informadas e adequadas e contribuir para a criação de um espaço terapêutico "culturalmente sensível" dotado de uma maior capacidade para gerir a cres-

cente diversidade cultural e étnica que caracteriza a realidade atual.

### Notas

<sup>1</sup> Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (IME/SAUESA/81760/2006). Os autores agradecem a colaboração de todos os participantes do estudo e os membros da equipa do projeto, especialmente Helena Cargaleiro, Maria do Rosário Horta, Fernanda Silva, António Silva, Mário Carreira, Violeta Alarcão, Miguel Lemos, Maria Cortes e Ana Gama.

### Bibliografia

- ABREU, W. C. (2003), *Saúde, doença e diversidade cultural*, Lisboa, Instituto Piaget.
- BÄCKSTRÖM, B. (2009), *Saúde e Imigrantes – As representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*, Lisboa, ACIDI.
- BARDIN, L. (2007), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- BASTOS, C. (1998), "Tristes trópicos e alegres luso-tropicalismos: das notas de viagem em Lévi-Strauss e Gilberto Freyre", *Análise Social*, XXXIII(146-147), pp. 415-32.
- BETANCOURT, J., et al. (2003), "Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Healthcare", *Public Health Reports*, 118, pp. 293-302.
- CAMPAYO, J. G., et al. (2006), "Attitudes of Spanish doctors towards immigrant patients: an opinion survey", *Actas Españolas de Psiquiatria*, 34(6), pp. 371-76.
- DAVIES, A. A., et al. (2009), *Migration: a social determinant of the health of migrants*, Geneva, IOM Immigration Health Department.
- DIAS, S. e A. Gonçalves (2007), "Migração e Saúde", *Migrações*, 1, pp. 15-26.
- DIAS, S. e C. Rocha (2009), *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras: Um estudo qualitativo*, Lisboa, ACIDI.
- DIAS, S., et al. (2010), "Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study", *Journal of Public Health*, 18, pp. 489-96.
- DIAS, S.; R. Rodrigues, et al. (2010), "Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: Um estudo com imigrantes e profissionais de saúde", *Arquivos de Medicina*, 24(6), pp. 253-59.
- ESHLETT, M. U. A. e E. H. O. Parry (2003), "Migrants and health: a cultural dilemma", *Clinical Medicine*, 3(3), pp. 229-31.
- ESTEVA, M., et al. (2006), "Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia", *Aten Primaria*, 37(3), pp. 154-59.
- FONSECA, M. L., et al. (2009), *MIGHEALTHNET – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*, Lisboa, Centro de Estudos Geográficos.
- FONSECA, M. L. e S. Silva (2010), *Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na Área de Influência do Centro de Saúde da Graça*, Lisboa, ACIDI.
- FUERTE, C. e M. A. Laso (2006), "El inmigrante en la consulta de atención primaria", *An. Sist. Sanit. Navar.*, 29(1), pp. 9-25.
- GIDDENS, A. (2009), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- HARMSSEN, H., et al. (2005), "The effect of educational intervention on intercultural communication: Results from a randomised controlled trial", *British Journal of General Practice*, 55, pp. 343-350.
- HORNER, R. D., et al. (2004), "Changing Healthcare Professionals' Behaviors to Eliminate Disparities in Healthcare: What do we know? How might we proceed?", *The American Journal of Managed Care*, 10, pp. 12-19.
- HULTSJÖ, S. e K. Hjelm (2005), "Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences", *International Nursing Review*, 52, pp. 276-85.
- INE e INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 (2009), Lisboa, INE/INSA.
- INGLEBY, D., et al. (2005), "The Role of Health in Integration", in M. L. Fonseca e J. Malheiros (coords.), *Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health – Imiscoe Cluster B5, State of the Art Report*, Lisboa, Centro de Estudos Geográficos: Estudos para o Planeamento Regional e Urbano 67, pp. 101-37.
- KRUEGER, R. e M. A. Casey (2000), *Focus groups: A practical guide for applied Research*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- LAGES, M. F., et al. (2006), *Os imigrantes e a população portuguesa – Imagens recíprocas, Análise de duas sondagens*, Lisboa, ACIDI.
- LESSARD-HÉBERT, M., et al. (1994), *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*, Lisboa, Instituto Piaget, pp. 29-62.
- MACHADO, F. L. (2007), "Migrações, saúde e doença – que investigação em Portugal?", *Migrações*, 1, pp. 201-3.
- MICHAELSEN, J. J., et al. (2004), "Health professionals' knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish Hospital", *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, pp. 287-95.
- MORGAN, D. (2001), "Focus Group Interviewing", in J. F. Gubrium e J. A. Holstein (eds.), *Handbook of interview research: context and method*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- NAVARRETE, M., et al. (2009), "Necesidades de los Profesionales de Salud en la Atención a la Población Inmigrante", *Gaceta Sanitaria*, 23(5), pp. 396-402.
- PEIRO, M. J. e R. Benedict (2009), *Migration Health: Better health for All in Europe. Final Report Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis*

- of Social Determinants of Health and Health Inequalities*, Bruxelas, IOM.
- PRIEBE, S., et al. (2011), "Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries", *BMC Public Health*, 11, pp. 187, doi:10.1186/1471-2458-11-187.
- PUSSETTI, C., et al. (2009), *Migrantes e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural*, Lisboa, ACIDI.
- SCHEPPERS, E., et al. (2006), "Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review", *Family Practice*, 23(3), pp. 325-48.
- VAN RYN, M. e J. Burke (2000), "The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients", *Social Science and Medicine*, 50, pp. 813-828.
- VAN RYN, M. e S. S. Fu (2003), "Paved With Good Intentions: Do Public Health and Human Service Providers Contribute to Racial/Ethnic Disparities in Health?", *American Journal of Public Health*, 93(2), pp. 248-55.
- VÁZQUEZ-VILLEGAS, J. (2006), "Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?", *Aten Primaria*, 37, pp. 249-50.
- VERMEULEN, H. (2001), *Imigração, integração e a dimensão política da cultura*, Lisboa, Edições Colibri.
- WOLFFERS, I., et al. (2003), "Migration, human rights and health", *Lancet*, 362 (9400), pp. 2019-20.

# A IMPORTÂNCIA DA COMPETÊNCIA CULTURAL NO ATENDIMENTO DE SAÚDE A REFUGIADOS E REQUERENTES DE ASILO

---

Cristina Santinho

■ Antropóloga, PhD em Antropologia. Investigadora: CIES – ISCTE/IUL. Docente: ULHT – Faculdade de Psicologia (cristina.santinho@gmail.com)

## Resumo

O artigo que aqui se apresenta resulta de uma investigação realizada para o doutoramento em Antropologia, sobre a saúde física e mental dos refugiados em Portugal, tendo igualmente em conta o cenário político que envolve esta temática. Esta investigação decorreu de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010, e seguiu as seguintes metodologias: observação participante, entrevistas em profundidade, recolha de histórias de vida. Pretende-se aqui salientar que a ausência em Portugal daquilo que se convencionou denominar no campo das ciências sociais de “competência cultural na saúde” tem consequências nefastas para uma categoria muito específica de imigrantes: os refugiados. Os efeitos dessa ausência podem contribuir para aprofundar ainda mais o sofrimento e eventuais traumas, afastando-os assim de uma integração satisfatória na sociedade portuguesa que lhes prometeu proteção.

**Palavras-chave:** refugiados, saúde, competência cultural, vulnerabilidade, mulheres refugiadas

## Abstract

This article presents results from part of the research conducted for my PhD in anthropology which focused on the physical and mental health of refugees and asylum seekers in Portugal, these dimensions were analyzed within the wider scope of the political landscape that such matters involve. The research took place from January 2007 to December 2010, and undertook the following methodologies and techniques: participant observation, in-depth interviews, recollection of life stories. The article intends to point out how in Portugal the absence of the subfield in “cultural competence in health,” within the social sciences, has had a harmful contribution towards a very specific category of immigrants: refugees. This absence may produce effects that deepen traumas, enlarging the gap and pulling away from a full integration in Portuguese society, which promised them protection.

**Keywords:** refugees, health, cultural competence, vulnerability, refugee women

## *Algumas razões para a quase invisibilidade dos refugiados em Portugal*

Em Portugal os refugiados e requerentes de asilo estão longe de poder usufruir do reconhecimento social que é dado aos imigrantes no contexto da sociedade portuguesa, em parte pelo seu número irrisório face aos anteriores.

Antes de percebermos quais os contornos sociais e até demográficos dos refugiados em Portugal, importa clarificar o que de acordo com a Convenção de Genebra se define como refugiado: um refugiado

é uma 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 daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país; ou que, se não tiver nacionalidade e estiver fora do país no qual tinha a sua residência habitual após aqueles acontecimentos, não possa ou, em virtude do dito receio, a ele não queira voltar”. Logo, podemos afirmar que o que os distingue dos restantes imigrantes é a impossibilidade de regressarem aos

seus países de proveniência pelo risco de vida que correm, se o fizerem. Contudo, não significa que todos os que solicitam asilo em Portugal ou em qualquer outro país da União Europeia obtenham imediatamente o estatuto de refugiados. Na maioria dos casos, segue-se um longo período de oito anos (no caso de Portugal), durante o qual apenas possuem o estatuto de "requerentes de asilo por razões humanitárias". Durante este tempo, não usufruem de todos os direitos dos cidadãos nacionais, estando por exemplo coartados da possibilidade de trabalharem ou viverem em outros países da União Europeia.

Para podermos entender a sua quotidianidade no contexto da sociedade portuguesa – que reflete igualmente a situação perante a saúde, mesmo tendo em conta que a acessibilidade ao serviço nacional de saúde está prevista e protegida na "lei de asilo" (Lei nº 27/2008 de 30 Junho), é necessário compreender qual a expressividade numérica tanto no que diz respeito aos imigrantes em geral, como em relação à sociedade portuguesa autóctone. No que se refere à quantidade de refugiados em Portugal, e do que foi possível apurar através de dados oficiais igualmente disponibilizados pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR, 2002), reporta-se a evolução dos seguintes números:

- No ano de 1993 (não existem dados anteriores a esta data) reportavam-se 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 pedidos tinham sido aceites;
- Em 2000, existiam 443 refugiados, o que significa que cerca de 200 já haviam saído voluntariamente do país, eventualmente para outros países europeus, e 224 pedidos de asilo, sendo que, no final deste ano, apenas 46 tinham o visto aprovado.

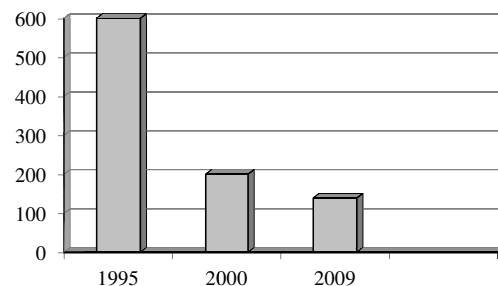
Comparativamente, os dados estatísticos sobre Portugal, encontrados no *site* do Conselho Português de Refugiados (CPR), referem-se exclusivamente ao *número de pedidos de asilo*, não se tendo encontrado referências sistematizadas relativamente ao *número de refugiados*. Foram escolhidos apenas os dados, tão aproximados quanto possível, dos últimos dois períodos referidos nas estatísticas do ACNUR, equivalentes aos anos de 2000 e 2009, sendo que para o caso português os primeiros dados oficiais só existem a partir de 1995, uma vez que o CPR iniciou a sua atividade em 1991, não tendo sido possível encontrar dados disponíveis referentes a este ano. Porém, verificou-se que os dados portugueses para o mesmo período nem sempre são exatos, havendo discrepâncias entre os indicados no CPR e no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), sendo que estes

tão-pouco correspondem aos dados referenciados pelo ACNUR para as mesmas datas.

Sistematizando, no que se refere 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 exatas nas fontes consultadas (dados do SEF, CPR, ACNUR, EUROSTAT), concluindo-se que neste ano, segundo os dados do SEF (2010), apenas foram concedidos 3 *estatutos de refugiados* e 45 *autorizações de residência por razões humanitárias*. Sublinha-se que o número de refugiados ou mesmo de requerentes de asilo é irrisório, tanto face ao número de imigrantes, quer obviamente face ao número de população portuguesa autóctone, não aparecendo sequer nas estatísticas.

**Gráfico 1** ▶ Número de pedidos de asilo em Portugal



Gostariamos também de não deixar passar em claro a discrepância existente (analisados 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, uma vez que Portugal possui um número de pedidos de asilo absolutamente residual comparativamente a outros países europeus, para além de que este número tem 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. Além desta razão, existem outras, das quais se destacam a quase inexistência de redes familiares e sociais de apoio e a ausência de linhas aéreas diretas entre os países de proveniência dos requerentes de asilo e Portugal, o que sem dúvida dificulta a fuga por via aérea.

O quadro da Figura 1 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.

**Figura 1** ▶ População de refugiados em quatro países da União Europeia (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	1 558
2005	363	137 316	700 016	1 939
2006	333	145 996	605 410	2 404
2007	353	151 789	578 879	3 000
2008	403	171 206	582 735	4 332
2009	389	196 364	593 799	5 955

Fonte: ACNUR (2010b)<sup>1</sup>.

Tal como referido anteriormente, é notória a desproporção entre os dados relativos a Portugal e os dados referentes a outros países.

Relativamente à proveniência dos requerentes de asilo, no ano de 2009, apresentamos o quadro da Figura 2, a título de exemplo (disponível em: <http://www.cpr.pt/>).

Nesta tabela, salientamos os seguintes aspectos: a) diversidade de proveniência dos requerentes de asilo; b) apenas 9 dos 139 pedidos são provenientes de países com os quais, por razões históricas, Portugal tem pontes aéreas diretas. Sublinhamos ainda a noção de que requerer asilo não significa garantir a sua obtenção, como fizemos notar no início deste texto. Independentemente do ano em análise, existe um único fator em comum: a diversidade desta população não só em termos culturais, como também sociais, linguísticos, religiosos, entre outros, o que desde logo, deixa antever a necessidade de estabelecer formas de contacto e diálogo efetivo entre os refugiados e a sociedade de acolhimento, tendo em vista a necessidade de integração manifestada pelos asilados em todas as áreas, nomeadamente o emprego, a habitação, a escolaridade e necessariamente: a saúde.

A pouca expressividade numérica dos refugiados e requerentes de asilo em Portugal tem consequências diretas no modo como veem e são vistos pela sociedade portuguesa. O facto de serem encaminhados para o Centro de Acolhimento para Refugiados (CAR) imediatamente após o pedido de asilo ser colocado no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, e o facto de este Centro estar localizado

na Bobadela – município de Loures, faz com que os refugiados procurem casa ou quarto para alugar nas ruas adjacentes. Esse confinamento a uma área muito localizada contribui para que raramente se saiba da existência de refugiados noutros municípios ou regiões do país, sendo que as instituições fora da região de Loures e Lisboa, e a sociedade portuguesa de um modo geral apenas ouviram falar de refugiados nos meios de comunicação social, em notícias normalmente associadas a êxodos de zonas de conflito em países longínquos, tendo dos mesmos uma ideia abstrata, associada a imagens vinculadas pelos meios de comunicação social, mas isenta de conteúdo ou conhecimento profundo das suas realidades e necessidades pragmáticas, ou sequer da imensa diversidade social e cultural. As vidas quotidianas, as dificuldades ou êxitos pessoais que vão obtendo já em território nacional, aparecem contudo fora dos radares dos *media* e, consequentemente, da sociedade portuguesa.

Esta invisibilidade coloca-os à margem quer do sistema político e social, quer também do próprio sistema de saúde, ainda que, de acordo com a lei, a ele tenham acesso. Na impossibilidade de serem entendidos como um grupo particular com necessidades específicas pelos prestadores de cuidados de saúde, acabam por recorrer frequentemente a cuidados de saúde cultural e simbolicamente identificados pelos próprios como válidos, porque mais eficazes. Fazem parte deste âmbito de oferta os medicamentos trazidos por outros imigrantes, aos quais recorrem através de redes de contactos estabelecidos em locais de circulação destes produtos, na zona da baixa lisboeta. O recurso à religião (a ida à mesquita e a leitura do Alcorão, por exemplo) e o cuidado (*care for each other*) prestado através da escuta e da solidariedade pragmática entre pares funciona, para muitos, como o único recurso terapêutico ao qual têm acesso.

Torna-se necessário sublinhar que este grupo particular de migrantes se caracteriza pela impossibilidade de regresso aos locais de guerra e conflito de onde partiram, correndo risco de vida caso decidam fazer o percurso de regresso. Todos eles alegam a fuga por motivos de perseguição, tortura, medo e perdas de vidas de familiares, amigos e vizinhos. Porém, o sofrimento a que muitos estão sujeitos já no contexto de asilo é mental mas, sobretudo, social. Este sofrimento é originado tanto pelos traumas que viveram no passado como também pela angústia face a um presente do qual desconhecem os contornos sociais e culturais. Configura-se assim aquilo que autores como Paul Farmer (2004), Veena Das e Arthur Kleinman (2000), entre outros, denominam como “violência estrutural”, que tanto pode ocorrer repentinamente, como no caso de uma guerra, como paulatinamente, quando indivíduos ou comunidades são alvo de discriminação sistemática já no país de

**Figura 2** ▶ Proveniência dos requerentes de asilo em Portugal (2009)

País	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Angola	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	3
Benim	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Bósnia	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	3
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Camarões	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Chade	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Colômbia	-	5	2	-	-	2	-	-	-	4	-	2	15
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
El Salvador	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Eritreia	1	1	2	4	-	5	-	2	6	-	-	-	21
Fed. Russa	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Gâmbia	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Geórgia	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Guiné-Bissau	1	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	5
Guiné Conacri	3	1	-	1	-	4	1	2	1	1	3	1	18
Índia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Irão	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	4
Mauritânia	1	1	7	-	4	1	1	-	-	1	-	-	16
Moldávia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Nepal	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Nigéria	-	1	-	1	2	2	-	-	-	1	-	3	10
Paquistão	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Rep. Dem. Congo	-	-	-	-	1	2	-	1	-	1	1	-	6
Ruanda	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Senegal	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Serra Leoa	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Sri Lanka	-	-	1	-	2	-	1	-	-	4	-	-	8
Togo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Ucrânia	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Zimbabué	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>139</b>

asilo que prometeu protegê-los, de cada vez que não lhes são disponibilizados meios de mediação linguística e cultural para interagir com as mais variadas instituições, sempre que lhes é recusado um emprego que lhes permita a integração ou, mais pragmaticamente, os meios necessários para alugar uma casa ou um simples quarto que lhes sirva de abrigo.

#### *Domínio da saúde e desajuste de oferta*

Já no âmbito da saúde, a percepção dos refugiados sobre doença, sofrimento e corpo desajusta-se frequentemente do tipo de medicina praticada em Portugal, em particular por esta ser fundamentalmente orientada pelas práticas biomédicas. Isto significa que existe uma certa resistência dos pro-

fissionais de saúde em reconhecerem a inadequação e os limites das suas práticas e modelos interpretativos quando se colocam perante si, no contexto de consulta, pessoas em sofrimento com outros códigos culturais e linguísticos. Frases como: "o doente não colabora", ou "recusa-se a seguir o tratamento que lhe prescrevo", ou ainda: "os refugiados são muito consumistas de consultas", são exemplificativas da ausência de entendimento entre os atores envolvidos e da necessidade de uma mediação eficaz.

Existem enormes barreiras linguísticas e culturais no atendimento em saúde mental e física, para além do facto de não haver ainda profissionais de saúde formados especificamente para a sensibilidade à diversidade (que pode ser de classe social, de género, de cultura) ou, mais particularmente,

para as necessidades dos refugiados vítimas de trauma. Esta ausência de competências por parte dos profissionais, a par da ausência de mediadores culturais orientados para a saúde, localizados nas várias instituições prestadoras de serviços públicos, como hospitais, centros de saúde ou maternidades, pode contribuir para o agravamento do estado de saúde física e mental, dificultando o processo de integração na sociedade portuguesa.

Propomos aqui a necessidade de uma abordagem baseada numa metodologia etnográfica que permita uma incursão no terreno de modo mais prolongado e aprofundado junto das pessoas que se pretende investigar. Isto é: a diversidade que caracteriza os refugiados ou os imigrantes adquire maior profundidade quando analisada não no plano das normatividades, mas no da diferenciação, ao invés de perspetivas geradoras de estereótipos e generalizações do tipo: "os brasileiros são assim", ou "os africanos são desta maneira". No caso dos refugiados, por exemplo, não existe um paradigma intrínseco a eles associado, sendo portanto pertinente tomar em consideração as suas experiências particulares.

Uma das perspetivas apontadas por diversos autores, como por exemplo Kleinman e Benson (2006), Richard Mollica (2008-2009) entre outros, passa por criar estruturas de saúde que abram a possibilidade de olhar o sofrimento e o trauma a partir da pesquisa etnográfica e transdisciplinar, 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. Neste artigo, tomaremos como referência os conceitos de "competência cultural na saúde" apresentado por estes autores, propondo a partir das suas teorias e práticas a existência de novas ferramentas conceituais e técnicas, de modo a que o sistema de saúde em Portugal possa lidar eficazmente com as particularidades e necessidades dos refugiados em sofrimento. Importa ter em conta que o conceito de competência cultural, quando mal interpretado, pode conduzir a vários problemas, nomeadamente o de se considerar equivocadamente que a cultura se traduz numa ferramenta técnica, através da qual os médicos podem ser capacitados. 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 abordado pela antropologia, onde esta é entendida como um processo mutável, inseparável dos aspetos económicos, políticos, religiosos e mesmo psicológicos ou biológicos, ou até de género, idade ou classe social.

Na pesquisa sobre o acesso dos refugiados à consulta nos centros de saúde, entrevistei vários profissionais de saúde, com especial predominância de médicos, incluindo psiquiatras. Quando indaga-

dos sobre se sentiam dificuldades na comunicação e perceção do sofrimento dos refugiados, vindos de contextos tão díspares como Eritreia, Congo, Somália, Irão, Colômbia ou Mianmar, por exemplo, não era raro afirmarem:

"Não! Eu próprio nasci em África e vivi lá alguns anos da minha infância." Para além da criação de estereótipos, a infantilização dos refugiados por parte dos médicos é também frequente. Eis o depoimento de um outro médico:

"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 experiência que tenho, é muito fácil chegar a um diagnóstico."

Acompanhando uma grávida refugiada da Somália à consulta de rotina no Centro de Saúde, tanto a minha informante como eu própria nos demos conta de que as atitudes da médica eram divergentes quando se dirigia a mim, ou a ela. Sempre que falava com a grávida somali, elevava a voz em tom de reprimenda, quando esta lhe manifestava algum sofrimento ou desconforto perante os exames de diagnóstico, ao mesmo tempo que usava expressões infantis ao recomendar-lhe um certo tipo de cuidados na dieta alimentar, por exemplo, para logo depois se dirigir a mim, exclamando: "Tem que se falar assim com elas, senão vão para casa e fazem tudo ao contrário." Já fora do consultório, a grávida, sentindo-se humilhada, perguntava-me em inglês: "*Why is she talking to me like that? I am a refugee, I'm not stupid or deaf.*"

#### *Diagnosticar? Entender a metáfora para além do sintoma*

Na análise dos conceitos de saúde e doença referentes aos refugiados, e no que toca ao diagnóstico, ocorre a possibilidade de se entender e interpretar de forma equivocada as sensações do corpo e os sintomas manifestados pelos pacientes. A noção de sintoma é abordada por Martínez-Hernández (2000), revelando a importância de entender a metáfora para além dos sintomas, isto é: entender o significado e o símbolo das narrativas a partir dos sintomas revelados. Os sintomas dificilmente serão interpretados de maneira correta pelos médicos se não tiverem em conta o universo sociocultural que os produz. Por outras palavras: é necessária uma moldura constituída simultaneamente pela medi-

cina interpretativa e pela etnografia. Ainda sobre o diagnóstico, referimos o seguinte: 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 o especialista da saúde e o paciente: localiza o mal, chama-o pelo nome, domina-o e controla-o, iniciando um processo de apaziguamento do sofrimento. O diagnóstico é tão importante para a biomedicina como as estratégias divinatórias para os sistemas terapêuticos tradicionais, em variados contextos. 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 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 coletivas e não individuais, não constituindo portanto uma entidade, mas sim um modelo explanatório que necessita de dialogar com outros fatores, como por exemplo a experiência subjetiva 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 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 condicionada por fatores tão complexos como o idioma, a cultura ou o eventual trauma. 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 biomédica ou psicológica, frequentemente hermética e manipulável por quem a

domina sem a descodificar, alargando assim o fosso de entendimento entre médico e cliente.

### *A competência cultural na saúde*

Como referi anteriormente, a interpretação médica da cultura pode conduzir à ideia (tantas vezes reproduzida pelos médicos entrevistados em contexto de trabalho de campo) de que os refugiados africanos têm estas ou aquelas crenças, reagem deste ou daquele modo, sendo que, por vezes, os aspetos 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 através da constituição de equipas transdisciplinares 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 contexto sociocultural e histórico. Torna-se então necessário comunicar, perguntar, ouvir o paciente enquanto pessoa singular, nomeadamente sobre a interpretação que ele próprio faz do seu sofrimento e sobre qual a melhor forma de o superar, reconstruindo com ele 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 sofrimento. É pois importante para o clínico, mais do que conhecer a cultura do paciente, conhecer a sua história de vida, e o contexto em que ela se desenrola: se possui família, casa, emprego, dinheiro para pagar medicamentos ou mesmo, nos casos em que o paciente se mostra relutante em expor a sua vida, torna-se relevante a negociação entre ambos, determinando em conjunto o que é mais importante para o paciente no contexto actual.

### *Falando de mulheres refugiadas*

Neste artigo, tomaremos como exemplo deste desencontro entre médico e paciente uma das categorias mais vulneráveis: as mulheres. Antes de avançarmos para este ponto, pretendo aqui deixar uma breve nota sobre o conceito de vulnerabilidade. Este conceito, frequentemente associado ao conceito de vitimização, é muitas vezes utilizado no sentido de fragilidade, anomia, dependência, pelas diversas instituições que têm a cargo a proteção institucionalizada dos refugiados. O conceito de vulnerabilidade, neste sentido, está muitas vezes associado à ideia de que as mulheres são submissas, passivas e dependentes, o que contribui para a sua

revitimização, já em contextos de asilo, por parte de algumas instituições que operam nesta área. Contudo, o asilo, para algumas mulheres – e também homens –, pode ser observado igualmente como uma oportunidade para a emancipação e agencialidade, embora, na maior parte dos casos observados, esta esteja relacionada com a formação e capacitação pessoal existente num período anterior ao momento da fuga, onde já se fazia notar uma resistência ao domínio por parte de outrem.

Tendo clarificado o conceito de vulnerabilidade, refiro também que 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, um dos grupos mais expostos ao sofrimento contínuo é o das mulheres. São também inúmeras as referências internacionais sobre os riscos corridos pelas mulheres imigrantes e em particular refugiadas. 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).

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 proteção, pelo que não constitui do ponto de vista jurídico, razão suficiente para ser considerada como motivo para a concessão de asilo. Por esse motivo, a Convenção de Genebra tem sido apontada por algumas Organizações Não Governamentais como demasiado redutora, desadequada à realidade contemporânea e particularmente orientada para as necessidades exclusivas dos homens refugiados.

As mulheres refugiadas são também frequentemente expostas à violência com mais gravidade do que os homens, por razões relacionadas com a desigualdade de género 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 pelo montante de dinheiro que é necessário obter para a fuga. Ora tanto por razões culturais como religiosas, as mulheres, fora de alguns contextos

européus, e em particular em contextos africanos e asiáticos (“tradicionalistas”), estão particularmente submetidas à hegemonia masculina, 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 por casualidade que, no caso das mulheres asiladas com quem trabalhei no CAR, uma parte substancial pertencia a um grupo jurídico específico: a de “refugiados reinstalados”. Neste caso, as mulheres viajavam acompanhadas pelos maridos, mas ao abrigo de uma proteção de viagem internacional, uma vez que já tinham 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 dos quais faziam parte filhos, noras e netos.

Verifica-se que 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 são em número bastante reduzido. 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 fator 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; tradução livre).

Diremos pois que as mulheres refugiadas se encontram numa situação de dupla exposição em relação à violência: enquanto refugiadas e enquanto mulheres (Freedman e Jamal, 2008). Verifica-se que nalgumas situações em que elas viajam com os companheiros pode ainda haver uma profunda inversão nos papéis atribuídos ao género, por diferenças culturais entre os países de origem e os de asilo. No caso de contextos 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 ativa da mulher na sociedade; maior facilidade em encontrar trabalho; novas responsabilidades adquiridas na educação dos filhos...) pode proporcionar à mulher uma nova liberdade, mas também 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 refugiado, também ele passou a ser desapaosado de autoridade e de reconhecimento.

As mulheres refugiadas, e também os “menores não acompanhados”, pertencem como dissemos a categorias designadas pelo ACNUR como “vulneráveis”. Antes da fuga, e ainda em contextos de guerra, estão expostas a grande violência, nomeadamente violações e chantagem sexual usada como arma de guerra, mas também como suporte de relações de dependência económica e emocional em relação aos perpetradores. Outros exemplos reportam-se a tráfico sexual, prostituição forçada, casamentos forçados, abortos forçados, humilhações sexuais, obrigação de interagir sexualmente com os predadores para garantir a sobrevivência, ou mesmo com o fim de obtenção de alguns favores, como proteção para si ou para os seus filhos. Existem, por conseguinte, implicações sérias na dinâmica dos abusos, bem como nos modos de lidar com esta sensível questão já na sociedade de asilo, em particular no domínio da saúde física e mental.

A ausência de conhecimento destas histórias de vida, ou até o desconhecimento do que significa, na prática, ser-se refugiada por parte dos médicos que as atendem já no contexto português – na maternidade ou no centro de saúde – pode provocar “mal-entendidos” graves que inclusivamente põem em causa as consultas de continuidade por parte das grávidas. Dos relatos mais indignados (e repetidos) destas mulheres refugiadas com as quais interagi, foi a sua enorme surpresa, indignação e humilhação quando, ao entrarem pela primeira vez no consultório, deparavam com um médico, homem, que lhes ordenava sem rodeios: “dispa-se!”

Segundo a psicóloga e investigadora Solvig Ekblad (2007), existem várias consequências para a saúde das mulheres refugiadas numa dupla

situação de vulnerabilidade, enquanto mulheres e enquanto grávidas: elevado grau de medo, depressão, ansiedade, irregularidades hormonais, tentativas de suicídio. Já a nível psicológico, alguns dos sintomas que podem apresentar são: medo, ansiedade, falta de energia, insónia, somatização, entre outros. As manifestações físicas que podem ainda estar relacionadas com o abuso sexual incluem algumas manifestações de sofrimento dos órgãos reprodutivos, tais como: dor crónica na região pélvica e disfunção sexual.

Tendo em conta o exposto e atendendo a que há ainda a considerar, em particular nas mulheres grávidas, os contornos culturais e religiosos de que se reveste a perceção do corpo e da gravidez, torna-se necessária uma nova abordagem nos cuidados de saúde obstétricos, ginecológicos e maternos. Essa abordagem, para que seja simultaneamente cuidadora e respeitadora das idiosincrasias de cada mulher, atendendo ao contexto de asilo, necessita de três ingredientes fundamentais: o primeiro é o tempo para escutar, de preferência num contexto acolhedor; o segundo é o estabelecimento de diálogo empático, com o mesmo referente linguístico; o terceiro é a conquista da confiança. Falamos portanto, resumidamente, de competências culturais.

#### *Pistas para a implementação da sensibilidade à diversidade, no campo da saúde*

Se, por um lado, as pressões no interior do Sistema Nacional de Saúde, em termos de obrigatoriedade de atendimento de um número elevado de pacientes por dia, não facilitam a mudança de atitudes por parte dos clínicos, por outro lado, a formação em técnicos de mediação cultural na saúde está ainda a dar os primeiros passos, comparativamente a países como Itália ou França onde já está largamente implementada. Estamos longe de afirmar que não existem médicos, ou outros profissionais de saúde, com capacidade para prestar um serviço de saúde adequado. Contudo, pela experiência de investigação nos últimos cinco anos, esta atitude manifestou-se particularmente através da sensibilidade dos poucos profissionais que procuravam entender e respeitar o sofrimento dos refugiados por aquilo que eles representam como seres humanos inseridos num processo histórico, político e social que lhes afeta tanto o passado, como o presente e o futuro. Contudo, concluímos que existe ainda um longo caminho a percorrer e que este depende, fundamentalmente, de uma nova forma de encarar a saúde e a doença como pertencendo a um universo muito mais vasto e rico, constituído por outros saberes e experiências que por vezes se situam fora do universo da clínica.

Não é fácil o caminho que leva ao respeito do "outro", enquanto não interiorizarmos que este "outro" é também cada um de "nós" e que a passagem do primeiro para o segundo depende por exemplo de momentos tão invulgares, e ao mesmo tempo tão possíveis, como o estalar de uma guerra. No campo da saúde, para que a competência cultural venha a ser implementada, é necessária a abertura à diversidade, através da adaptação do sistema de saúde, tornando-o mais humano, mais abrangente, através do diálogo com outros domínios do saber. É necessário também ultrapassar os determinantes que colocam o médico no topo da hierarquia, ao admitir-se que este também tem, como todos os outros, a sua própria cultura profissional que por vezes o confina e o isola não só em relação aos seus pacientes, mas também em relação aos outros profissionais de saúde. Qualquer isolamento em relação ao coletivo pode ser também fonte de angústia, neste caso, para o próprio prestador de cuidados.

Assim, ao alargar o campo da saúde a outros atores, através da constituição de equipas transdisciplinares que contribuem com outros saberes e outras metodologias, tomando em conta os próprios determinantes sociais e culturais que contribuem para o sofrimento e o bem-estar de cada pessoa, estaremos também a fazer da saúde um campo aberto à cidadania e, por conseguinte, mais respeitador dos direitos humanos.

### Notas

<sup>1</sup> A proveniência dos requerentes de asilo para datas correspondentes (os dados de proveniência equivalentes aos anos de 2000 e 2001 não se encontram disponíveis no site do CPR). As tabelas completas, separadas por ano e proveniência, podem também ser consultadas no site oficial do CPR, na página de "Estatísticas" ([http://www.refugiados.net/\\_novosite/estatisticas\\_popup.html](http://www.refugiados.net/_novosite/estatisticas_popup.html)).

### Bibliografia referenciada

- 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 (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](http://www.unhcr.org/statistics/Ref_1960_2009.zip)).
- BINDER, S. e J. Tošić (2005), "Refugees as a particular form of transnational migrations and social transformations: Socioanthropological and gender aspects", *Current Sociology*, 53 (4): 607-624.
- CONRAD, P. e J. Schneider (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Filadélfia, Temple University Press, 2.<sup>a</sup> ed.
- DAS, V. e A. Kleinman (2000), "Introduction", in Veena Das et al. (orgs.), *Violence and Subjectivity*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press, 1-18.
- EKBLAD, Solvig et al. (2007), "Interpersonal violence towards women", in Patricia Frye Walker e Elizabeth Day Barnett (orgs.), *Immigrant Medicine*, Saunders/Elsevier, 667-674.
- FARMER, P. (2001), *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley, University of California Press
- FARMER, P. (2004), "An Anthropology of structural violence: Sidney W. Mintz Lecture for 2001", *Current Anthropology*, 45 (3): 305-325.
- FREEDMAN, J. e B. Jamal (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.
- GOOD, B. (2004), *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, P. (2009), "Saúde, doença e cura em Moçambique", in E. Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa, ICS, 249-274.
- INDA, J. X. e R. Rosaldo (orgs.) (2002), *The Anthropology of Globalization: A Reader*, Oxford, Blackwell.
- INGLEBY, D. (org.) (2005), *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*, Nova Iorque, Springer.
- KLEINMAN, A. e P. Benson (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>).
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2000), *What's behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*, Amesterdão, Harwood Academic Publishers.
- MOLLICA, R. F. (2008-2009), "Global Mental Health – Trauma and Recovery", Massachusetts General Hospital/Harvard Program in Refugee Trauma, documentos de apoio ao curso. Inéditos.
- SANTINHO, M. C. (2011), *Contornos Políticos no Campo da Saúde – Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal*, Tese de Doutoramento em Antropologia Social, Lisboa, ISCTE-IUL.



# SUBJETIVIDADES CONFISCADAS: SILÊNCIOS E SILENCIAMENTOS NUM TERRENO ETNOGRÁFICO

Elsa Lechner

■ Investigadora, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (elsalechner@ces.uc.pt)

## Resumo

Partindo da análise do “encontro” entre uma paciente refugiada em Portugal, um médico psiquiatra e a própria autora, este texto reflete sobre o sentido dos silêncios e silenciamentos observados no terreno etnográfico da “Consulta do Migrante”. Postos em diálogo com a assimetria estrutural existente entre as posições sociais e saberes dos migrantes (neste caso uma refugiada indocumentada) e dos autóctones (centro de refúgio, médico, antropóloga), tais silêncios e silenciamentos levantam questões de fundo sobre o substrato histórico das relações entre sujeitos e saberes em contextos de dominação. O silêncio das subjetividades confiscadas dos “dominados” traduz o monólogo dos saberes inquestionáveis dos dominantes. Vislumbrando uma possibilidade de diálogo, ousamos aqui uma proposta não prescritiva, distante da inocência da interculturalidade como receita, e próxima da experiência da partilha tal como esta é proposta pela pesquisa biográfica.

**Palavras-chave:** silêncio, silenciamento, saberes hegemónicos, pesquisa biográfica, saberes de experiência

## Abstract

This paper draws from the analysis of an “encounter” between a refugee woman in Portugal, a psychiatrist and an anthropologist, in the context of a transcultural consultation for migrants. Facing the silences and silencing observed among the psychiatrist and the patient, the goal is to reflect upon the contents of incommensurability in intercultural communication within contexts of domination. In this case, domination is found in the monologue of the hegemonic psychiatric knowledge imposed under the form of a medical diagnosis indifferent to the patient’s behavior. Consequently, domination is reflected in the silences of the refugee woman. Through the form of miscommunication and pre-oriented interpretation (the medical diagnosis), actually, such incommensurability reveal the historical background of power relations between individuals in asymmetric social positions (the doctor, the refugee, the anthropologist). By imagining a possible eventual dialogue, this paper proposes a non prescriptive alternative for intercultural communication through a self-reflective detour about the role of social scientists as architects of civic epistemologies: the experience of sharing life stories or biographical accounts as suggested by biographical research.

**Keywords:** silence, silencing, hegemonic knowledge, biographical research, experiential knowledge

*A História é o privilégio de que nos devemos lembrar para não nos esquecermos de nós mesmos.*

Michel de Certeau

Este texto propõe-se refletir sobre o sentido dos silêncios e silenciamentos num terreno etnográfico a partir de um caso concreto na área do estudo das migrações. Entende-se aqui por silêncio um lugar de não enunciação dos sujeitos face a formas prevaletentes de poder. No terreno em causa, estas

formas de poder encontram-se nos dispositivos clínicos utilizados pelos médicos junto dos pacientes migrantes, que espelham, de forma mais geral, as relações de desigualdade estrutural entre migrantes, autóctones e o Estado.

O objetivo é analisar o silêncio neste terreno como uma forma de ação que levanta questões de fundo sobre o substrato histórico das relações entre sujeitos/saberes em contextos que chamamos de dominação. Nesse sentido, a não enunciação ou o

discurso confiscado dos migrantes pode servir de pré-texto para uma análise ancorada das ambivalências e contradições da interculturalidade institucional, como via de vislumbamento de um possível diálogo.

Partindo do caso de Fernanda<sup>1</sup>, é entendido o silêncio como reverso da medalha dos saberes hegemônicos inquestionáveis, e proposta a sua escuta atenta e refletida através dos instrumentos da pesquisa biográfica. A proposta trespassa a capacidade auto-reflexiva dos cientistas sociais.

### *Os silêncios de Fernanda. Ou o monólogo dos saberes inquestionáveis*

O contexto geral deste caso é significativo. Tratou-se do meu trabalho de campo na "Consulta de Psiquiatria Transcultural" em funcionamento para migrantes no Hospital Miguel Bombarda em Lisboa, de Julho de 2004 a Dezembro de 2007. Neste terreno realizei uma pesquisa sobre psicopatologia das migrações em contexto nacional, para a qual fui formalmente autorizada pela direção da Consulta e pelo Comité de Ética do hospital. A autorização contemplou a minha participação nas consultas entre psiquiatras ou psicoterapeutas e os migrantes; nas reuniões da equipa e o contacto direto com os pacientes. Pude assim presenciar os encontros terapêuticos entre clínicos e utentes, tendo também, quando solicitada pelos médicos, participado de viva voz nos diálogos entre eles/elas. Realizei diversas entrevistas com pacientes deste serviço com o intuito de conhecer as respetivas razões para recorrerem à consulta, os seus percursos migratórios e terapêuticos, bem como os idiomas de dor e resiliência suscetíveis de serem pronunciados, anunciados, ou revelados pelos próprios migrantes aos seus interlocutores (os técnicos de saúde de um lado, e a antropóloga, de outro) (Lechner, 2009a).

O contexto específico do caso que aqui nos ocupa foi o das consultas semanais entre Fernanda e um dos psiquiatras do grupo transcultural. Fernanda era uma sexagenária residente num centro de apoio a refugiados, de onde havia sido conduzida ao hospital. Saiu do país onde se encontrava em plena situação de guerra civil, nos anos 90, "com uma espingarda apontada ao pescoço", disse, e foi trazida para Portugal pela milícia portuguesa. Tinha vários filhos de diferentes pais, cada um residia num outro país, entre os EUA, a Itália e Portugal. Estes já se encontravam há mais tempo do que ela no estrangeiro e Fernanda já havia residido em casa de uma das filhas, na periferia de Lisboa. Foi por causa de desentendimentos com a filha e a neta que voltou para o lar de refugiados (hoje extinto).

Dona Fernanda foi levada à consulta por se queixar de mau relacionamento com colegas do centro de refúgio. Sentia-se também cansada e

confusa. Os responsáveis do Centro consideraram que precisava de ajuda especializada. Entretanto, tentavam eles ajudar com o processo de legalização e de realojamento familiar.

Os encontros com o psiquiatra foram vários. Ao longo de semanas, meses, Fernanda, o psiquiatra e eu reunimo-nos numa sala branca de hospital onde o não-dito falou mais do que o resto sobre os seus males. O silêncio disse tudo, mas não sozinho. Foi preciso ter em conta o espelho do saber e do estatuto do médico (e também meu) que certamente condicionaram o debitar das palavras usadas, bem como das que Fernanda não pronunciou. Fernanda tratava-nos aos dois por "Doutor" e "Doutora", respetivamente.

Atormentada pelos conflitos quotidianos e pelo conflito maior de que não quis falar – o da guerra que a trouxe a Portugal, D. Fernanda respondia com repetições pouco esclarecedoras ao médico psiquiatra. A cada consulta a história era a mesma. Perante as perguntas, as palavras e impossibilidade de dizer também se repetiam. Mas Fernanda insistia em ir falar com o Senhor Dr. Parecia que mantinha a ida às consultas por causa das receitas e da quebra que a viagem até Lisboa introduzia na rotina da sua vida quotidiana.

Estas são meras especulações, como se lê. Entre tudo o que Fernanda pôde dizer da sua história de vida, do seu percurso de migrante entre vários países africanos e como refugiada em Portugal, não registei nada que queira aqui desenvolver. Registei, isso sim, as suas sombras e um comentário do médico psiquiatra que agarro como ponto de partida para desenvolver o propósito analítico deste artigo:

O diagnóstico já estava feito. Fernanda sofria de uma psicose para quem o melhor tratamento, disse o médico, seria deixar intacto o edifício da sua vida de mais de sessenta anos que a poria em risco caso fosse tocado. Eu fiquei a conhecer o diagnóstico oficial quando num dia, ao regressar após uma ausência, Fernanda me abraçou e beijou sorrindo e referindo-se com manifesta satisfação à minha presença. Foi no final da consulta, depois de a paciente sair, que o médico comentou: "Ela deu-lhe um abraço. Essa relação ao corpo não é habitual num psicótico."

Façamos uma pausa por momentos neste texto.

Paremos para sentir a ressonância desta frase do médico psiquiatra nos nossos corpos e mentes de pessoas que se dedicam às Ciências Sociais e Humanas.

Estaria o psiquiatra a querer contradizer o seu próprio diagnóstico? Não.

Estaria ele a abrir a discussão à discussão? Também não.

O diagnóstico estava feito. Fernanda sofria de uma psicose apesar daquele abraço, dos beijos e do sorriso.

Para mim, esta pausa tem já todos estes anos. É verdade que logo ali, ao ouvir o que ouvi, sabia que um dia iria escrever sobre o assunto. Mas também é verdade que só agora o fiz. A ideia de "subjetividade de posteridade" sugerida por Walter Benjamin a propósito do trabalho de tradução aplica-se bem a este trabalho de interpretação dos gordos silêncios de Fernanda. Para ela, claro está, esses têm muito mais tempo.

Foi preciso deixar pousar o tempo do "encontro" entre Fernanda e o saber médico que ali a classificou, entre o mundo de Fernanda e o meu, para poder escrever sobre as histórias que se contaram no não contar desta mulher.

Estas projetam o espectro da memória longa do tempo colonial do Império Português, das relações (mesmo atuais) entre Portugal e o seu país de origem – como com o outro país africano onde viveu e trabalhou durante vários anos. Carregam ainda o peso das hegemonias – branca, europeia, científica, médica – sobre as experiências de vida de uma pessoa na posição de Fernanda (por mais pesadas que sejam elas também), e o peso da sua tradição cultural africana na sua condição de mulher. Tais histórias são o reflexo da diferença incomensurável que existe entre um/a cidadão/ã nacional ou estrangeiro, um/a documentado/a ou indocumentado/a, entre ser migrante ou autóctone, refugiada num centro de acolhimento ou médico num hospital do Estado, analfabeta ou representante de um saber hegemónico (seja a medicina, seja a academia). A única proximidade que existia entre nós era o facto de sermos os três seres humanos. Porque até a língua, sem sair da lusofonia, traduziu uma lusotopia com largas distâncias a percorrer.

A restituição deste silêncio é pois ética e política também. É um esforço que dá conta dos efeitos de ressonância do encontro com esta minha interlocutora *a posteriori* para pôr fim a uma "apropriação colonialista da palavra de outrem" (Pandolfo, 1997) e dar início a um projeto de compreensão de tão grandes diferenças em função das minhas possibilidades presentes de "cientista social".

Também a mim, que me apresentei e fui apresentada como antropóloga (que sou) e não médica, Dona Fernanda não quis contar a sua história. Pedi-lhe que me concedesse uma entrevista para falar do seu percurso migratório, mas, disse ela, a sua história era muito triste. Certamente a minha condição de investigadora, de branca e de portuguesa esteve a par com a sua condição de refugiada em Portugal para Fernanda não aceitar a minha proposta de entrevista. Afinal de contas, e mesmo antes delas, a possibilidade de diálogo entre nós estava comprometida à partida. Fernanda sabia mais do que eu sobre tal impossibilidade. Eu apenas acreditava que as minhas boas intenções e o facto

de compreendermos as nossas línguas respetivas bastavam para realizar a dita entrevista.

Foi preciso conhecer melhor o outro lado desta experiência, o lado de Fernanda, para compreender que o meu trabalho como investigadora sobre o seu caso naquele terreno – e depois como narradora das suas eventuais palavras – seria uma violência. A violência é feita pelos métodos científicos que produzem sentido catalogando e encaixando os silêncios num ambiente "climatizado". Recorro ao trabalho de Marlene NourbeSe Philip (1989, 2008) – poeta, escritora e jurista canadiana originária de Trinidad e Tobago – para refletir sobre as implicações mais vastas desta violência que pode ser "fazer ciência" e atribuir sentidos julgados universais aos testemunhos dos nossos interlocutores de terreno. Como não tomar em conta os sentidos – leia-se aqui os silêncios – atribuídos por Fernanda à sua experiência de vida na "sua relação com o médico e a antropóloga"?

Que sentido daria a minha interlocutora à sua experiência independentemente da relação com cada um dos seus interlocutores naquele contexto?

Poderia a sua história ser contada de outra forma que não pelo silêncio? "Silence was its own language that one could read, interpret, and even speak" (Philip, 1989).

Qual terá sido a triste história que Fernanda não contou?

Podemos nós, de tão longe, alguma vez saber? A resposta a esta pergunta é não, não podemos saber. Só podemos supor.

Devemos nós saber? Sim, devemos tentar saber. Mas apenas enquanto o nosso dever de saber resista à tentação de impor um sentido nosso-julgado-universal-porque-legitimado à experiência de Fernanda. Tarefa essa, reconheça-se, quase impossível, tendo em conta o carácter *situado* de qualquer interpretação, língua ou linguagem.

Sim, devemos saber, mas apenas enquanto o dever de saber aceite que podemos ficar sem saber e, logo, reconhecer que todo o saber é contextual, sempre já determinado pelo lugar onde estamos, de onde olhamos, a bagagem que temos, as pessoas que somos, o espaço e o tempo que habitamos. Esta premissa/conclusão é útil tanto ao trabalho dos psiquiatras como ao dos cientistas sociais, uma vez que nos permite reconhecer como o lugar de onde fazemos perguntas é outro, socialmente bem diferente do lugar dos nossos interlocutores. Como outra é a própria linguagem que utilizamos e que é por nós apropriada como raramente pode ser pelos nossos entrevistados. Uma terceira utilidade é a de reconhecer o carácter herdado dos cenários de interação no terreno, logo, a possibilidade de inventar alternativas com vista a um diálogo possível.

O exercício fronteiriço de tentar saber com os nossos meios o que estes mesmos (pela sua hege-

monia) impedem os outros de dizer remete-nos para outra dimensão do nosso *dever-saber*: o dever de memória. Para além da memória histórica dos contextos mais vastos relacionados com o colonialismo e pós-colonialismo já referidos, ou com a condição da mulher nas sociedades, a memória, sugerem autores como Michel de Certeau (1975) e Jacques Derrida (1995), é um arquivo privado da História coletiva. E aí, ela é material e cultural mesmo quando se apresenta obliterada pelo esquecimento ou pela fragmentação. O arquivo privado que cada um/a é usa o suporte tangível dos corpos que todo/as somos como fonte e registo à consagração, e apresenta-se sob a forma de *impressões*. Desta forma, por mais que não fale, por mais que não cante ou dance as suas impressões, cada corpo transporta os silêncios (sejam eles impostos, guardados, transportados mais ou menos voluntariamente) dessas mesmas impressões. Assim, um documento tangível do esquecimento ou obliteração pode ser encontrado nos silêncios dos nossos interlocutores. À margem da lei ou não contemplados por ela – como muitos imigrantes indocumentados –, o silêncio serve-lhes de passaporte para eventuais únicas possibilidades.

Não o esqueçamos nós, que estamos bem colocado/as para falar (talvez não tão bem para lembrar), que os silêncios, as amnésias e fragmentações são traços daquela memória que cumpre também uma função de luto: luto pelas palavras que não se conseguem dizer, luto pelas histórias que se não podem contar, luto pela amnésia de quem – tendo sido destituída da sua subjetividade – se torna alienada de si própria. São subjetividades invisíveis através do esquecimento ou do apagamento histórico. Estes devem ser reconhecidos, conhecidos e dados a conhecer na forma tangível dos silêncios escutados. Neste sentido, nomear os silêncios de Fernanda, reconhecer-lhes um corpo com contornos bem definidos, é uma forma de curar a amnésia individual e coletiva que lhes estava subjacente à partida. Tal como no trabalho de Marlene NourbeSe Philip sobre a restituição da memória e dignidade de vítimas do passado escravagista (2008), também aqui havia que contar o não contado de Fernanda. Ou seja, havia que fazer um testemunho que desse conta dos seus silêncios cheios de sentido.

Questão de língua e linguagens, então, igualmente. Das línguas que sabemos falar como língua materna ou estrangeira. Das linguagens nas quais, ao sermos versadas e versáteis, nos posicionamos do lado de quem pode falar. Das que, pelo contrário, ao não serem “dominadas” não permitem um posicionamento equivalente. De línguas que se confundem com a linguagem da subjetividade própria, ou não. Em resumo, da língua, linguagem e fala como poder e *poder-ser*, tanto na *polis* como para si própria à boa maneira ocidental (hiper)moderna em que vivemos (Lechner, 2009b).

O trabalho de restituição dos silêncios de Fernanda que aqui apresento, permite reconhecer a necessidade de nos livrarmos nas ciências sociais de cânones e regras “*climate-controlled*” que ignoram o incerto. Estas comprometem à partida o exercício de articulação do esquecimento, da amnésia, das subjetividades invisíveis que, nem por isso, deixam de existir ou dar-se a conhecer a quem esteja mais atento àquilo que desconhecíamos previamente ou que se não encaixa nos nossos pontos de referência.

Tal trabalho acompanha-se necessariamente do esforço paralelo de autorreflexividade por parte dos saberes que por serem hegemónicos tendem a monologar julgando mais do que conhecer. Aquém e além de uma aparente insignificância metodológica, a escuta do silêncio tal como a atenção à contradição entre o diagnóstico do médico e o comportamento do paciente constituem-se como tempos e lugares de produção substantiva. Na contradição entre os beijos e abraços de Fernanda e o diagnóstico de psicose, nomeadamente, estamos perante um silenciamento frequentemente reproduzido nas relações terapêuticas, como muitos técnicos de saúde o reconhecem: o poder do diagnóstico, provisório, afinal torna-se permanente e cola-se à pessoa do paciente, destituindo-a social e afetivamente. Assim, os silêncios e a atenção são também terrenos de ensinamento sobre a capacidade de aprender a contar as histórias que resistem a ser contadas. O desafio metodológico e técnico torna-se então igualmente um desafio epistemológico.

De facto, o saber que podemos produzir a partir dos silêncios de Fernanda – tanto no que diz respeito ao contexto histórico mais longínquo da relação entre Portugal e as ex-colónias, como ao contexto da história também colonial do quadro onde a conheci – a consulta de psiquiatria – (Beneduce, 1998), como ainda ao contexto situacional do “encontrão” com as instituições portuguesas, ou da sua história de mulher *ex rabidante*<sup>2</sup> refugiada em Portugal com filhos de diferentes pais em diferentes países – conduz-nos a uma conceção cívica do conhecimento que deveria servir para sair das amarras de como fazer entrevistas/análises “científicas”, e deixar emergir os sentidos outros, menos evidentes (aparentemente), das matérias que encontramos. O silêncio de Fernanda não pareceu ser uma forma de resistência no sentido consciente ou político de quem não quer falar podendo fazê-lo. Mais se assemelhava a uma resistência por força das opressões/violências várias que uma pessoa como Fernanda viveu ao longo da sua história pessoal, familiar, geracional, como mulher de um determinado contexto cultural que migrou para outro país africano sozinha e, mais tarde, se refugiou num país europeu de língua oficial “igual à sua”, o país ex-colonizador do seu.

O silêncio de Fernanda é comparável ao seu abraço e beijos que se não encaixam no diagnóstico

do médico psiquiatra: resiste a uma classificação mas nem por isso tem o poder de fazer questionar o saber de quem não precisa de o fazer, como o médico. Para que este saber hegemónico dos médicos, tal como o das ciências sociais estandardizadas, se questione é preciso desenvolver uma consciência histórica sobre as posições de poder dos seus representantes quotidianos (médicos e cientistas sociais), bem como uma (igualmente extraquotidiana) capacidade de nos sintonizarmos com os instrumentos de conhecimento que são os nossos próprios corpos, aquém e além do império da racionalidade macrocéfala, ou daquilo a que Derrida chamava de "dogmatismo do paternal *logos*" (2000). Este poder é também o poder de aniquilar os saberes outros e negar, com frequência, as vivências subjetivas... Por consequência, tomar consciência da nossa hegemonia e posição de poder requer rejeitar (re)produzir um saber que é destituído de corpo, separado dos corpos, como as psicoses que os psiquiatras diagnosticam nos seus pacientes!

#### *A pesquisa biográfica e a escuta dos saberes questionáveis*

Os silêncios de Fernanda, como os de todos os migrantes que podemos encontrar em vários terrenos, ensinam-nos mais sobre o que é uma entrevista e como nos posicionarmos nesse delicado trabalho de escuta para além das palavras do que todos os manuais que possamos ler sobre o assunto. É na esteira desta escuta sensível capaz de ouvir os silêncios e se tardar neles que se tem vindo a desenvolver trabalho teórico e prático sobre pesquisa biográfica, em geral, e oficinas biográficas, em particular. Nestas últimas, são justamente propostos exercícios de escuta, de escrita autobiográfica e de partilha, através dos quais cada participante pode fazer (quando quer e pode) a experiência da diferença entre uma escuta sensível e uma escuta sem pausas nem tempo para olhar/sentir as *ressonâncias*, as *impressões* no sentido acima referido.

As oficinas biográficas acrescentam à formação em pesquisa biográfica o facto de proporcionarem uma experiência de trabalho em grupo onde é posto a nu o carácter *situado* da escuta de cada participante (cada um interpreta à sua maneira os mesmos relatos) e das vivências relatadas (a diversidade é uma constante). Como numa *arbre à palabre* africana, onde cada membro do grupo olha do seu lugar do círculo a árvore que está no meio (e, logo, tem uma perspetiva única, diferente dos demais sobre a mesma árvore), também aqui cada participante faz a experiência da diversidade de leituras possíveis sobre o mesmo objeto de contemplação (cada relato lido em voz alta). Os exercícios propostos nas oficinas biográficas têm ainda a particularidade de permitir trocar impressões sobre as narrativas

autobiográficas dos colegas a partir da ressonância que aquelas provocam no corpo aqui entendido como um instrumento de trabalho. A escuta sensível traz para a dianteira do trabalho uma audição ancorada no corpo que cada um é (não o esqueçamos) – tanto investigadores como investigados – e treina uma vigilância metodológica contra a precipitação de julgamentos meramente cognitivos. O ato de conhecer ou tentar compreender a partir desta consciência corporal produz resultados substancialmente diferentes do ato de conhecimento assente numa cabeça isolada de tronco, membros ou entranhas.

Trazer esta especificidade técnica para o trabalho de investigação etnográfica ou de formação académica é uma ousadia. Para que tal aconteça, é preciso aceitar uma mudança de paradigma científico menos baseado na crença da objetividade dos objetos de estudo sociais, e mais seguro da natureza cambiante, instável, imprevisível desses mesmos objetos. Mas, sobretudo, é necessário partir das mudanças ocorridas ao longo do século XX na epistemologia das ciências sociais. De facto, foi então que se ultrapassou o quadro lógico-formal do modelo científico mecânico anterior, para se passar a sublinhar o potencial heurístico, o carácter subjetivo e histórico dos objetos sociais agora não mais separados dos sujeitos sociais que os protagonizam.

Neste contexto de produção, a pesquisa biográfica tem desempenhado um papel de fundo relevante, atestado pelo trabalho de autores como Franco Ferrarotti (1981, 1988), Daniel Bertaux (1976, 1981) e Kenneth Plummer (2001, 2003) na sociologia, Gaston Pineau (1996) e a Escola de Genebra na educação, ou, mais recentemente, Christine Delory-Momberger (2004, 2006, 2009) e Jeanne-Marie Rugira (2008) na antropologia e psicossociologia.

As duas últimas autoras são nomes de referência na investigação fundamental, por um lado, e investigação-ação, por outro, com e sobre histórias de vida, relatos biográficos, processos de biografização, oficinas biográficas, escuta sensível. No texto referenciado na bibliografia anexa, Jeanne-Marie Rugira questiona justamente o lugar da relação com o corpo e com a sensorialidade, no seio de processos de pesquisa e formação em ciências sociais. Rugira defende a ideia segundo a qual a relação com o corpo constitui um pilar incontestável dos processos de formação e de produção coletiva de sentido e de conhecimento. É essa relação que nos restitui a capacidade de aprender, de adaptar e de reagir para além de automatismos socialmente incorporados. Assim, desenvolver as competências percetivas e de atenção para aprender, compreender e agir torna-se inevitável no interior de um procedimento experiencial utilizado na pesquisa biográfica de inspiração fenomenológica.

Rugira cita Simone Weil a propósito da passagem da atenção à percepção: "A atenção extrema é o que constitui no Homem a faculdade criativa [...]. A quantidade de génio criativo de uma época é rigorosamente proporcional à sua quantidade de atenção extrema." Fazer investigação, formar ou intervir socialmente, para a autora, consiste em percorrer caminhos de novas possibilidades, de criação, que levam ao desvelar de sentidos através da aprendizagem da percepção, da reflexão, do diálogo e da compreensão de si, dos outros e do mundo. A maneira como cada um percebe o mundo determina e depende da experiência que tem dele. Por isso mesmo, é preciso aprender e formar-se a ver com V maiúsculo. Ou seja, é preciso não se contentar em avaliar ou examinar. É preciso aprender com a experiência e não só com o pensamento. É preciso ser "visionário da nossa atividade", suspender a ação sem atenção, tornarmo-nos responsáveis pelo enriquecimento das nossas percepções, denunciar a facilidade de nos contentarmos com representações grosseiras de nós mesmos, dos outros, dos mundos, deplorar a evidência das nossas incapacidades para melhorar a abordagem da experiência vivida, aprender a encarnar aquilo que sabemos ou queremos explicar. Melhor dizendo, explicar aquilo que conhecemos por experiência através da prática de *epoche*, enquanto prática e atitude, no centro dos processos de pesquisa, de aprendizagem e compreensão.

No entanto, Rugira também reconhece que a capacidade humana de explorar a própria experiência não é espontânea, sendo assim necessário cultivá-la, treiná-la, se não quisermos ficar pela rama. A sua proposta teórica e prática, que conheço diretamente como formanda<sup>3</sup>, torna-se tanto mais relevante quando conhecemos o percurso pessoal e teórico de Rugira. Não é insignificante na sua proposta o facto de ser originária do Ruanda, de aí ter vivenciado o genocídio, de se ter exilado no Canadá, de ter vivido longe dos filhos e do marido, e de ter lutado pela obtenção da nacionalidade canadiana. As experiências perturbadoras e traumatizantes que viveu, levaram-na a um contacto privilegiado com essa capacidade de aprender novas percepções de si, dos outros e do mundo, que só estiveram ao seu alcance porque já era uma militante educadora no seu país de origem. No exílio, a nova percepção de si foi questão de sobrevivência – conta no mesmo artigo. No presente, é questão de necessidade, diz:

"Aprendi a ficar em contacto com a experiência subjetiva, percebi-me a mim mesma como sujeito e constatei, com encantamento, que viver e descrever com precisão um gesto interior, que suspender a atividade cerebral ordinária, instaurava uma sensorialidade mais rica permitindo *tomar corpo*" (2008: 78, itálico meu).

Para Rugira, a autora sobrevivente de um genocídio, o corpo só pode estar no centro dos nossos projetos de investigação. Ele é condição *sine qua non* do nosso saber habitado, via de acesso a um *poder-ser* desde que seja falado, partilhado, dado a conhecer.

E aqui reencontramos Fernanda. A senhora que sobreviveu a outros exílios: no centro de acolhimento, na sua família, em si própria, no país que a recebeu como refugiada. Exilada de si, como tantas mulheres migrantes, que sofrem no corpo e na mente o que as palavras não chegam para dizer, o que as palavras mascaram na contradição de quererem dizer silêncios, obliterações, amnésias da História, que são coletivas e deixam os ecos de gritos de dor e aflição. Murmúrios, no final. Sopros de vento que a boca não diz. Reservas de música, para lá dos horrores do tempo batido pelos homens.

Entre a obediência caricata a modos de pensar e fazer incapazes de escutar além das palavras, ou a ousadia de escrever sobre os silêncios que fazem corpo, parece mais útil optar pela ousadia, já que os silêncios de facto se enunciam. Como nos diz NourbeSe Philip:

*When silence is  
Abdication of Word tongue... and lip  
Ashes of once in what was  
... Silence  
Song Word Speech  
Might I ... like Philomena ... sing  
Continue  
Over  
Into  
... pure utterance.*

Marlene NourbeSe Philip, 2008

## Notas

<sup>1</sup> Nome fictício.

<sup>2</sup> Rabidante (porque se mexe) é o agente de um tipo de comércio que a ciência económica trata displicentemente por "informal". E, no entanto, em Cabo Verde, este tipo de actividade constitui um eixo importante dos movimentos económicos e culturais transnacionais que perpassam este país insular de migrantes e que o ligam ao mundo. Formam-se, assim, redes em que os homens, mas sobretudo mulheres, exploram as margens por vezes silenciadas das hegemonias económicas e culturais que integram o nosso mundo globalizado de hoje. Marzia Grassi, ICS, 2003.

<sup>3</sup> *Atelier biographique*, Universidade de Paris 8, Junho de 2004.

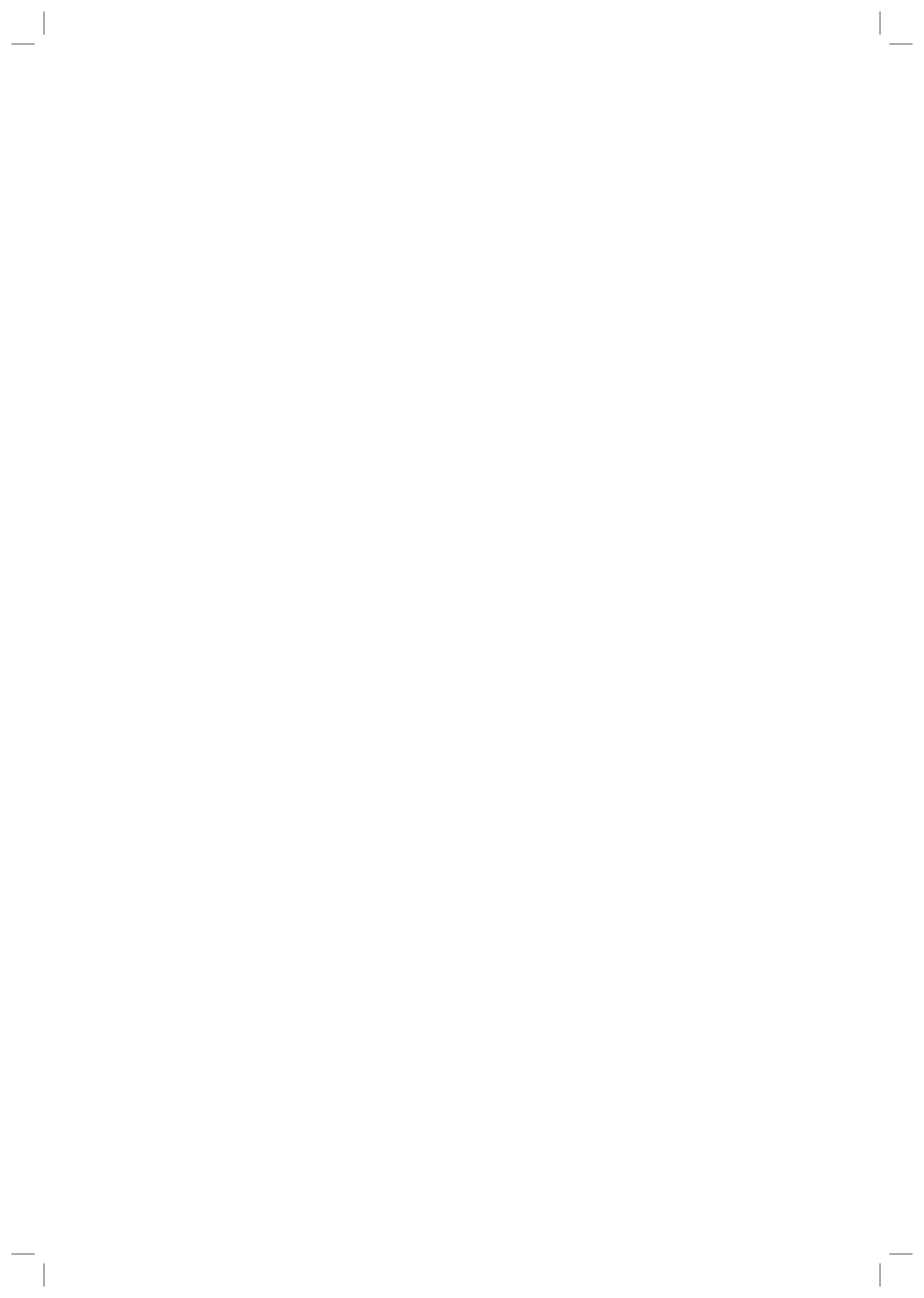
**Bibliografia**

- BENEDUCE, R. (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsiquiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Milão: Franco Angeli.
- BERTAUX, D. (1976), *Histoires de vie – ou récits de pratiques? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*, rapport du CORDES.
- BERTAUX, D. (1981), *Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences*, Londres e Beverly Hills, Sage publications.
- DE CERTEAU, M. (1975), *L'Écriture de l'Histoire*, Paris, Gallimard.
- DELORY-MOMBERGER, C. (2004), *Les Histoires de Vie: de l'invention de soi au projet de formation*, Paris, Anthropos, 2e éd.
- DELORY-MOMBERGER, C. (2006), «Les ateliers biographiques de projet», in *Educação e Pesquisa*, Vol 32 (2), São Paulo.
- DELORY-MOMBERGER, C. (2009), *La condition biographique: essais sur le récit de soi dans la modernité avancée*, Paris, Téraèdre.
- DERRIDA, J. (1995), *Mal d'Archive: une impression freudienne*, Paris, Galilée.
- DERRIDA, J. (2000), *Of hospitality*, Stanford, Stanford University Press.
- FERRAROTTI, F. (1981), «Epistemological and methodological issues – On the autonomy of the biographical method», in D. Bertaux (org.), *Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences*, Londres e Beverly Hills, Sage Publications.
- FERRAROTTI, F. (1988), «Sobre a autonomia do método biográfico», in A. Nóvoa e M. Finger (orgs.), *O Método (Auto)biográfico e a Formação*, Lisboa, Ministério da Saúde, 17-34.
- GRASSI, M. (2003), *Rabidantes*, Lisboa, ICS.
- LECHNER, E. (org.) (2009a), *Migração, saúde e diversidade cultural*, Lisboa, ICS.
- LECHNER, E. (2009b), *Histórias de Vida: olhares interdisciplinares*, Porto, Afrontamento.
- LECHNER, E. (2010), *Enfants de l'eau: la reconstruction de l'identité en situation d'immigration. Le cas des transmontanos en région parisienne*, Sarrenbruk, Éditions Universitaires Européennes.
- LECHNER, E. (2011), «La recherche biographique aujourd'hui: de science de l'incertitude à savoir ancrée», in *Le Sujet dans la Cité*, n.º 2, Paris.
- PANDOLFO, S. (1997), *Impasse of the Angels. Scenes from a Moroccan Space of Memory*, Chicago, University Press.
- PHILIP, M. N. (1989), *She tries her tongue: her silence softly breaks*, Charlotte Town, Ragweed Press.
- PHILIP, M. N. (2008), *Zong!* Middletown, CT, Wesleyan University Press.
- PINEAU, G. (1996), «Les histoires de vie comme art formateur de l'existence», in *Pratiques de formation*, n.º 31, pp. 65-80.
- PINEAU, G. (2006), «As histórias de vida como artes formadoras da existência», in E. Souza e M. H. Abrahão (Org.) *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*, Porto Alegre, Edipucrs.
- PLUMMER, K. (2001), "The call for life stories in ethnographic research", in *Handbook of ethnography*, edited by Paul Atkinson and al., Londres, Sage.
- PLUMMER, K. (2003), «Intimate citizenship and the culture of sexual story telling», in J. Weeks, J. Holland, M. Waites (Org.), *Sexualites and society. A reader*, Cambridge, Polity Press.
- RUGIRA, J.-M. (2008), "A relação com o corpo e com a sensorialidade na história de vida: por uma abordagem somatopedagógica", in Maria da Conceição Passeggi (org.), *Tendências da pesquisa (auto)biográfica*, São Paulo, Paulus.
- VILELA, E. (2010), *Silêncios Tangíveis: corpo, resistência e testemunho nos espaços contemporâneos de abandono*, Porto, Afrontamento.



*Outros Textos*

---



# DAS COMPETÊNCIAS CRÍTICAS DOS MÉDICOS: ILUSTRAÇÕES ORIUNDAS DA MEDICINA PALIATIVA

Alexandre Cotovio Martins

■ Escola Superior de Educação de Portalegre – CesNova-UNL – Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre (alxmiguelc@gmail.com)

## Resumo

Discutem-se neste artigo tomadas de posição de médicos de cuidados paliativos a exercerem medicina em hospitais de Portugal Continental, a propósito da sua defesa pública deste tipo de cuidados. O foco da análise centra-se no processo de tradução pública do sentido moral que constroem na sua atividade profissional quotidiana e na exemplificação, concomitante, das suas competências críticas, enquanto atores socialmente competentes.

**Palavras-chave:** medicina paliativa, crítica, público

## Abstract

This article discusses the stances held in public by palliative care physicians which practice their professional activity in hospitals of mainland Portugal, in relation to their defense of this type of care. The analysis is focused upon the process of public translation of the moral sense which these doctors build in their daily professional activity and in the simultaneous exemplification of their critical competences, which they possess as socially competent actors.

**Keywords:** palliative medicine, critique, public

«Os médicos e todas as equipas na era moderna não estão muito habituados a lidar [com] a morte. Nós temos que ter sucesso em tudo. Nós temos que vencer tudo. Nós temos que tratar tudo. Curar tudo. Nas nossas faculdades ninguém nos falava que o doente não ia curar-se e que ia morrer.»

Excerto de entrevista (médica de cuidados paliativos)

## Apresentação

Este artigo apresenta alguns resultados parciais e oriundos de um processo de investigação conducente a doutoramento, o qual visou estudar o trabalho dos médicos através do quadro teórico usualmente designado sob a expressão genérica de *sociologia pragmática*. O texto orienta-se, mais especificamente, para o estudo sociológico da crítica realizada pelos atores sociais, a que esta abordagem geralmente se dedica.

Nesta ótica, procura-se, em última instância, ilustrar a forma como os médicos demonstram as

suas competências críticas no quadro de uma atividade de denúncia, que é igualmente uma atividade de construção de um coletivo no seio da medicina portuguesa. De um ponto de vista mais imediato, o escrito debruça-se sobre os processos pelos quais os médicos dos cuidados paliativos executam uma *explicitação pública* do seu sentido moral ordinário no trabalho de cuidados, consubstanciada na passagem a uma modalidade de ação crítica, de denúncia, a qual é dirigida àquilo que consideram ser os «excessos» de uma medicina de cariz tecnológico, consolidada numa ação em regime de plano num mundo *industrial*<sup>1</sup> (Cf. Boltanski e Thévenot, 1991; Martins, 2010). Este *trabalho crítico* desenvolvido pelos médicos é apreendido sob uma dupla perspectiva: i) enquanto trabalho de *revelação pública do sentido moral* destes médicos, de *translação* desse sentido moral para um regime de ação mais geral, sentido moral que é primariamente desenvolvido no seio da sua atividade quotidiana; e ii) enquanto *modo de enquadramento e definição* de um coletivo crítico no seio da medicina portuguesa.

Os dados aqui expostos foram extraídos de um *corpus* documental diversificado, do qual se salientam as seguintes fontes: obras diversas, escritas por médicos, sobre o trabalho médico, mormente em contexto de palição; várias dissertações de mestrado em cuidados paliativos, defendidas por profissionais de medicina nas Faculdades de Medicina portuguesas; observação direta nos hospitais; e um conjunto de dezoito entrevistas em profundidade realizadas a médicos que trabalham em cuidados paliativos em Portugal (num universo de vinte e oito médicos a exercerem esta função no país<sup>2</sup>, segundo dados da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos).

### *Para uma sociologia dos cuidados médicos paliativos: uma abordagem pragmática*

#### Regimes de ação: entre o próximo e o público

O conceito fundamental a partir do qual procuramos sustentar a construção de uma abordagem sociológica sobre o nosso objeto empírico é o de *ação*. Mais precisamente, utilizamos um conceito de ação na aceção desenvolvida no quadro da *sociologia pragmática* (Thévenot, 2006). Devemos, assim, entender a ação a partir das modalidades pelas quais a(s) pessoa(s) se *envolve(m)* na ação e também das formas como, neste envolvimento, se *coordena(m)* com os outros e consigo própria(s). A estas diferentes modalidades de envolvimento chamaremos de *regimes de envolvimento na ação*. Cada diferente regime de envolvimento na ação é convocado pela pessoa, em situação, justamente em função do *juízo* realizado por si acerca dessa mesma situação. Tal juízo, interpretativo ou outro, implica a seleção e organização de elementos da situação por parte da pessoa, que o faz segundo diferentes figurações da ação, coordenando (de si para si, de si para os outros e de si para o mundo) a sua conduta em consequência deste processo. Deste modo, a pessoa efetiva aquilo a que se pode chamar de uma *ação que convém*, no sentido preciso em que resulta de uma avaliação ou de um juízo situado.

Esta *conveniência* pode distribuir-se por diferentes domínios e níveis, passíveis de classificação analítica. Podemos distinguir diferentes regimes de envolvimento na ação em função de um eixo analítico que vai do particular ao geral, das conveniências locais e familiares às convenções coletivas próprias do espaço público. Deste modo, uma classificação dos regimes de envolvimento na ação pode dividi-los em: i) *regime de ação familiar*, centrado numa ação em registo de proximidade, localizada, cumprida a partir de um processo com uma espessura temporal específica e em que a pessoa age a partir de uma longa familiarização dinâmica com as pessoas e objetos envolvidos na sua ação. É um regime de

acomodação mútua da pessoa e do seu ambiente direto. O grau de generalização aqui é mínimo, ao ponto de mesmo a *língua* nem sempre trazer aqui pregnância significativa (por demasiado geral: o copo que eu seguro pode, neste regime, deter para mim um sentido que a expressão genérica “copo” não permite expressar) – o que, aliás, constitui, noutra ótica, problema metodológico interessante; ii) um *regime de ação em plano*, orientado de forma mais “estratégica” e em que o envolvimento na ação é *funcional* por referência a determinados propósitos; iii) um *regime de ação público*, no qual a ação é orientada por convenções de grande alcance cognitivo e moral socialmente difundidas e que visam *qualificar* os seres e ações envolvidos num determinado processo de ação ou numa situação determinada. O grau de generalização aqui é máximo e os constrangimentos impostos à ação pelas diferentes ordens convencionais que especificam a ação são muito fortes.

Procedendo inversamente, podemos procurar averiguar o grau de *penetração* dos regimes menos gerais e mais localizados pelas convenções típicas do regime público. Antes de mais importa, contudo, ter presente que o regime público é todo ele percorrido, nas sociedades modernas, por diferentes *ordens de convenções*, que configuram outros tantos quadros de referência cognitiva e moral e permitem a qualificação dos seres (humanos ou não humanos) e ações. Tais ordens de convenções podem nomear-se de *Cités* (Boltanski & Thévenot, 1991), no sentido em que são grandes construções convencionais que permitem a apreciação e a modulação da formação do laço social e político e especificam, cada uma delas, uma expressão particular do *bem comum* da comunidade. Tais formas de bem comum organizam-se a partir de diferentes *princípios superiores comuns*. Assim, a título de exemplo, uma ordem convencional *industrial* tem como princípio superior comum a *eficácia*, da mesma forma que uma ordem convencional *mercantil* a *concorrência*, e assim sucessivamente. Existe toda uma axiomática das *Cités* (cujo número é limitado) que não importa desenvolver aqui.

Mas averiguávamos do grau de penetração dos regimes de envolvimento na ação mais particulares pelos regimes mais gerais, designadamente através das respetivas gramáticas convencionais socialmente disponíveis. O regime público é, todo ele, dissemos, cursado por estas *Cités*. Por outro lado, elas consolidam-se historicamente em diferentes *mundos* ou *naturezas*. Tais mundos ou naturezas são conjuntos organizados de dispositivos que, inspirados naquelas diferentes ordens convencionais, são utilizados pelas pessoas para avaliarem a sua *grandeza* específica e a dos outros (isto é, estamos no domínio por excelência do *reconhecimento*, mas também da legitimidade). São repertórios de objetos (materiais e imateriais) e pessoas, quali-

ficados ou qualificáveis, por exemplo no seio de uma disputa enquadrada por uma determinada ordem de convenções. Pois bem, fora das situações públicas, nas quais existe um forte imperativo de escrutínio das qualificações das pessoas e objetos, estes mundos consolidados são o ambiente normal da vida quotidiana das pessoas, quando agem num regime de plano.

Assim, a título ilustrativo, num mundo industrial, a ação "normal", isto é, em plano, de um médico é levada a cabo tendo em vista um princípio de eficácia e produtividade nos seus atos, num ambiente espacial e temporal, todo ele (ou maioritariamente, para ser rigoroso) constituído no mesmo sentido: são as máquinas de diagnóstico e terapêutica, como os corredores descoloridos ou uma hierarquia bem oleada em torno da *competência técnica* do médico, assim como uma conceção e organização homogêneas, progressivas e lineares do tempo.

No regime de plano, todavia, as exigências axiomáticas das ordens de convenções não são tão fortes como no regime público (porque há menores exigências de generalidade) e, por outro lado, a ação dá-se em ambientes em que os dispositivos (materiais ou imateriais) existentes e (re)conhecidos pelas pessoas já incorporam, também, os compromissos entre diferentes ordens convencionais realizados anteriormente, quer na esfera pública, quer na ação em plano. Um exemplo claro disto é a existência de um compromisso *cívico-industrial* (portanto, entre uma *Cité* e um mundo industrial e uma *Cité* e um mundo cívico) no domínio da saúde, paradigmaticamente consolidado na área da saúde pública, em que as exigências dos coletivos sociais se harmonizam, sob a égide do Estado, com as exigências de *eficácia no tratamento da doença* característica de uma medicina centrada nas *ciências fundamentais*. Este compromisso é apreensível em objetos e ações diversas.

Finalmente, o regime familiar, em função do seu particularismo, é escassamente ou mesmo nada penetrado pelas diferentes ordens convencionais ou pelos seus dispositivos consolidados. Podendo mesmo tratar-se dos mesmos objetos, a dinâmica do envolvimento face aos mesmos é outra, particularista, localizada, dir-se-ia mesmo *personalizada* (no sentido forte do termo, não no sentido quase *clientelar* hoje tanto em voga). O regime familiar é, pois, um regime de proximidade, de personalização, de *hospitalidade*, também, uma vez que o bem nele envolvido é o *conforto*, o bem-estar.

### *Experiência da singularidade e ativação da denúncia: médicos críticos da medicina (industrial)*

#### A defesa da medicina orientada para a singularidade

Pudemos constatar, em estudo anterior (Martins, 2010), que os médicos de cuidados paliativos em Portugal Continental desenvolvem, presentemente, um esforço de *afirmação da diferença* da medicina paliativa face a outras modalidades de medicina, com especial relevo para a medicina orientada para o combate à doença e a promoção da cura, que designámos, então, como medicina constituída no seio de um compromisso cívico-industrial.

Os argumentos dos médicos que trabalham em medicina paliativa para *distinguirem* a mesma de uma medicina curativa mais centrada na eficácia do ato médico e, frequentemente, consolidada no seio de um compromisso cívico-industrial, são argumentos que procuram recuperar os aspetos que classificam de *humanos* da relação entre médicos – e restante equipa de saúde – e os doentes. Esta é uma dimensão central do discurso destes médicos e da sua atuação profissional, nos termos daquilo que dela explicitam quando solicitados a fazê-lo. Esta nativamente designada *dimensão humana* da ação médica nos cuidados paliativos centra-se muito fortemente naquilo que os médicos consideram ser uma especial atenção e solicitude médica face ao doente, atenção e solicitude que, entendem, devem expandir-se muito para além daquilo que são os aspetos mais fortemente *objetivos* e eficazes, do ponto de vista diagnóstico e terapêutico, de uma ação médica curativa e orientada para a eficácia do ato médico na luta contra a doença. Tal operação de "extensão" do ato médico inclui no mesmo aquilo que podemos denominar como um *regime de ação familiar* ou de *ação em proximidade* (Cf. Thévenot, 2006), ativado por estes médicos no sentido de promover, na sua ótica, o *conforto* e o *bem-estar* do doente terminal e sua família, num quadro de estreita e próxima atenção ao doente e, assim, minorar o mais possível o seu sofrimento.

Observar o doente, interagir com ele de forma a conseguir interpretar com segurança aquela que é a dimensão do seu sofrimento e os domínios em que este se repercute tem necessariamente, segundo estes médicos, de implicar uma abordagem clínica fortemente diferenciada daquela que é típica de um trabalho numa ordem convencional altamente racionalizada e protocolarizada como a de uma medicina "convencional". Nestes termos, a clínica dos cuidados paliativos é encarada pelos profissionais como uma clínica orientada para abordagens *qualitativas*, narrativas, fenomenológicas. Aqui, o médico é muitas vezes visto pelos proponentes de uma abordagem

de cuidados paliativos como um *parceiro* do doente no processo de confeção, de construção de sentido sobre esta experiência a partir de todo o percurso da sua vida que este tendencialmente irá considerar.

#### A centralidade das controvérsias no enquadramento coletivo da ação

Este quadro de representação e ação, que caracteriza a medicina paliativa e, afinal, o sentido moral dos médicos de cuidados paliativos entrevistados, tem vindo a ser trazido à discussão pública, nomeadamente pelos profissionais que trabalham na área. De entre os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos, os médicos desempenham um papel preponderante na divulgação dos aspetos mais fundamentais deste mesmo quadro (Resende, 2006). Efetivamente, os médicos têm vindo, ao longo dos últimos quinze anos, a trazer ao espaço público a temática dos cuidados paliativos, no sentido de «a sociedade» se aperceber daquilo que consideram ser as necessidades específicas destes doentes e a especificidade da abordagem de cuidados de final de vida. O trabalho de exposição pública dos cuidados paliativos realizado por estes médicos tende a centrar-se no valor da atenuação do sofrimento por contraposição ao valor, característico de uma medicina industrial, da preservação da vida a todo o custo (cfr. *idem*).

Ora, procurar analisar sociologicamente o trabalho de tradução pública dos temas e problemas que constituem um coletivo e a forma como as controvérsias geradas no espaço público contribuem para reforçar esse coletivo – no caso, os médicos ligados diretamente à medicina paliativa – implica a compreensão das condições de ação nas sociedades modernas<sup>3</sup>. Para tanto, é adequado trabalhar o contributo de autores que recentemente atualizaram e aperfeiçoaram, se assim podemos dizer, o conceito de ação social sem, no entanto, deixarem cair três aspetos fundamentais dessa mesma ação que já Max Weber tinha, de forma mais sublinhada nuns casos que noutros, vincado.

Os aspetos de que falamos são os seguintes: i) o caráter *significativo* da ação social, aspeto central na sociologia weberiana; ii) a importância da representação da legitimidade da *ordem* social na qual os indivíduos participam para a sua atividade social e o facto de estes recorrerem a princípios ou «máximas» para justificarem a sua ação; iii) a abertura à análise da *pluralidade* de formas de ação, coexistentes num mesmo indivíduo, de que Weber se aproximou, designadamente quando explicitou a sua célebre tipologia da ação social.

Um primeiro aspeto axial para a análise das modalidades pelas quais os coletivos se organizam a partir da geração de controvérsias é o caráter significativo da respetiva ação. Como afirma David

Snow, a análise dos quadros de ação coletiva e sua importância na estruturação de coletivos implica a interpretação do *sentido* dado pelos indivíduos neles participantes à sua ação (Snow, 2001). Existe, nesta atividade de enquadramento, que é uma atividade de atribuição e construção social de sentido, uma dimensão *retórica*, porquanto os participantes num esforço de construção de um coletivo, por exemplo, um *público*, organizam um trabalho permanente de convocação e/ou construção de significados que sejam capazes de produzir efeitos sociais relevantes para o movimento no qual se sentem participantes.

Em segundo lugar, esta atividade, ou este trabalho sobre o sentido, refere-se à representação de *ordens legítimas*, porquanto os atores sociais, enquanto seres socialmente competentes numa sociedade determinada, organizam a sua ação de construção de coletivos a partir de gramáticas sociais e políticas socialmente disponíveis que *justificam* o seu ponto de vista e a sua ação. Ou seja, os atores sociais recorrem a princípios de justificação da sua ação e da sua visão sobre um determinado objeto que conferem o caráter de *ordem* (no sentido de Weber) ao conteúdo significativo das suas relações sociais. Tal implica que o enquadramento público da ação coletiva tem de se *conformar* amplamente à expressão através de *gramáticas* (cfr. Boltanski e Thévenot, 1991) do laço social e político amplamente difundidas socialmente no contexto da modernidade. Este é um trabalho de “subida em generalidade” que fornece um largo alcance cognitivo e moral às reivindicações particulares (mas não necessariamente particularistas) de grupos específicos (Barbot, 2001).

Interessante é notar que esta convocação estratégica de gramáticas justificativas, visando a atribuição de sentido à ação e a legitimação de uma determinada representação ordenada e ordenadora, no quadro da qual essa ação decorre, se organiza frequentemente em torno de controvérsias ou “problemas sociais”. Estas controvérsias ou problemas são, por sua vez, estruturantes na definição dos grupos, na medida em que estes tendem a fazer-se, enquanto coletivos com um certo grau de mobilização, em função das tomadas de posição, mais ou menos públicas, que os diferentes intervenientes assumem face a essas controvérsias.

Podemos, por outro lado, encarar estas controvérsias como *operações de dramatização* e organização retórica, em resumo, de *codificação ou recodificação pública* do significado produzido ao nível de regimes mais localizados de ação. Este trabalho de codificação é assim, também, um trabalho de produção da *crença na legitimidade da ordem* (ou ordens) ou na *legitimidade da contestação da ordem* na qual os seus intervenientes (os médicos) participam ou não e com a qual se identificam ou não.

O terceiro aspeto importante a salientar é que, no trabalho de mobilização retórica de gramáticas

justificativas, os atores sociais convocam *diferentes ordens* de legitimação e, portanto, justificação das suas tomadas de posição. Ou seja, o debate não se resume necessariamente à produção discursiva e à mobilização social no quadro de uma mesma ordem justificativa, antes pode decorrer em diferentes ordens. Assim, o trabalho retórico de enquadramento é um trabalho *plural*, no sentido em que recorre amiúde a diferentes ordenamentos justificativos para realizar processos de configuração e reconfiguração de campos, grupos e situações. O trabalho de *transição* entre diferentes ordens de convenções (gramáticas) em sucessivas situações, mas também de *negociação* e *compromisso* entre elementos convencionais oriundos de diferentes ordens e regimes de ação, apenas pode ser levado a cabo, por sua vez, por atores *socialmente competentes* e com competências cognitivas e morais particularmente desenvolvidas (Boltanski, 1990).

#### *Dimensões da crítica (I): morte natural e crítica doméstica ao mundo industrial*

Podemos nesta fase ter presente que muita da crítica<sup>4</sup> ao estabelecimento da medicina iátrica, em condições de modernidade e construída no seio de uma ordem convencional industrial, tem sido sucessivamente desarmada pelos sucessos daquilo que é uma ação médica altamente racionalizada, tecnicizada e orientada para a eficácia, preventiva ou terapêutica. Não obstante, com o surgimento dos cuidados paliativos, pode observar-se a emergência de um conjunto de críticas e denúncias feitas a esta modalidade de medicina, críticas estas assentes numa ordem convencional não industrial. Tais críticas e denúncias centram-se na questão do *sofrimento* dos doentes e, especialmente, no sofrimento causado, advoga-se, pela própria medicina. Ora a medicina, enquanto referida a uma ordem industrial<sup>5</sup> no seio daquilo que podemos designar de um compromisso entre uma ordem industrial e uma ordem cívica, é geralmente criticada por aqueles médicos por tender, entende-se, a apreender as pessoas e, mais particularmente, as pessoas doentes, sob uma modalidade percetiva e avaliativa *categorial* que é pouco sensível aos particularismos da situação específica de cada um. A crítica dirige-se assim a uma forma de julgamento e correlativo envolvimento na ação que se entende poder depreciar as dimensões subjetivas e sobretudo não objetiváveis do *sofrimento* dos doentes, que poderão não ser reconhecidas como passíveis de receberem a atenção e o cuidado médico (cfr. Martins, 2010).

Ora, para os médicos críticos entrevistados, o sofrimento dos doentes tende a ser tanto maior quanto, consideram, esta modalidade de medicina se inclina, de certa maneira, a *recalcar*, ou pelo menos esquecer, a questão da morte e da assistên-

cia médica em final de vida. Naquilo que os médicos críticos consideram ser os excessos causados por um certo fervor na busca de meios sempre mais eficazes de luta contra a doença, perde-se até certo ponto, argumentam, a especificidade do ato médico dirigido a doentes que já não podem ser curados. Um médico não deve, de acordo com os médicos auscultados, ser apenas alguém que utiliza atos eficazes no combate à doença; tem de ser sempre, antes de qualquer outra coisa, alguém capaz de *cuidar* e de *aliviar o sofrimento* dos seus doentes:

O médico não pode só pensar resolver aquele problema que o doente trouxe, pôr tudo para trás e olhar só para ali. Não querer saber do resto. É muito bonito, as pessoas irem para os congressos dizer que veem o doente como um todo, etc., e depois, na prática, não fazem nada. Essa prática tem que ser alterada. Para se ser verdadeiramente médico, não se pode ser curador de doenças. Tem que se ser tratador de pessoas. Para se ser verdadeiramente médico, tem que se saber tratar de pessoas e as pessoas são um todo. São um todo, com o seu sofrimento. Com os seus problemas físico-sociais [excerto de entrevista a médico de cuidados paliativos].

Este é o *locus* visado pela crítica: o não reconhecimento das dimensões extrínsecas a uma medicina curativa. Mas, identificado o mesmo, que podemos dizer quanto aos argumentos justificativos da própria crítica convocadas por estes atores? Quanto a este ponto, constatamos que uma característica fundamental da crítica dirigida pelos médicos dos cuidados paliativos à medicina industrial é a utilização de uma argumentação assente numa *natureza doméstica*<sup>6</sup>. Com efeito, o discurso dos médicos defensores de uma abordagem de cuidados paliativos incorpora uma interpretação do final de vida largamente ancorada numa representação *naturalizada* da morte. Ora, segundo Boltanski e Thévenot, um dos principais móveis da crítica doméstica ao mundo industrial tem que ver com a recusa, ao menos parcial, da aplicação de técnicas produtivistas que tentam controlar certos ritmos e formas *naturais*, integrando-os num esquema produtivo que lhes retira, argumenta-se, qualidade. Esta crítica centra-se frequentemente na argumentação construída contra uma visão, denunciada como tecnicista, que procura ser eficaz face a um determinado objetivo, quando o seu principal efeito é, de acordo com esta interpretação doméstica, a rutura de certos equilíbrios naturais e a degradação da qualidade daquilo que provém da natureza doméstica.

Este quadro normativo é particularmente saliente nas afirmações produzidas por uma médica

de cuidados paliativos numa sua publicação acerca desta temática (Neto et al., 2004):

A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças e a sofisticação dos meios associados a essa luta levaram, de algum modo, a uma cultura de “negação da morte”, de “triumfalismo heróico sobre a mesma”, de “ilusão de pleno controlo sobre a doença”, relegando para segundo plano as intervenções na saúde que, longe de garantir a cura, garantissem e promovessem um final de vida condigno. A morte passou a ser negada e encarada como “derrota” por muitos profissionais de saúde, como falhanço e frustração, e o treino dos profissionais sofreu, de algum modo, uma desumanização, com menor enfoque nas questões em torno da “não-cura”.

#### *Dimensões da crítica (II): a crítica à formação médica dominante*

As considerações precedentes permitem-nos dar conta da existência de uma *crítica* realizada por médicos defensores dos cuidados paliativos a uma medicina designada de “triumfalista” e encarada como excessivamente confiante nos seus próprios poderes e progressos, “desumanizada” (cfr. Neto et al., *op.cit.*). Esta crítica radica na denúncia daquilo que estes médicos dizem ser o sofrimento dos doentes terminais a cargo de colegas seus formados e treinados numa clínica orientada para a doença.

Os médicos críticos denunciam o sofrimento nos termos observados por Boltanski (Boltanski, 2007), procurando um *perseguidor*, alguém que induza ou produza o sofrimento que se denuncia. Analisando o discurso destes médicos críticos a partir desta noção, verifica-se que a figura do perseguidor é incarnada pelos seus colegas mais rotinizados numa medicina curativa ou preventiva, orientada para a luta contra a doença, que entendem possuir uma formação saída das faculdades de medicina que julgam ser demasiado “técnica” e demasiado *pouco* “humana”.

Por outro lado, esta crítica chega, muitas vezes, a fundar-se, como também é observado por Boltanski nas suas análises sobre a exposição pública do sofrimento, numa *teoria da dominação* (cfr. *idem*). É o “modelo biomédico”, a “cultura dominante” ou a “modernidade desumanizante” que configuram por vezes, no entender destes médicos, dispositivos sociais, económicos, políticos e sobretudo *médicos* que redundam no sofrimento dos dependentes e na ignorância ativa dos aspetos mais subjetivos e singulares da pessoa doente. Como se vê, trata-se aqui da denúncia daquilo que se ajuíza ser uma espécie de *sistema de dominação* que é, no fundo, a medicina organizada num mundo cívico-industrial, captada a partir de uma ótica crítica.

Assim, muito embora a discussão em torno da *natureza da morte* e da concomitante especificidade dos cuidados a doentes terminais seja um dos motivos geradores de controvérsia no domínio da medicina paliativa, a crítica doméstica ao mundo industrial na medicina dirige-se, sob este quadro genérico, a outras dimensões desta atividade.

Um aspeto forte da denúncia é o referido problema da *formação dos médicos* de acordo com uma ordem convencional industrial. Na verdade, os médicos – e outros profissionais – ligados aos cuidados paliativos tendem, de acordo quer com os documentos analisados<sup>8</sup>, quer com as entrevistas, a criticar a formação médica que classificam de “tradicional” ou “clássica”, isto é, aquela que hoje em dia entendem ser regularmente oferecida nas faculdades de Medicina. Segundo estes médicos, a formação *dominante* nas faculdades e institutos médicos é uma formação fortemente orientada para a cura e a eficácia na prevenção e no combate à doença. Esta formação, dirigida sobretudo a doentes sem episódios de perda maior e irreversível de autonomia e independência, não prepara, argumentam, os médicos para o trabalho com doentes crónicos ou terminais.

Eu penso que [estes problemas] resulta[m] da formação das pessoas. Da história da medicina recente, com a história do desenvolvimento tecnológico, sobretudo. E cometeu uma evolução grande, mas não se aplica a toda a gente, em todas as fases de doenças. Então, aquilo que as pessoas são ensinadas nas faculdades é a curar, curar a vida, sobretudo em relação a esses aspetos tecnológicos, e quando estes deixam de ser úteis, então passa-se a bola para outro sector, digamos assim, quando existe, em que se pensa não só no curar, até porque já não se pensa no curar, porque já não é possível, mas no cuidar [entrevista a médico de cuidados paliativos].

Os profissionais ligados aos cuidados paliativos consideram o problema da formação médica atual como um dos principais obstáculos ao desenvolvimento de cuidados “de qualidade” aos doentes terminais, quer porque – afirmam – os médicos não saem das suas formações com competências ou sequer sensibilizados para este problema, quer ainda porque, em função desta sua alegada falta de preparação, as soluções encontradas pecam frequentemente por serem relativamente aleatórias, dependentes da vontade e das opções de cada médico e das possibilidades concretas de prestação de cuidados relativamente específicos aos doentes terminais num ambiente que geralmente não foi concebido para o efeito, que é o hospital.

### *Dimensões da crítica (III): a crítica às formas de engrandecimento médico num mundo industrial*

A acima referenciada sistematização crítica tende a alargar-se para lá dos aspetos da mera formação médica, indo igualmente incidir na hierarquização das especialidades médicas e nos respetivos critérios *meritocráticos* (típicos de uma ordem convencional industrial). Numa medicina organizada no seio de um mundo industrial, as especialidades mais valorizadas são aquelas que apresentam mais *resultados*, isto é, que são capazes de *curar*, de otimizar, racionalizar a prática médica e que se baseiam fundamentalmente na *competência técnica* dos profissionais respetivos, ela própria assente num domínio clínico das técnicas médicas assentes nas *ciências fundamentais*.

Na representação crítica partilhada pelos médicos da medicina paliativa e dirigida a este tipo de perspetiva e de ação, a associação entre *saber* e *poder* médico nas organizações de saúde, nomeadamente hospitalares, onde se concentra o trabalho da maioria das especialidades médicas, ganha o seu sentido pleno; num mundo médico em que aquilo que se valoriza é a competência técnica e a sua eficácia, o saber especializado tem todas as condições para afirmar a legitimidade do seu poder organizacional, entende-se. Assim, surgem nas entrevistas mas também em livros e publicações médicas, bem como teses de mestrado de médicos, críticas muito próximas das realizadas por cientistas sociais e filósofos sociais, como a denúncia ao *poder biomédico*, com fortes raízes foucaultianas.

Nós vemos muito nos hospitais o modelo biomédico, em que o médico dispõe um pouco, de acordo com conhecimentos técnicos, dispõe um pouco do doente e decide o que é que o doente deve fazer e é nesse contexto que às vezes há necessidade de pensarmos nas outras dimensões da pessoa e se calhar abordarmos este sentido [entrevista a médica de cuidados paliativos].

No entanto, se estes médicos exercem estas duras críticas sobre os colegas e dispositivos mais próprios de uma ordem cívico-industrial, fazem-no, não para negarem a importância da ação médica eficaz na luta contra a doença, mas para reivindicarem um certo *pluralismo* da ação médica, no caso organizado numa lógica de cuidados. Assim, não se denuncia a *medicina eficaz*, sem mais, mas a medicina eficaz enquanto *modelo único* ou pelo menos *dominante* na profissão no período moderno. Por conseguinte, esta é sobretudo a denúncia do que se crê ser a tendência, na “medicina convencional”, para a menorização de toda a atividade médica não

eficaz do ponto de vista terapêutico e afastada do núcleo duro das técnicas e tecnologias altamente dependentes dos desenvolvimentos nas ciências fundamentais.

A associação entre o saber especializado médico e a sua posição profissional, objetivada nas carreiras médicas hospitalares, é, na mesma linha de argumentação, denunciada como uma espécie de *obstáculo* à implementação de uma filosofia e uma ação de cuidados efetivos a doentes terminais. Considera-se, pois, que existe uma estrita definição das carreiras, baseada sobretudo nos aspetos técnicos de um mundo industrial, e que a mesma é correlativa de uma *simbólica* estatutária e de uma grande rigidez identitária dos seus colegas. Este «sistema» de ação tem efeitos deletérios sobre os doentes em situação de forte dependência, nesta *sociologia espontânea dos médicos*.

### *Palavras finais*

O texto aqui desenvolvido visou trazer à discussão dados de natureza sociológica – bem como a respetiva interpretação teórica –, os quais demonstram, antes de qualquer outra coisa, a existência de muito claras *competências críticas* dos médicos, desenvolvidas a propósito do seu trabalho no contexto dos cuidados paliativos. Estas competências críticas são ativadas por estes profissionais no sentido de *definirem situações* mas também *posições morais perante situações*, o que significa que organizam uma forma específica de *realismo médico*, se assim lhe podemos chamar. Com efeito, a *redução crítica* da medicina “convencional” realizada no e pelo esforço crítico destes profissionais é concomitante de uma *justificação* da medicina paliativa assente numa *natureza doméstica*. Assim, estes médicos enunciam um *projeto crítico de mudança* de certos aspetos da atividade médica, a partir do qual pretendem engrandecer publicamente as figuras da proximidade (finalidade para a qual parece especialmente azada a justificação doméstica<sup>9</sup>). Ora, tal projeto traz consigo conceções cognitivas e éticas do que é e do que *deve ser* a medicina.

Por outro lado, gostaríamos de focar um aspecto menos diretamente trabalhado no texto, mas o qual lhe subjaz em permanência: o que se refere à forte *identificação* dos médicos entrevistados com estas operações críticas e as conceções de medicina que lhes são solidárias. Deste ponto de vista, o processo de *codificação* e *translação crítica* do sentido moral comum dos médicos dos cuidados paliativos para o domínio público é também um processo de *construção de um coletivo* no âmbito dos profissionais de medicina em Portugal. As *exigências de reconhecimento* postas em jogo na argumentação crítica podem assim, talvez, ser encaradas, não apenas como demandas de reconhecimento da situação,

dita específica, dos doentes terminais, mas também como demandas de reconhecimento de uma forma de fazer medicina e daqueles que nela se reveem.

### Notas

- <sup>1</sup> Não se trata, aqui, de uma *composição* entre regimes pragmáticos, na exata medida em que a definição de *envolvimento em plano* de Thévenot implica que se considere que a ação em plano requer um ambiente estabilizado, o qual é coerente com um regime pragmático de justificação industrial. Assim, trata-se aqui da ação em plano apoiada em objetos qualificados no quadro de uma «metafísica social» estabelecida no quadro da *Cité* industrial. Sobre este assunto, cfr Thévenot, L. (2006), *L'action au pluriel – sociologie des régimes d'engagement*, Paris, Éditions La Découverte, p. 124.
- <sup>2</sup> Reportamo-nos a dados de 2008.
- <sup>3</sup> Em termos contemporâneos, as sociedades da *modernidade liberal alargada*, para retomar a expressão de Peter Wagner.
- <sup>4</sup> Sobre a denúncia e a crítica como objetos da sociologia, ver Boltanski, L. (1990), *L'amour et la justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Éditions Métailié, *passim*.
- <sup>5</sup> Neste texto, por razões de economia de espaço, centramos-nos na análise da crítica aos aspetos *industriais* da medicina.
- <sup>6</sup> Para uma explicitação deste conceito, cfr. Boltanski, L. e Thévenot, L. (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Éditions Gallimard, *passim*.
- <sup>7</sup> Saliente-se que não entende a generalidade destes médicos serem os avanços científicos e tecnológicos na medicina de rejeitar; a sua crítica dirige-se àquilo que consideram ser os *défices* aí produzidos, designadamente junto dos doentes terminais.
- <sup>8</sup> Nomeadamente, teses de mestrado em cuidados paliativos, livros e artigos e entrevistas a jornais.
- <sup>9</sup> Como aliás reconhece Thévenot. Cfr. Thévenot, L. (2006), *L'action au pluriel – sociologie des régimes d'engagement*, Paris, Éditions La Découverte.

### Bibliografia

- BARBOT, J. (2001), «S'engager dans le monde biomédical – Diversité et front commun des associations», in D. Cefaï e D. Trom (orgs.), *Les formes de l'action collective – mobilisations dans des arènes publiques*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- BENFORD, R. e S. Hunt (2001), "Cadrages en conflit – mouvements sociaux et problèmes sociaux", in D. Cefaï e D. Trom, Danny (orgs.), *Les formes de l'action collective – mobilisations dans des arènes publiques*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- BERNARDO, A. M. C. S. (2005), *Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos*, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Lisboa.
- BOLTANSKI, L. (1990), *L'amour et la justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Éditions Métailié.
- BOLTANSKI, L. (2007), *La souffrance à distance – morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Gallimard.
- BOLTANSKI, L. e L. Thévenot (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- FREIDSON, E. (1970), *Professional dominance: the social structure of medical care*, Nova Iorque, Atherton Press.
- FREIDSON, E. (1988), *Professional powers – A study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.
- FREIDSON, E. (1994), *Professionalism reborn: Theory, prophecy and polity*, Chicago, The University of Chicago Press.
- FREIDSON, E. e J. Lorber (Éds.) (1972), *Medical men and their work*, Chicago, Aldine-Atherton.
- MARTINS, A. (2010), *A medicina paliativa como medicina de proximidade. Suspensão dos julgamentos gerais e acção médica em regime de familiaridade*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- NETO, I. G. et al. (2004), *A Dignidade e o Sentido da Vida. Uma reflexão sobre a Nossa Existência*, Lisboa, Pergaminho.
- RESENDE, J. (2006), «A morte saiu à rua»: aproximações à morte entre o sofrimento e a preservação da vida. *II Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade*, Tavira, Setembro.
- SNOW, D. (2001), "Analyse de cadres et mouvements sociaux", in D. Cefaï e D. Trom (orgs.), *Les formes de l'action collective – mobilisations dans des arènes publiques*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- THÉVENOT, L. (2006), *L'action au pluriel – sociologie des régimes d'engagement*, Paris, Éditions La Découverte.
- THÉVENOT, L. (2009), "Postscript to the special issue", in *Social Studies of Science*, 39: 793-813.

# DE MERCADORIA A PRESENTE, OU COMO UMA MERCADORIA MASSIFICADA SE TRANSFORMA EM PRESENTE SINGULAR

---

Alice Duarte

■ Antropóloga. Instituto de Sociologia/Faculdade de Letras – Universidade do Porto (alice\_duarte@hotmail.com)

## Resumo

Ao longo do último século, a cultura da sociedade industrial tornou-se crescentemente uma cultura baseada num mundo de objetos produzidos e distribuídos em massa. Através de uma abordagem do consumo como prática cultural, este artigo evidencia alguns dos mecanismos pelos quais as mercadorias são postas ao serviço da criação e manutenção das redes de sociabilidade dos sujeitos consumidores. Sistematizando as apropriações dos atores sociais relativas ao consumo para os outros, clarifico alguns dos procedimentos pelos quais os bens de consumo ligam entre si quem os compra e quem os recebe na forma de presentes. O material analisado resulta de uma investigação de *design* francamente qualitativo, concluída em 2007, que abrangeu os rituais de troca acionados por 24 famílias residentes na cidade do Porto ou área circundante num raio de 50 quilómetros. Atendendo à totalidade das situações de oferta e receção de presentes das famílias e dos seus membros, clarifica-se como os bens de consumo são utilizados enquanto mediadores de relacionamentos interpessoais.

**Palavras-chave:** consumo, presentes, ritual de troca, redes de sociabilidade

## Abstract

Over the last century, the culture of industrial society has become increasingly based in a world of objects massively produced and distributed. Through an approach of the consumption as a cultural practice, this article highlights some of the mechanisms by which the commodities are placed at the service of creating and maintaining sociability networks of the consumers. Systematizing the appropriations of the social actors concerning the consumption for others, I clarify some of the procedures by which goods interconnect who buys them and who receives them as gifts. The analysed data was obtained from a qualitative design study, completed in 2007, that included the exchange ritual operated by 24 families dwelling in Oporto city or 50 Kilometres surroundings. Given the totality of the circumstances of offer and receipt of gifts from family and its members, it is clarified how goods are used as mediators of interpersonal relationships.

**Keywords:** consumption, gifs, exchange rituals, sociability networks

## Introdução

Ao longo do último século, a cultura da sociedade industrial tornou-se em grau crescente uma cultura baseada num mundo de objetos produzidos e distribuídos em massa. Ver essa tendência dominante de mercadorização, e as próprias mercadorias, como algo essencialmente negativo é o caminho mais curto para afirmações niilistas sobre a sociedade contemporânea. Pelo contrário,

reconhecer que não é por serem produzidas em massa que as mercadorias estão divorciadas de considerações culturais/morais ou podem ser removidas dos contextos socioculturais em que operam e são usadas (Appadurai, 1986: 12), essa é uma postura que conduz (e obriga) à abordagem do consumo enquanto prática cultural. Seguindo essa perspectiva, o consumo surge inquestionavelmente como um processo socializado e as mercadorias, enquanto parte integrante da cultura material da

nossa sociedade, como apropriadas e personalizadas de muitos e diversos modos, desempenhando papel instrumental enquanto meios de expressão e comunicação dos sujeitos-consumidores.

Guiada pela intenção de compreender de modo aprofundado a ressocialização de que as mercadorias são alvo por parte de sujeitos concretos inseridos nos seus respetivos contextos familiares<sup>1</sup>, concebi e levei a cabo uma pesquisa de contornos francamente qualitativos, concluída em 2007 e abrangendo 24 famílias como unidades de estudo. Das múltiplas facetas da vida, pessoal e familiar, que se cruzam com o consumo e a ele recorrem enquanto meio de expressão e construção de sentidos, noutra sítio já tive oportunidade de demonstrar o quanto o consumo pode ser participante do processo de autoconstrução identitária, bem assim como um elemento-chave na caracterização das novas classes médias portuguesas<sup>2</sup>. Uma outra vertente analítica igualmente esclarecedora do caráter performativo do significado das mercadorias é a consideração do processo de consumo em termos da dinâmica de sociabilidade, pela qual as mercadorias são postas ao serviço da criação e manutenção das relações interpessoais dos atores. Esse consumo para os outros na forma de presentes mereceu igualmente atenção, tendo os respetivos resultados analíticos – acabados de sair em livro – demonstrado com exuberância de pormenores como os bens de consumo são capazes de corporizar fluxos de sociabilidades<sup>3</sup>. A propósito desse consumo para os outros, neste artigo trata-se de sumariar alguns resultados relativos aos principais mecanismos pelos quais os laços sociais são consolidados através das mercadorias e estas se constituem como complementos relacionais dos sujeitos consumidores.

#### *Da mercadoria massificada ao presente singular*

Abordado enquanto prática cultural, o processo de consumo surge definido não como mero ato de compra, mas, antes, como abrangendo todos os atos e decisões anteriores e posteriores à compra propriamente dita. Procedendo à análise de tais práticas, é possível compreender e documentar as apropriações e recontextualizações singulares de bens, levadas a cabo pelos consumidores-informantes. Ao nível do consumo para os outros na forma de presentes, a análise dos atos práticos pelos quais um consumidor busca, escolhe, compra e oferece bens de consumo destinados a outra pessoa permite descortinar o processo pelo qual as mercadorias são transmutadas em presentes singulares, capazes de ligar entre si essas pessoas.

Importará esclarecer que os relacionamentos interpessoais considerados abrangem as redes de sociabilidades familiares, bem assim como as redes

de laços sociais mais dependentes de lógicas de eletividade como os círculos de amizade, de vizinhança e profissionais. Por outro lado, quanto aos bens de consumo que cruzam a trama formada por esses relacionamentos interpessoais, a categoria de “presentes” sujeita a escrutínio analítico engloba todo o tipo de “coisas” oferecidas e/ou trocadas pelas unidades de estudo, se bem que limitando-se às suas variantes materiais. Dado que o objetivo é dar conta do papel instrumental desempenhado pelos bens na consolidação e desenvolvimento das relações interpessoais dos sujeitos, da noção de “presente” adotada ficam excluídas todas as possibilidades que não cumpram esse requisito, como sejam as ofertas em trabalho ou sob qualquer outra forma imaterial. Quanto aos circuitos de oferta e troca de presentes considerados, a análise abrange quer o circuito alargado de presentes natalícios, quer, de um modo mais geral, todos os contextos de troca de presentes, dos mais recorrentes aos mais esporádicos, em que as unidades domésticas e/ou os seus membros a título mais individual efetivamente participam.

A compreensão das redes de relações interpessoais ativadas e praticadas pelos informantes surgiu facilitada pela consideração do circuito alargado de presentes de Natal, dado essa ser uma altura em que, ao mesmo tempo, se presenteiam múltiplas pessoas e se é por elas presenteado, tornando-se mais perceptíveis as direções e os sentidos dominantes das trocas. Porém, importa reter que quer os restantes contextos mais regulares de troca de presentes, quer as situações mais ocasionais em que se verifica a sua circulação, confirmaram a recorrência das mesmas tendências. No interior da sua enorme diversidade, todas as ocasiões surgem unidas pela repetição do predomínio flagrante das redes familiares, seguidas a alguma distância pelas de amizade, como os principais circuitos de oferta de presentes. Observados no seu conjunto, os movimentos de presentes tornaram absolutamente claro que a sua circulação se apresenta como um meio fundamental pelo qual os informantes procedem à atualização das respetivas redes de sociabilidade. Em simultâneo e por isso mesmo, as ofertas de presentes surgem genericamente associadas a situações, momentos e acontecimentos entendidos como agradáveis e felizes.

Os resultados alcançados através da consideração pormenorizada das práticas de consumo para os outros na forma de presentes não deixam dúvidas quanto a esta ser mais uma das modalidades pelas quais as mercadorias desempenham um papel instrumental na vida das pessoas. O domínio de consumo dos presentes corporiza práticas cuja abrangência é universal entre os agregados domésticos constituídos como unidades de estudo. Em todos eles é assinalável o acionar de consideráveis

recursos – materiais e imateriais, como dinheiro, tempo e empenhamentos diversos – votados à obtenção de bens de consumo para terceiros. Se alguma dúvida subsistisse quanto ao teor pessoal e familiar das estruturas de significado atuantes na ressocialização de mercadorias efetuada pelos consumidores, a consideração do domínio de consumo dos presentes seria um bom e eficaz meio de demonstrar a participação central dos afetos e dos sentimentos nos mecanismos da procura do consumo. Os rituais de troca (McCracken, 1988) concretizados e o subjacente trabalho efetivo, pelo qual se realiza a apropriação de mercadorias para um outro, fazem-se em nome, sobretudo, de sentimentos como o amor, a gratidão, a amizade, o afeto.

Dito isto e atendendo às limitações de espaço impostas a este texto, passo à apresentação de algumas tendências ativas consistentemente evidenciadas pela análise relativamente ao modo como as mercadorias são apropriadas e postas ao serviço da criação e manutenção das redes de sociabilidade dos sujeitos consumidores.

Em termos de dinâmicas e fluxos de sociabilidade por intermédio da circulação de presentes, os círculos familiares apresentam-se como o foco destacado, quer da origem, quer do destino dos presentes, o que deve ser entendido como um mecanismo que permite aos laços familiares autorreproduzirem o seu próprio reforço. Em simultâneo, a troca de presentes entre familiares é um meio de estruturação da intimidade dos parentes que surgem distribuídos por três círculos concêntricos distintos. Segundo o respetivo grau de parentesco, os familiares surgem distribuídos por círculos concêntricos cada vez mais afastados de troca. O primeiro e mais intenso desses círculos abrange os membros da família elementar, surgindo os *filhos* e os *cônjuges* como os destinatários privilegiados. O círculo seguinte transpõe o nível da família nuclear, em grande medida devido ao desenrolar normal do ciclo de vida desses grupos e correspondente constituição de novos lares por parte dos descendentes. Em função disso, abrange, igualmente *filhos*, *pais* e *irmãos*, embora residentes em espaços diferenciados, a que se juntam também novos parentes produzidos ou fruto das alianças realizadas. Neste segundo círculo, ainda que formalmente definidos como idênticos, nem todos os parentes ocupam lugares semelhantes em termos afetivos, o que é evidenciado também pela respetiva circulação de presentes. O terceiro círculo abrange tios e primos em extensão e intensidade de troca de presentes ainda mais variável, cujos contornos reproduzem as linhas de afetividade mais valorizadas em cada família.

Como princípio geral, foi possível verificar que, quanto mais nos aproximamos do círculo central – e por oposição quer ao terceiro círculo de parentes, quer aos circuitos de amizade –, mais a recipro-

cidade não é, nem é entendida como precisando de ser, estritamente simétrica (Sahlins, 1972). Em simultâneo, um outro padrão identificado diz respeito à circulação de presentes entre os cônjuges. Entre estes, a oferta de um presente implica, quase sempre, a sua contra-oferta simultânea, o que, sendo em si mesmo um reforço da ligação que os une, é igualmente um indício da tensão e ansiedade que essas relações interpessoais podem recobrir. Neste caso, a questão da reciprocidade, nomeadamente em termos das ocasiões de troca, torna-se especialmente importante. Atendendo às lutas e conflitos latentes que tal tendência revela, coloca-se a questão de os presentes entre cônjuges poderem elucidar igualmente sobre as relações de poder que se fazem sentir no seio da família. Tais indícios permitem pôr em causa uma noção excessivamente durkheimiana de família, demonstrando que tal grupo social não é, em exclusivo, uma unidade de interesses convergentes.

Globalmente consideradas, são bastante raras as situações em que outras pessoas ombreiam lado a lado com os familiares próximos enquanto destinatários de presentes. Uma das poucas possibilidades de isso acontecer surge com a eleição apaixonada do *par amoroso*. Neste caso, a família pode mesmo ser ultrapassada, tornando-se o namorado/a quase o único destino dos presentes, ou o seu principal destino através da prática de múltiplas prendas, por contraste com as ofertas singulares dos restantes destinatários. A universalidade do par amoroso como destino de prendas e o facto de, por vezes, apenas ele e os membros da respetiva família elementar serem presenteados denota a equiparação afetiva realizada entre um e os outros, sendo isso, em grande parte, concretizado e expresso pela idêntica atenção dispensada à obtenção dos respetivos presentes.

A outra possibilidade de algumas pessoas ocuparem um lugar de preponderância idêntica à dos membros da família enquanto destino privilegiado de presentes aparece quando os *amigos* surgem como categoria socioafetiva significativa, tornando-se, também eles, destinatários regulares de prendas. Neste caso, foi possível identificar o princípio geral de, aqui, a troca de presentes ser essencialmente simétrica e assente numa reciprocidade estrita e tendencialmente imediata. Ao nível das redes de amizade como origem e destino de prendas, constata-se o acentuado predomínio da reciprocidade equilibrada, caracterizada pela inexistência geral de fluxos unidirecionais (Sahlins, 1972).

Atendendo à circulação total de presentes, pôde ser estabelecida uma inequívoca relação entre a hierarquia de importância dos presenteados e o escalonamento financeiro das respetivas prendas. Ao nível das redes familiares, verificou-se a existência de um princípio de aplicação universal: os elementos distribuídos pelos três círculos concêntricos de

parentes recebem presentes cujo valor financeiro aumenta da periferia para o centro. Os parentes mais afastados são contemplados com presentes de menor valor financeiro e o valor-limite estabelecido para essas categorias de familiares é religiosamente cumprido. Por contraste extremo, os membros da família elementar recebem sempre as prendas de maior valor financeiro e, na maioria dos casos, ou o seu valor-limite não chega a ser definido, ou, quando o é, tende a ser sistematicamente ultrapassado. O mesmo princípio interpretativo apresentou-se válido para todas as redes de sociabilidade consideradas. Não só os objetos materiais que são os presentes servem a expressão do amor e carinho dos informantes, como, em simultâneo, o seu valor diferenciado de custo no mercado é igualmente acionado como recurso visando a expressão de afetos e sentimentos. O mais elevado apreço sentido por uma pessoa encontra correspondência bastante direta no preço mais elevado do presente escolhido para ela. Não apenas a compra e troca de presentes servem a manifestação de afetos, mas também o ordenamento e as gradações desses afetos surgem reproduzidos no valor nominal diferenciado dos presentes comprados. Seguindo a mesma lógica, na situação inversa em que diferentes presenteados surgem para um dador como situados no mesmo patamar de afeto ou carinho, é procurada uma estrita equivalência financeira dos respetivos presentes. A regra é bastante clara: se o dispêndio financeiro é justificadamente variável segundo a profundidade das relações existentes, relações equivalentes em termos afetivos exigem absoluta equivalência financeira. Relativamente a posteriores investigações, será de fundamental importância o reconhecimento de que os presentes objetificam fluxos de sociabilidade, também deste modo.

Para além da compreensão abrangente sobre quem eram os sujeitos implicados nas práticas de consumo para os outros na forma de presentes, a análise realizada permitiu igualmente elucidar sobre os processos de apropriação pelos quais as mercadorias são transformadas em presentes singulares e específicos, mediadores de relações interpessoais concretas. Orientando a atenção para o processo de seleção e obtenção dos bens oferecidos foi possível alcançar alguns princípios interpretativos, de consistência bastante sólida, sobre o modo como as mercadorias são utilizadas enquanto mediadores de relacionamentos interpessoais.

A análise transversal da totalidade do material empírico permitiu compreender que, em termos gerais, os presentes trocados tendem a caber no que designei por *luxo utilitário*. Com esta noção procurei traduzir o facto de, idealmente, um presente dever ser utilizável e efetivamente utilizado pelo destinatário, mas sem cair no estritamente utilitário, no sentido de necessariamente dever comportar um

qualquer extra, de modo a não ser absolutamente idêntico ao comprado no quotidiano por qualquer um. O presente a oferecer não pode ser algo completamente prosaico, devendo conter em si uma dimensão de exceção pela qual a ligação entre as pessoas envolvidas surge materializada e, assim, manifesta.<sup>4</sup> A máxima "oferecemos aquilo que nunca chegamos a comprar para nós mesmos" reenvia em simultâneo para essa dimensão de exceção que se entende que um presente deve corporizar e para a relação subjacente que justifica o carácter excepcional desse comportamento.

Quanto aos processos de apropriação criativa pelos quais os bens são transformados em veículos de sociabilidades, um princípio central identificado é o da individualização dos presentes. Porque uma pessoa a presentear é, para o dador, não um ser isolado, mas um ser integrado numa determinada rede relacional onde ocupa uma posição devidamente hierarquizada; porque, além dessa posição relativa resultante de considerações mais pessoais e afetivas, a mesma pessoa a presentear deve também ser equacionada em termos do *código de presentes* socialmente existente; e porque o objetivo último do dador é sempre conseguir que o presente escolhido seja apreciado e do agrado do destinatário, a seleção e aquisição de um presente faz-se tendo em mente destinatários específicos. Pela ponderação de todos estes fatores e correlativos atos práticos concretiza-se um trabalho de apropriação capaz de transformar objetos anónimos produzidos em massa não só em objetos singulares, mas também em veículos de manutenção e reforço das relações existentes entre os sujeitos envolvidos.

Mas defender que os presentes são pensados e comprados tendo em vista um destinatário específico não é o mesmo que defender que a seleção de uma prenda nunca sofra desatenções ou seja concretizada em todas as ocasiões e para os diferentes destinatários com um mesmo elevado grau de empenhamento. Importa reter, então, que o princípio do destinatário específico é desdobrado na seguinte regra de aplicação geral: os esforços efetivamente disponibilizados na obtenção dos presentes variam em função das relações afetivas e sociais estabelecidas pelo dador com cada um dos destinatários particulares dos seus presentes. Tais esforços, que incluem o empenho monetário, mas também o zelo, o tempo e a energia despendidos na procura e seleção dos presentes, refletem o empenhamento diferenciado que cada relacionamento exige para se manter ou renovar. Um nível elevado de esforços remete para relações e destinatários entendidos como merecedores de especial atenção afetiva, amorosa ou social. É neste sentido que as relações existentes entre as pessoas são, de facto, mediadas pelos objetos comprados e oferecidos. Os presentes, e todo o trabalho a que a sua obtenção obriga,

objetificam os sentimentos que ligam as pessoas implicadas em cada relação concreta. Bens materiais e sentimentos são intercomunicáveis, surgindo os primeiros como uma ferramenta de manutenção e reforço dos relacionamentos existentes.

Entretanto – em paralelo com o grau diferenciado de empenhamento segundo os destinatários e o correlativo desempenho dos presentes como efetivos mediadores das relações entre dadores e destinatários – é igualmente notório que a individualização dos presentes se constitui em representação cultural dominante, sendo perceptível uma certa idealização culturalmente sustentada dessa atitude. O reconhecimento e a proclamação da importância da individualização dos presentes são um tópico discursivo sempre e unanimemente reiterado pelos informantes, sem que atendam aos matizes de comportamento efetivamente concretizados. O facto de, discursiva e idealmente, tais matizes não existirem, torna claro que para os informantes o trabalho de consumo (Miller, 1987) e correlativo processo de apropriação são percebidos como fundamentais, surgindo claramente relacionados com a possibilidade de os presentes mediarem ligações efetivas entre as pessoas.

Em termos das dimensões mais práticas dos processos de apropriação dos bens de consumo para oferta, a análise compreensiva realizada foi capaz de fornecer um quadro vivo e rico de pormenores. O extenso processo de apropriação e suas múltiplas manifestações – conducentes à obtenção de um presente adequado – surpreendem pela intrincada mistura de sentimentalismo e pragmatismo. O ritual de troca e correlativa transferência de significado (McCracken, 1988) da mercadoria para o destinatário através do respetivo dador – ligando os três de um modo particular – obriga ao cumprimento de um conjunto de atos práticos que implicam doses significativas de trabalho concreto e de imaginação. A expressão de sentimentos como o amor, o carinho, a gratidão por intermédio de bens materiais exige, de forma objetiva, o cumprimento de tarefas como: conceber o que seja o presente “certo” para a situação e sujeito em questão; coletar de forma mais ou menos sub-reptícia informações diversas, recolhidas com o auxílio de várias pessoas, sobre algum especial desejo ou necessidade de momento dos futuros destinatários e, constantemente, cruzar e atualizar essas informações sem a desconfiança daqueles; percorrer espaços comerciais e lojas específicas, muito provavelmente através de várias rondas de prospeção antes da compra efetiva; ponderar em termos definitivos a seleção a efetuar sem deixar de atender também quer às novidades, quer aos respetivos limites orçamentais; assegurar a adequação do respetivo embrulho. O grau de atenção latente continuamente manifestada a propósito da obtenção de presentes torna legítima a

perceção de que as atividades de consumo para os outros são sustentadas por doses significativas de cansaço, trabalho, tempo e dinheiro. Perante o grau de dificuldade que parece ser inerente à obtenção dos bens de consumo para oferecer como presentes, quase se poderia duvidar de que o contexto de fundo fosse o da “sociedade de consumo” e correspondente abundância de mercadorias.

O cuidado atento que pretendo fazer entender como componente flagrante das atividades de consumo para os outros pode ser ilustrado de forma emblemática pelo que designei como *tabu do preço*. De forma unânime e consciente, todos os informantes se esforçam para que o preço do presente seja retirado do respetivo objeto, eliminando-se assim o acesso direto do destinatário a tal informação. O caráter simbólico do *tabu do preço* é evidente, já que, em termos aproximados, normalmente qualquer pessoa tem noção do valor de custo dos presentes recebidos e, quando tal não acontece, existem possibilidades muito reais de facilmente o ficar a conhecer, se tal for desejado. Contudo, esse é mais um elemento do processo de apropriação do presente pelo qual este é retirado do mundo dos objetos disponibilizados no mercado e transformado numa peça que liga as duas pessoas implicadas na relação. Deste modo, o *tabu do preço* é útil na confirmação do quanto a relação interpessoal se encontra longínqua de uma racionalidade estritamente comercial. Mais um gesto de cuidado atento que radica a sua existência no desejo de manter separadas (e inconfundidas) as estruturas públicas de significado – que lidam, nomeadamente, com o valor monetário das coisas – e as estruturas privadas – onde os presentes são mediadores das relações afetivas e emocionais daquelas pessoas concretas.

Todavia, em simultâneo, é igualmente constável uma certa ambivalência quanto à explicitação do esforço financeiro subjacente à oferta de qualquer presente. Porque, como se viu, o próprio dispêndio financeiro é justificadamente variável segundo a profundidade das relações existentes, são igualmente acionados esforços para assegurar que o destinatário não proceda a nenhuma subavaliação do preço do presente recebido. Por isso, em paralelo com o *tabu do preço*, as pessoas procuram certificar-se de que os destinatários dos seus presentes têm uma ideia justa, ou até inflacionada, do valor no mercado do objeto que lhes é oferecido. Porque o contrário disso – a subavaliação do seu valor de custo ou o pressupor que se recebeu um “presente barato” – poderia ser entendido como traduzindo um desinteresse ou um descuido pelo respetivo destinatário. Portanto, a própria natureza valiosa do objeto em termos financeiros – o facto de ser um “presente caro” – não é irrelevante, devendo ser considerada, também, como mecanismo de individualização da prenda e de reforço da relação.

### Comentário Final

No seu conjunto, os comentários acabados de produzir permitem evidenciar alguns dos procedimentos operativos através dos quais as mercadorias se tornam efetivos complementos relacionais dos atores. A este nível das atividades de consumo para os outros na forma de presentes, as interpretações analíticas enunciadas visaram evidenciar sobretudo um princípio atuante fundamental. No correspondente processo de apropriação de mercadorias concretizado pelos consumidores, a dedicação e o trabalho efetivo votados à obtenção de presentes surgem como componentes centrais e incontornáveis. O extenso trabalho de consumo realizado pelas pessoas constitui-se como um meio instrumental fundamental de manutenção e reforço das suas redes de sociabilidades, pelo contributo insubstituível que presta na obtenção de presentes capazes de ligar – satisfatoriamente e de acordo com as expectativas pessoais e sociais – as duas pessoas, ou os dois lares, implicados no respetivo ritual de troca.

Qualquer leitura da sociedade e cultura contemporâneas facilmente reconhece o grau crescente da sua mercadorização. A abordagem do consumo como prática cultural permite uma compreensão penetrante do caráter performativo do significado dos bens. Este vai variando de acordo com as situações, os tempos e os espaços em que os sujeitos os manipulam, sendo pertinente, nomeadamente, o seu equacionamento em termos da comunicação e expressão de valores. No interior de uma conceção do consumo como conjunto de práticas social e pessoalmente significantes, pelas quais são concretizadas apropriações criativas por parte dos sujeitos, a ressocialização das mercadorias enquanto mediadores de relacionamentos interpessoais é indubitavelmente um tópico que merece ser equacionado. A compreensão dos significados culturais do consumo resulta aumentada pela análise pormenorizada do processo de consumo enquanto idioma posto ao serviço do desenvolvimento e consolidação das redes de sociabilidades.

A pesquisa compreensiva realizada e sustentadora das interpretações apresentadas ratificou de um modo bastante flagrante e vivo o assumido pressuposto de que as pessoas e as coisas, mesmo na nossa sociedade industrial, não são entidades de modo nenhum inconciliáveis. Urge tornar banal o reconhecimento de que *per se* os bens de massa não podem ser nem positivos nem negativos. Com-

prender o impacto do consumo implicará atender aos fundamentos sociais e pessoais da procura, dando conta das variações nos modos de posse e uso dos bens. Reclama-se a perspetivação da esfera do consumo como um mundo pragmático, no qual se podem observar múltiplos processos de criação de valor.

### Notas

- <sup>1</sup> Uso o termo “ressocialização” para referir a transposição de uma apropriação, mais social ou colectiva accionada sobre as mercadorias, para uma outra apropriação, mais específica e diferenciada das mesmas mercadorias.
- <sup>2</sup> Duarte, Alice (2009). *Experiências de Consumo: Estudos de Caso no Interior da Classe Média*, Porto, UP Editorial.
- <sup>3</sup> Duarte, Alice (2011). *O Consumo para os Outros: Os Presentes como Linguagem de Sociabilidade*, Porto, UP Editorial.
- <sup>4</sup> J. Carrier (1993: 60) nota a prevalência da ideia de que os presentes “não devem ser muito úteis”, defendendo que “frívolos, luxuosos ou especiais são formas de os distinguir das utilidades comuns que se compram rotineiramente”. Ainda que não exatamente a propósito dos presentes, mas do dom em geral, Godbout e Caillé (1992: 70) defendem que este é acompanhado de um pouco de delapidação, de excesso e de loucura.

### Bibliografia

- APPADURAI, A. (1986), “Introduction: commodities and the politics of value”, in A. Appadurai (ed.), *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 3-63.
- CARRIER, J. (1993), “The Rituals of Christmas Giving”, in D. Miller (ed.), *Unwrapping Christmas*, Oxford, Oxford University Press, 55-74.
- DUARTE, A. (2009), *Experiências de Consumo: Estudos de Caso no Interior da Classe Média*, Porto, UP Editorial.
- DUARTE, A. (2011), *O Consumo para os Outros: Os Presentes como Linguagem de Sociabilidade*, Porto, UP Editorial.
- GODBOUT, J. T. & Caillé, A. (1992), *L'Esprit du Don*, Paris, Éditions La Découverte.
- MCCRACKEN, G. (1988), *Culture and Consumption*, Bloomington, Indiana University Press.
- MILLER, D. (1987), *Material Culture and Mass Consumption*, Oxford, Basil Blackwell.
- SAHLINS, M. (1972), *Stone Age Economics*, Londres, Tavistock.

# NA PERIFERIA DO FENÓMENO DA PEOPOLIZAÇÃO: O TELEMÓVEL E A TELENVELA

---

José Augusto dos Santos Alves

■ Centro de História da Cultura, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa  
(jsalves@fch.unl.pt)

## Resumo

Como definir *peopolização*? *Peopolização* é o nome dado por Dominique Wolton às práticas dos meios de comunicação que fortalecem a chamada sociedade do espetáculo, como o *reality show*, com o culto das celebridades, mesmo que sejam celebridades produzidas, instantâneas e efémeras. Numa primeira abordagem, sobre a base de um sobreinvestimento coletivo da celebridade, a *peopolização* surge como um mito *naïf*, segundo o qual a celebridade representa o *summum* da realização pessoal e do sucesso social. A eficácia deste mito está próxima de um certo número de candidatos da tele-“realidade” ou de “microcelebridades” da tela, cuja principal aspiração “na vida” é “tornar-se” *people*, como se tratasse de uma profissão ou de uma vocação. Neste contexto, é necessário constatar que a maioria do público se entrega com bem-aventurança a esta crença na salvação pela *peopolização*. Este tipo de “fé” manifesta-se em outras exteriorizações, e. g., os signos e o horóscopo, que é o caminho seguido por muitos “descartados” da *peopolização*. A predisposição do público para dar crédito a semelhantes convicções patenteia-se, ainda, em diferentes formas de expressão, entre os vários fenómenos periféricos à *peopolização*. Estão neste caso a mitologia da telenovela e do telemóvel.

**Palavras-chave:** *peopolização*, *show business*, telenovela, telemóvel

## Abstract

How to define *peopolization*? Is the name given by Dominique Wolton to the media practices that strengthen the society of the spectacle, as the reality show, with the cult of celebrity, even if they are instant celebrities produced, and ephemeral. A first approach on the basis of a collective of overinvestment celebrity *peopolization*, emerges as a naïf myth, according to which the celebrity *summum* represents the personal achievement and the social success. The effectiveness of this myth is near of a certain number of candidates of tele-“reality” or “screen” microcelebrities, whose main goal “in life” will be to become “people”, as if it were a profession or a vocation. In this context, it is necessary to note that the majority of the audience delivery himself to this belief in salvation, by *peopolization*. This sort of “faith” has others exteriorisations such as signs and horoscopes, which are the path followed by many “dropped *peopolization*”. The public’s willingness to give credit to similar convictions has other forms of expression in peripheral phenomena to *peopolization*. In this case, they are the mythology of the soap opera and the mobile phone.

**Keywords:** *peopolization*, show business, soap opera, cell-phone

## Introdução

Como definir *peopolização*? *Peopolização* é o nome dado por Dominique Wolton às práticas dos meios de comunicação que fortalecem a chamada sociedade do espetáculo, como o *reality show*, com o culto das celebridades, mesmo que sejam

celebridades produzidas, instantâneas e efémeras (Wolton, 2006: 66; 2007).

No mesmo sentido vai Dakhli, quando aborda as especulações mediáticas sobre os segredos de alcova dos nossos dirigentes ou ainda o “buzz”<sup>1</sup>, criado pela internet através de vídeos mostrando, sob luz comprometedora, a exibição de um certo

número deles ao lado de vedetas do desporto ou do *showbiz*, fazendo com que todos estes fenómenos, entre tantos outros, sejam imputados hoje a uma *peopolização* galopante da nossa sociedade. O que se entende, exatamente, por *peopolização*? A etimologia da palavra conduz, na ocorrência, ao termo "*people*". De toda a maneira, é necessário saber de que "*people*" se fala. A adequação à língua portuguesa, que aqui faço, do vocábulo da língua francesa "*peopolisation*" e da palavra inglesa *people*, à partida sinónimo de "povo" ou de "gente", realiza-se à custa da contração da sua significação.

A *peopolização* designa especificamente um indivíduo ou categoria de indivíduos conhecidos pela sua mediatização ou, se quisermos, de maneira metonímica, os *media* orientados sobre a vida, privada sobretudo, destas personagens "célebres". Este duplo sentido orienta-nos imediatamente para o carácter profundamente performativo do *people*. Na verdade, desde que o discurso *people* se aproprie de um indivíduo, seja de que estatuto for – artista, atleta, cabeça coroadada, político, modelo *fashion*, ou simples anónimo –, erige-o *ipso facto* em *people*. "De mème, *parler* de *people* revient-il toujours, peu ou prou, à *faire* du *people*, ce qui explique en partie pourquoi la *peopolisation* est souvent perçue comme une extension irrésistible du domaine du *people*" (Dakhli, 2010: 6).

Aprofundando a noção, pode dizer-se que a *peopolização* é a extensão da mediatização do mundo do *show business* a outros meios (político, cultural, desportivo, etc.), à mediatização da vida privada das personalidades, à utilização das vedetas para fins de relações públicas, à fabricação e utilização económica das estrelas do desporto e do *show business*, inclusive a adoção pelos *media* generalistas de certos comportamentos da imprensa *people*, etc.

Numa primeira abordagem, sobre a base de um sobreinvestimento coletivo da celebridade, a *peopolização* surge como um mito *naïf*, segundo o qual a celebridade representa o *summum* da realização pessoal e do sucesso social. A eficácia deste mito está próxima de um certo número de candidatos da tele-"realidade" ou de "microcelebridades" da tela, cuja principal aspiração "na vida" será "tornar-se" *people*, como se tratasse de uma profissão ou de uma vocação.

### As "litánias" periféricas da *peopolização*

Neste contexto, é necessário reconhecer que a maioria do público se entrega com bem-aventurança a esta crença na salvação pela *peopolização*, uma constatação que conduz ao tema central deste texto, o telemóvel e a telenovela, como prodígios periféricos do desejo de ser *people*. Este género de crença tem outros tipos de manifestações, e. g., o horóscopo, um ingrediente imprescindível, que

trago à colação, porque, "apimentando" o caldo de cultura das aparências, melhora a inteligibilidade deste processo de submissão dos crentes ao mundo *people*, que, sob a luz dos holofotes, por entre as câmaras de televisão e os *flashes* dos fotógrafos, exhibe uma vida que corre delirante mas sempre a sorrir. As imperfeições não existem, as mágoas também não.

Na verdade, este tipo de "fé" revela-se em expressões como os signos e o horóscopo, na essência, um trabalho dos videntes do embuste e da impostura, um exercício subtil que exige grande habilidade. O horóscopo, condimento presente neste processo de "colheita de crentes", aspirantes à celebração, é o caminho seguido por muitos "descartados" da *peopolização*, que reenvia a mais uma via para a mitomania, o suposto poder de "saber" interpretar o horóscopo e de perceber bem os signos, que não pode ser desligado do tema que neste texto se aborda.

O jogo perigoso das interações entre forças racionais e forças irracionais, nos fenómenos de massa contemporâneos, parece ser proveniente de condições sociais e culturais bem mais universais, e vem demonstrar que a pseudo-ciência dos astros é uma chave que permite compreender as inclinações sociais e psicológicas, hoje largamente difundidas. O jogo jornalístico, ao qual se entrega o íntimo dos astros, evacua de facto, em permanência, como demonstra Adorno (Adorno, 2000), a conjectura, a alimentação e a exploração das necessidades de um público dependente, projetando esta dependência sobre fenómenos exteriores, seja uma intriga de manipuladores da Bolsa ou uma constelação celeste.

O que lança as gentes para os braços dos diferentes tipos de "profetas da impostura", escreve Adorno, não é apenas o seu sentimento de dependência e o seu desejo de colocar esta dependência na conta de forças "superiores" e, em definitivo, mais aceitáveis, é também o seu desejo de reforçar esta dependência, e não tomar nas suas próprias mãos a resolução dos seus problemas. Em resumo, a astrologia não exprime somente a dependência, é uma ideologia da dependência, uma tentativa de reforçar e de qualquer maneira justificar as peníveis condições da existência.

Mas existem coisas mais graves. Reflexo da opacidade da realidade empírica, a astrologia é, por si própria, tão opaca que pode ser facilmente aceite por pessoas cétricas e desencantadas. O culto de Deus foi substituído pelo culto dos factos. O que caminha a par com a crescente fé nos acontecimentos é o facto de a informação ter tendência a substituir cada vez mais a investigação e a reflexão intelectuais, o elemento de síntese, no sentido filosófico clássico, está cada vez menos presente, de maneira que legitimamente podemos afirmar, com

Adorno, que a astrologia é a moeda a pagar por se ter negligenciado o pensamento interpretativo a favor do lucro da coleta dos fins.

Esta predisposição do público para dar crédito a semelhantes convicções patenteia-se em diferentes formas de expressão, entre os vários fenómenos periféricos à *peopolização*. Na ocorrência, o objeto principal deste texto, acima referido: a mitologia da telenovela e do telemóvel, um portento de sublimação, e substituição menor, de quem não pode aceder ao mundo *people*, pressuposto que, em circunstância alguma, não coloca em questão a importância do fenómeno da evasão lúdica, e do lazer, e da necessidade de comunicação "ubiquista" entre seres humanos.

"*Sê tu próprio, sendo igual ao padrão*" parece ser o apelo vindo de origens várias, concedendo aos "crentes" a possibilidade ilusória de ser *people*. Telenovelas e telemóveis são, a meu ver, a outra face da cultura das aparências, independentemente do interesse e da centralidade sociocomunicacional, que estas duas expressões mitómanas adquirem na quotidianidade, mundanidade e globalização.

A variante das telenovelas e das séries televisivas, tal como do telemóvel, deve ser olhada, entre outras óticas, como a expressão *travesti* da impossibilidade absoluta de os aspirantes à *peopolização* poderem aceder ao elenco dos atores da telenovela ou da série, daí o recurso a outras vias que proporcionem semelhante "grandeza", sem esquecer, aqui, as redes sociais, outro "parente pobre" da *peopolização*, ou seja, como alternativa à frustração provocada pela impossibilidade de serem olhados como figuras *people*. Figurar aí permite a ilusão de viver outra vida, uma fantasia criada pelo fenómeno da *peopolização*.

Qualquer das vertentes aqui explanadas, como alternativas e complementos, devem ser vistas não como um absoluto, que absolutamente envolve todos os incondicionais da *peoplefilia*, ao mesmo tempo da telenovela, do telemóvel e das redes sociais, mas com algum relativismo, sem generalizações abusivas, em função da sua utilização instrumental, vista como ligada ao trabalho.

Seja como for, esta variável apresenta recortes com enorme contributo para a compreensão dos efeitos psicossociais da *peopolização*, um processo no qual os obstáculos, que vão surgindo, obrigam à procura de outras vias de transferência, criando as sucessivas, e também concorrenciais, mitologias da telenovela, do telemóvel e redes sociais, como formas de exibição, face às frustradas tentativas de hipervisibilidade. Ou seja, na impossibilidade de aceder ao quadro da *peopolização*, na necessidade e urgência de evidência, recorre-se à ostentação, que tem várias formas de expressão, segundo as posses materiais.

Julgo ter razão quando abordo a situação paradigmática dos dependentes das telenovelas ou séries televisivas.

Senão, vejamos. Quando regressam ao domicílio, começam por desligar o telefone, dispõem travessas com pratos de refeição sobre os joelhos, e refugiam-se no fundo do sofá, frente ao televisor. "Ensurdecem" se alguém bate à porta. Em caso de "urgência", utilizam eventualmente os intervalos publicitários para telefonar. Estes "subjugados" amam este ritual de preparação, como se este fosse, identicamente, ligado a um grande momento de igualitarismo com os atores, de cumplicidade e intimidade com os companheiros no visionamento da telenovela ou da série. O seu maior prazer é combinar a vida na telenovela, ou na série, e a vida real. Os pontos comuns são numerosos e a conduta das personagens serve facilmente de modelo ou de contra-modelo. Estes comportamentos imaginários são para os dependentes das telenovelas, ou séries, encarnações das suas próprias tentativas de solução de vida face às dificuldades da existência. As séries, as telenovelas, para divertir os verdadeiros adeptos, parecem ter necessidade do apoio de pequenas comunidades de espectadores, onde se relata, rememora e comenta. Como escreve o sociólogo inglês Fiske, o sucesso da televisão, em particular das séries e telenovelas, é devido em parte à facilidade com a qual os seus programas podem ser inseridos nas formas de cultura oral (Fiske e Hartley, 1989).

Dito de outro modo, o primeiro grande sucesso do género serial é ter começado a propor mundos ficcionais que vêm partilhar a nossa intimidade. O fenómeno não é novo.

Depois de meados do século XIX, a industrialização massiva do mundo e a alfabetização das classes médias e populares, a necessidade de ficção e o desejo de percorrer mundos ficcionais, também ricos, desenvolvidos e diferentes quanto possível, são patentes (Thiesse, 2000).

Após o desenvolvimento da imprensa, sobretudo a partir da segunda década do século XIX, os actores em confronto procuram recrutar público em todos os meios sociais. Um processo que inicia o seu aprofundamento no século XIX e tem o seu auge no século XXI, na cultura da celebridade, pivô da segunda modernidade. Na essência, o mito é uma palavra, como afirma Barthes, que conduz à escuta e à interpretação. Escutar o espírito do tempo para descriptar os objetos e os signos nos quais ele incarna (Barthes, 2001: 215).

Em Portugal, a leitura de periódicos do século XIX dá-nos conta de como o "círculo de leitura" (leitor, auditor e espectador) dos jornais, com maior tiragem, em que o romance-folhetim, publicado assiduamente, sobretudo a partir de meados do século XIX, é de leitura obrigatória e, ao mesmo tempo, agregador de leitores. Com efeito, associado

à ilustração do periódico, surge mais uma inovação, como instrumento de captação de leitores: o romance-folhetim, que garante um novo público, indiferente às variações da política, mas apaixonado pela prosa de aventuras e as histórias de amor. É uma modalidade que rapidamente se difunde para o exterior, cujo objetivo, para além do comercial, é alcançar como que uma densidade próxima do real vivido através da exploração da ficção, do mistério, do romance negro, do *suspense*, desempenhando ao mesmo tempo funções de escape de tensões sociais (o mesmo irá depois acontecer com o foto-romance e a fotonovela). Deste modo, foi revelado aos futuros criadores da grande imprensa popular um dos meios mais seguros de cimentar um público cada vez mais alargado e, conjuntamente, estimular a sua atenção, até aí indiferente, para assuntos de interesse geral que envolviam a Sociedade Civil e o Estado. A empatia entre público e periódico, com epicentro no folhetim, encaminha a outro tipo de leituras, no qual se inscreve o uso público da razão e a polarização de uma parte dos novos leitores/auditores/espectadores em torno da *res publica* (Alves, 2005: 132).

Os folhetins filmados, e. g., *Fantômas* ou *Les Vampires*, de Louis Feuillade (1873-1925), encheram também as salas de cinema dos anos dez do século XX. As coleções de livros melodramáticos, a preço reduzido, entusiasmaram inumeráveis leitores de toda a espécie.

Hoje, a televisão e, particularmente, as séries e as telenovelas ganharam irreversível dianteira. É provável que as dificuldades da vida contemporânea amplifiquem a necessidade de mundos imaginários no interior dos quais é bom viver. O género da série televisiva, por muito pouco que se tome a sério, está perfeitamente desenvolvido para responder a este desejo. Os admiradores de séries parecem, desde a adolescência, muito pouco dependentes dos discursos públicos críticos ou outros a propósito dos seus heróis. Com toda a frontalidade, são indiferentes às opiniões dos seus pais ou dos seus professores sobre a inanição suposta de tudo o que se passa sobre o pequeno, cada vez maior, ecrã. Os amantes de séries parecem contentar-se em amar e saborear com os seus amigos os seus objetos preferidos. Este facto não impede os "seriódilos" ou "telenoveloófilos" de serem verdadeiros conhecedores. Eles são observadores precisos das formas narrativas das séries televisadas (Esquenazi, 2009: 11).

Contudo, é preciso fazer notar que este interesse apaixonado pelas séries ou telenovelas diz respeito a todos os escalões etários e a todas as categorias sociais, pois, caso contrário, na ausência de público crente na salvação pela *peopolização*, as figuras *people* arriscavam a saída do proscénio, o afastamento irrecusável e a busca de outra corporização da hipervisibilidade, que outros, a quase

totalidade, desejosos de figuração, tiveram de agenciar na telenovela e no recurso ao telemóvel, aos vários telemóveis, em resposta às solicitações do mercado. Não surpreendem por isso alguns números astronómicos, referidos a seguir, que nos deixam ver esta outra mitologia.

Se no mundo, em finais de 2009, havia mais de 4,6 mil milhões de assinantes de telemóvel, a geopolítica dos usos e dos mercados, do que é também chamado *cellphone*, *handphone* (USA), *telefonino* (Itália), *handy* (Alemanha), não deve permanecer inédita na história das inovações tecnológicas.

Trago aqui à colação, entre outros, alguns exemplos, para apontar a extraordinária dimensão deste prodígio de crescimento.

Assim, em África, por mil milhões de habitantes, 300 milhões de africanos têm acesso (muitas vezes por partilha de um mesmo telemóvel) a um telemóvel, com uma taxa de penetração de 30% a 90%, segundo os países [<http://bit.ly/6fULV9>]. Por exemplo, na África do Sul, para 47 milhões de habitantes, registam-se 42 milhões de telemóveis, enquanto há 3 milhões de internautas e 13 milhões de indivíduos têm uma conta no banco [<http://bit.ly/zjqnw>].

Na Índia, contam-se 400 milhões de assinantes de telemóvel, duas vezes mais nas zonas urbanas que nas regiões rurais, o que representa um terço da população, mas constitui o recorde mundial da conectividade à rede de telefónica com 15 milhões de conexões por mês.

Assim, na hora de interrogar esta nova mitologia, 64% de todos os telemóveis encontram-se nos países emergentes [<http://bit.ly/7Vln61>], onde apenas se contabilizam 305 milhões de computadores e onze milhões de camas de hospital (Allard, 2010: 6-8).

Portugal e o Brasil não fogem a esta tendência que parece desenvolver-se em progressão geométrica. Os dados estatísticos são elucidativos sobre o enorme crescimento do número de telemóveis e utilizadores.

Em 2010, de acordo com a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), o número de telemóveis no Brasil supera os 197 milhões, um dado que indica, em média, mais de um telemóvel por habitante. O número de utilizadores nas comunicações móveis aumentou, em Novembro de 2010, para 3,09 milhões, o que representa um aumento de 1,59% face ao mês anterior e um acréscimo de 17,55%, quando comparado com o mesmo período do ano de 2009, revela o mesmo organismo brasileiro.

Em comparação, os números têm outra dimensão, bem menor, no que respeita ao acesso à internet de banda larga móvel. A Anatel revela que "o Brasil registou 19,45 milhões", no mês em análise, com a operadora Claro a liderar com uma quota de mercado de 39,83%, seguida pela Vivo,

que tem 32,10% do mercado. A Oi surge em quarto lugar neste segmento, com uma quota de mercado de 5,47% (*Jornal de Negócios Online*, 2010).

No que diz respeito a Portugal, as operadoras móveis continuam a conquistar clientes. Em 2009, segundo a Autoridade Nacional de Comunicações (Anacom), existiam em Portugal 15,929 milhões de assinantes do Serviço Telefónico Móvel (STM), o que representa um aumento de 2,4% face ao trimestre anterior e de 6,5% em termos homólogos. De acordo com a mesma fonte, o peso dos cartões pós-pagos, 4,341 milhões, atingiu cerca de 27,2% do total de assinantes, tendo registado um crescimento de mais de 4 pontos percentuais nos últimos 2 anos. Segundo as projeções da Research and Markets, uma empresa que produz e comercializa estudos de mercado, o número de subscritores de números de telemóvel em Portugal passará dos 15,929 milhões, em 2009, para um total de 17,2 milhões em 2014.

Mais elementos, sobre a utilização de telemóveis, poderiam ser trazidos à colação, mas, por economia do presente texto, limito-me a este conjunto de indicadores, que, a meu ver, parece suficiente para se ter uma ideia sobre a dimensão desta nova mitologia da segunda modernidade.

### Conclusão

No seio desta *móvelevasão*, que há de comum entre o vulgar cidadão, que trabalha nas linhas de montagem de telemóveis, de telenovelas e de computadores, e o comunicador do capitão Kirk, de *Star Trek*, que inspirou o protótipo do telemóvel em 1973, por Martin Cooper? Uma mitologia que se construiu a partir do velho sonho da comunicação ubiquista, sem fios, aos usos expressivos de uma tecnologia polifuncional e personalizada, que dá poder aos pobres, às mulheres, aos homens, sem resolver, contudo, os seus problemas. Nunca uma inovação tecnológica se difundiu tão rápida e globalmente.

O continente africano adotou massivamente o telemóvel – enquanto a internet está ainda mal desenvolvida –, com taxas de penetração próximas dos países do Norte, em certos países do Sudeste Africano (Allard, 2010: 9). A Índia não foge à regra. Brasil e Portugal estão no mesmo caminho.

Assim, face à origem e expansão desta nova mitologia, são inegáveis, também, as experiências pessoais e sociais em curso pelo mundo e as promessas democráticas que abre este objeto já mitificado em que parece o telemóvel ter-se tornado, sem esquecer outras instrumentalizações, como as abordadas neste texto.

Na verdade, na ausência de outra possibilidade de ostentação e evidência, o telemóvel é também, para além da extrema funcionalidade e utilidade, uma forma menor de *peopolização*, um simulacro,

se pode dizer-se, que a substitui, um desejo de *peopolização* do seu possuidor, impedido do acesso a outras corporizações, em função dos seus proibitivos custos materiais.

Finalmente, pode dizer-se que, no impedimento de ingresso no quadro da celebração e de “tornar-se” *people*, os “crentes” na salvação pela *peopolização* encontram nas telenovelas uma forma de viver uma ilusão e, no telemóvel, a necessidade e urgência de visibilidade, recorrendo à exibição, que tem várias formas de representação.

Na impossibilidade de chegar aos desfiles de moda, ser interveniente em telenovelas, descartada qualquer possibilidade de *peopolização*, o refúgio e a fantasia são a telenovela, com o seu aparente poder do “saber” telenovelesco, e o telemóvel, vários modelos, muitas vezes, em resposta às pretensões do mercado. Em derradeira instância, são formas de mitigar as frustrações dos objetivos malsucedidos, dos delírios desfeitos, a expressão catártica da sua finitude, uma perspetiva que não pode ser vista de modo absoluto, sem, contudo, lhe retirar o carácter universal da sua proficuidade.

### Notas

- <sup>1</sup> O “buzz” é a experiência de jogo social que já vendeu milhões e ganhou prémios da British Academy of Film and Television Arts (BAFTA) e que traz diretamente, para a sala de estar, a emoção dos programas de *quiz*, em exclusivo nos formatos *Playstation*. *Quiz* é uma forma de avaliar uma grande quantidade de pessoas com um questionário com respostas do tipo “certo ou errado” e chegar a um consenso geral. Existem vários tipos de *quiz*: o que funciona como inquérito pessoal sobre uma pessoa, ou o que tem perguntas que levam a um resultado em comum.

### Bibliografia

- ADORNO, T. W. (2000), *Des étoiles à la terre: la rubrique du Los Angeles Times. Étude sur une superstition secondaire*, Traduction française, Paris, Exils Editeur, in <http://www.chapitre.com/CHAPITRE/fr/BOOK/adorno-theodor-wiesengrund/des-etoiles-terre-a-terre-etude-sur-l-astrologie-et-la-superstion,1610545.aspx>
- Agência Financeira, 2010-08-20, in <http://www.agenciafinanceira.iol.pt/media-e-tecnologia/telemoveis-brasil-utilizadores-agencia-financeira/1185939-2974.html>
- ALLARD, L. (2010), *Mythologie du portable*, S. I., Le Cavalier Bleu éditions, coll. Myth'O.
- ALVES, J. A. S. (2005), *O Poder da Comunicação. A história do poder dos media: dos primórdios da imprensa aos dias da Internet*, Lisboa, Casa das Letras.
- BARTHES, R. (2001), *Mythologies*, Paris, Seuil.
- DAKHLIA, J. (2010), *Mythologie de la peopolisation*, S. I., Le Cavalier Bleu éditions, coll. Myth'O.

- ESQUENAZI, J.-P. (2009), *Mythologie des séries télé*, S. l., Le Cavalier Bleu éditions, coll. Myth'O.
- FISKE, J. (1987), *Television Culture (Studies in Communication Series)*, Londres, Methuen & Co. Ltd.
- FISKE, J. (1989), *Understanding Popular Culture*, Londres: Routledge.
- FISKE, J. e J. Hartley (1989), *Reading television*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- Jornal de Negócios Online*, 21 Dezembro 2010, in [http://www.jornaldenegocios.pt/home.php?template=SHOWNEWS\\_V2&id=459771](http://www.jornaldenegocios.pt/home.php?template=SHOWNEWS_V2&id=459771)
- Jornal de Negócios Online*, 09 Março 2011, in [http://www.jornaldenegocios.pt/home.php?template=SHOWNEWS\\_V2&id=410805](http://www.jornaldenegocios.pt/home.php?template=SHOWNEWS_V2&id=410805)
- THIESSE, A.-M. (2000), *Le roman du quotidien: lecteurs et lectures populaires à la Belle-Époque*, Paris, Éd. du Seuil.
- WOLTON, D. (2006), *É preciso salvar a comunicação*, São Paulo, Paulus.
- WOLTON, D. (2007), *Sauver la communication*, Paris, Flammarion.

# CONTRIBUTOS PARA UMA ANÁLISE DA TESE DA “MODERNIDADE REFLEXIVA” DE ANTHONY GIDDENS, A PARTIR DA PERSPETIVA DE PIERRE BOURDIEU<sup>1</sup>

M. Benedita Portugal e Melo

■ Doutorada em Sociologia pelo ISCTE. Professora Auxiliar. Instituto de Educação. Universidade de Lisboa (mbmelo@ie.ul.pt)

## Resumo

Cativante, a tese da “modernidade reflexiva” de A. Giddens dificilmente poderá ser sustentada empiricamente se alguns dos seus pressupostos não forem (re)equacionados. Confrontando a perspetiva de A. Giddens com a de P. Bourdieu, procura-se, assim, neste artigo, dar resposta às seguintes questões: a) o contacto com os conhecimentos periciais é suficiente para os indivíduos quebrarem a inércia da rotina que alimenta as suas práticas quotidianas e desenvolverem uma reflexividade distinta da reflexividade prática que usualmente constroem? b) o que caracteriza a reflexividade institucional? c) quais são os fatores que possibilitam a disseminação e receção de uma reflexividade baseada em conhecimentos periciais? A argumentação apresentada desenvolve a hipótese de que os atores sociais constroem diferentes tipos de reflexividade e só sentirão a urgência de produzir uma reflexividade “suprarracionalizada” se se encontrarem perante “situações críticas” (Giddens, 1989).

**Palavras-chave:** modernidade reflexiva, reflexividade prática, reflexividade institucional

## Abstract

Seductive, the theory of “reflexive modernity” by A. Giddens can hardly be empirically sustained if some of its assumptions are not (re)evaluated. By confronting Anthony Giddens perspective with Pierre Bourdieu’s, we try to answer in this article to the following questions: a) is contact with expertise knowledge sufficient for individuals to break the inertia of the routine that feeds their daily practices and develop a reflexivity that differs from the practical reflexivity they usually build?; b) what characterizes institutional reflexivity?; c) which are the factors that enable the dissemination and reception of a reflexivity based on expertise knowledge? The discussion we propose here develops the hypothesis that social actors build different types of reflexivity and will only feel the urge to produce a supra rationalized reflexivity if they are facing “critical situations” (Giddens, 1989).

**Keywords:** reflexive modernity, practical reflexivity, institutional reflexivity

## Introdução

A tese da “*modernidade reflexiva*” – da qual Anthony Giddens é um dos seus mais notáveis autores – sustenta a ideia de que o exponencial aumento de conhecimentos propiciado pelos sistemas periciais, entre os quais se destaca a produção

na área das ciências sociais, o crescente contacto dos indivíduos com especialistas de diversas áreas (medicina, psicologia, ambiente...) e a divulgação intensiva de informações especializadas pelos *media*, tem possibilitado aos indivíduos aceder a uma diversidade de experiências socializadoras que extravasam o seu mundo quotidiano *mais restrito* e

enriquecem os seus recursos cognitivos. Por isso, os quadros de perceção, avaliação e orientação para a ação acionados pelos atores sociais são, atualmente, cada vez mais influenciados por um conjunto de saberes especializados.

Um pressuposto fundamental elaborado pelo próprio Anthony Giddens (1998) permite-nos desenvolver um conjunto de reflexões com vista à sustentação desta tese. Esse pressuposto diz respeito à ideia de que a monitorização reflexiva da atividade social é uma característica crónica da ação quotidiana. Nas palavras do próprio Giddens, “a acção humana incorpora um controlo consistente (...), um controlo que nunca afrouxa – do comportamento e dos seus contextos” (Giddens, 1998: 26). Embora, para Giddens, este não seja o sentido de reflexividade que está especificamente relacionado com a “modernidade tardia”, constitui a base necessária para ela (Giddens, 1998: 26).

Ora, a monitorização reflexiva da ação opera-se através da *consciência prática* e depende da competência que os atores sociais possuem para racionalizar as suas ações. A racionalização da ação corresponde a “um contínuo «entendimento teórico» que os indivíduos mantêm sobre as bases da sua actividade” (Giddens, 1989: 4). Falamos, desta forma, da “consciência prática” que ocorre na esfera da vida quotidiana e que diz respeito à maioria das regras envolvidas na produção e reprodução de práticas sociais que são apenas *tacitamente* aprendidas pelos atores. Nas palavras de Giddens, a consciência das regras sociais, expressa sobretudo na consciência prática, constitui o “próprio âmago daquela «cognoscitividade» que caracteriza especificamente os agentes humanos” (Giddens, 1989: 17).

Todavia, a consciência prática é condicionada pelas condições objetivas que estão na génese do *stock* de conhecimentos que possibilita a monitorização do dia a dia. Este facto é sublinhado por Giddens, quando o autor salienta o *poder diferencial* dos indivíduos.

Não significa isso, no entanto, que os atores sociais não possam *ampliar* o seu campo cognitivo e associar à reflexividade «prática» múltiplas referências cognitivas – baseadas em saberes especializados – que concorrem para complexificar os seus esquemas de perceção da realidade envolvente e a sua ação social.

A escola constitui um campo no qual se organizam e produzem reflexividades de caráter diverso e se efetuam mediações da reflexividade pericial. Ao difundir, de forma “traduzida” e contextualizada, conhecimentos especializados, acrescentando-os aos que os indivíduos aplicam nas suas ações comuns, o sistema escolar poderá potenciar níveis acrescidos de reflexividade.

Por sua vez, a reflexividade produzida pelas organizações periciais tanto pode constituir uma

fonte de informação para a escola como é muitas vezes difundida pela comunicação social.

Os *media* constituem justamente um outro campo onde também circulam, se desenvolvem e se difundem diversas reflexividades. Todavia, as lógicas que regulam a produção e difusão de informação e conhecimento neste sistema e os fatores que interferem nos processos de receção das mensagens mediáticas podem contribuir para neutralizar os efeitos dos *media* na promoção de uma reflexividade baseada em conhecimentos periciais. Ainda assim, admitimos que os indivíduos podem complexificar os seus recursos cognitivos se for possível acederem a reflexividades mediatizadas de caráter mais científico.

Estas reflexividades não circulam de forma independente: tal como muitas das informações que são produzidas pelos *media* constituem um universo de referências que os indivíduos apropriam – ainda que de modo distinto – e acumulam ao seu *stock* de conhecimentos, as práticas quotidianas dos atores sociais também podem alimentar a produção da informação mediática.

Em nosso entender, será, portanto, através da interseção e circulação de reflexividades, associadas ao exponencial aumento da circulação de informações propiciada pelos *media*, que os indivíduos poderão contactar com uma diversidade de experiências socializadoras e aceder a outros recursos cognitivos – desigualmente repartidos – que podem complexificar a sua reflexividade «prática».

Mas, para podermos sustentar empiricamente a tese da modernidade reflexiva, é ainda necessário esclarecer várias perplexidades: a) o contacto com os conhecimentos periciais é suficiente para os indivíduos quebrarem a inércia da rotina que alimenta as suas práticas quotidianas e desenvolverem uma reflexividade distinta da reflexividade prática que usualmente constroem?; b) o que caracteriza a reflexividade institucional?; c) quais são os fatores que possibilitam a disseminação e receção de uma reflexividade baseada em conhecimentos periciais?

Defendendo a tese de que entre a reflexividade prática e a reflexividade científica existem níveis intermédios de consciências reflexivas que poderão ser desenvolvidos sob determinadas condições e em determinadas situações, apresentaremos, neste artigo, uma tipologia de reflexividades que procura dar resposta às questões enunciadas.

### 1. Da teoria da estruturação ao conceito de reflexividade institucional

A noção de “reflexividade” é central nas análises mais recentes de Giddens (1998, 2000a, 2000b, 2001). A influência do pensamento filosófico desenvolvido por Descartes, Kant, Hegel e Husserl no quadro teórico deste autor permite-nos consi-

derar que o sentido de "reflexividade" se enquadra na matriz racionalista ocidental, significando, por isso, *reflexão racional* (Domingues, 2002: 57). Partilhamos, assim, da opinião segundo a qual a reflexividade de Giddens se refere, de uma forma ou de outra, ao que Descartes consagrou como o *cogito*, ou seja, «a capacidade da consciência de pensar-se a si mesma» e que será devido "ao papel da razão que o indivíduo possuirá a capacidade para se encarar a si mesmo e reconhecer-se para além das suas experiências comuns" (Domingues, 2002: 58).

Todavia, em nosso entender, a reflexividade não se poderá reduzir ao conceito de razão, uma vez que Giddens a associa, também, à ideia de conhecimento e à importância deste no *controlo das ações* dos atores sociais.

Com efeito, a sua teoria assenta no pressuposto de que a mudança social é possível, porque os atores sociais possuem a capacidade racional de analisar as informações que recebem para conceberem estratégias de atuação que visam transformar, positivamente, as condições de existência em que se encontram (Giddens, 1989, 2000b, 1998, 2001).

Esta relação entre interesse, consciência individual racional e ação é desenvolvida por Giddens na teoria da estruturação, nomeadamente nas considerações que efetua a propósito das ações intencionais e não intencionais, da agência humana e da sua relação com o poder (Giddens, 1989, 2000a).

De acordo com o autor, "«agência» não se refere às intenções que as pessoas têm ao fazer as coisas mas à capacidade delas para realizar essas coisas em primeiro lugar. "Agência" diz respeito "a eventos dos quais um indivíduo é o perpetrador, no sentido em que ele poderia, em qualquer fase de uma dada sequência de conduta, ter actuado de modo *diferente*" (Giddens, 1989: 7).

É devido à "conexão lógica" existente entre *ação* e *poder* que os indivíduos, segundo Giddens, poderão desenvolver processos de mudança social. O autor considera, com o efeito, que "os agentes sociais são capazes de actuar de *outro* modo, isto é, são capazes de *intervir* no mundo, ou abster-se de tal intervenção, com o efeito de influenciar um processo ou estado específico de coisas" (Giddens, 1989: 11).

A sua conceção dos indivíduos como *agentes* corrobora precisamente esta ideia. A ação depende da capacidade e do poder que os indivíduos possuem para "*criar uma diferença*" em relação ao estado de coisas ou curso de eventos preexistente (Giddens, 1989: 11).

Não significa isto que o autor não reconheça que não existam lógicas de coerção social que limitam o poder dos indivíduos e a sua capacidade de obter resultados. Uma das características da dualidade da estrutura reside justamente no facto de o poder "pressupor relações regularizadas de *autonomia*

e *dependência* entre atores ou colectividades em contextos de interação social" (Giddens, 1989: 12).

Mas é a possibilidade de os agentes serem autónomos relativamente à "estrutura", ou, por outras palavras, é o facto de os indivíduos não só reproduzirem as características dos sistemas sociais na sua ação, como de serem também capazes de as *produzir* (Giddens, 1989: 72), que nos permite associar os conceitos de "agência", "poder" e "ação" ao conceito de reflexividade.

De facto, ao considerar que os indivíduos detêm a possibilidade de "*penetrar*" nas condições de reprodução do sistema social, na medida em que produzem *conhecimento* sobre esse mesmo sistema (Giddens, 1989: 73), parece-nos que o autor atribui ao conceito de reflexividade uma forte carga «capacitante».

Será, aliás, nesta ordem de ideias, que Giddens apresenta a noção de "reflexividade institucional" (1998, 2001). Subjacente a este conceito parece estar o princípio que explicita a "dupla hermenêutica". Referimo-nos à perspetiva segundo a qual as instituições não funcionam "apenas «por detrás»" dos atores sociais que as produzem e reproduzem, já que "todo o membro competente de qualquer sociedade sabe bastante sobre as instituições dessa mesma sociedade, não sendo tal conhecimento *secundário* para o funcionamento da sociedade, encontrando-se antes necessariamente envolvido no mesmo" (sublinhados de Giddens, 2000a: 46).

Tendo em atenção a expansão dos sistemas periciais e o aumento substancial de possibilidades para se aceder ao vasto conjunto de informações especializadas que são difundidas, Giddens parece considerar que estarão criadas as condições para as sociedades atuais desenvolverem processos acrescidos de reflexão e análise sobre si mesmas (Giddens, 2001: 18).

A noção de "reflexividade institucional" parece-nos, assim, diretamente associada à ideia de que todos os indivíduos possuem competências para receber os conhecimentos científicos divulgados, produzindo, a partir destes, outros conhecimentos que, por sua vez, irão contribuir para enriquecer os novos conhecimentos científicos que os cientistas sociais constroem sobre a realidade social.

Ter em consideração a influência que o conhecimento produzido pelas ciências sociais poderá ter na construção dos modelos concetuais interpretativos dos atores sociais não significa, no entanto, que possamos considerar que as principais normas em que os indivíduos se baseiam para gerir as circunstâncias sejam as que estão associadas à produção de conhecimentos especializados. Em última análise, este raciocínio levar-nos-ia a admitir que a reflexividade dos agentes sociais seria especificamente constituída por um nível de conceções totalmente enquadradas em *pressupostos científicos específicos*.

Ora, em nossa opinião, serão apenas os cientistas sociais os sujeitos cognoscentes que detêm os meios – científicos, refira-se – para efetuar uma “rutura epistemológica” com o pré-construído, de modo a reintroduzirem nas suas análises “a consciência dos pressupostos e dos preconceitos, associados ao ponto de vista local e localizado daquele que constrói o espaço dos pontos de vista” (Bourdieu, 1989: 52). Por isso, apenas estes estão em condições de praticar a *reflexividade científica*.

É necessário ter também em atenção que os conhecimentos científicos produzidos pela ciência dependem da estrutura e funcionamento da ciência como *instituição* e *sistema específico* de produção de conhecimentos, estrutura e funcionamento esses que, por sua vez, são condicionados por outras instituições e dinâmicas sociais. O desenvolvimento da produção científica (sobre a realidade social) é condicionado, não só pelas “condições internas da investigação científica – princípios, meios e resultados teóricos – como pelas condições sociais e institucionais em que esta é realizada” (Silva e Pinto, 1987: 11).

A reflexividade científica, por ser baseada em saberes periciais, criados em *instituições próprias* que gerem a sua produção e difusão mediante determinadas condições *transforma-se*, assim, em reflexividade institucional, ou, mais precisamente, em distintas reflexividades institucionais. A reflexividade institucional corresponde, portanto, à forma particular de conhecimento produzida pelas ciências, nomeadamente pelas ciências sociais.

## 2. Da reflexividade prática à reflexividade simbólico-ideológica

Ao contrário dos cientistas, os indivíduos monitorizam as suas ações através da consciência prática – já o dissemos – mas também mediante um outro tipo de consciência que Giddens denomina como consciência discursiva. O conceito de consciência discursiva encontra-se diretamente relacionado com o facto de os atores competentes poderem quase sempre racionalizar as suas ações, no sentido em que podem explicitar, *discursivamente*, as suas intenções – e motivos – para atuarem do modo como atuam (Giddens, 1989: 5).

O que distinguirá o conceito de consciência discursiva do conceito de consciência prática é o pressuposto de que o ser humano, enquanto agente intencional, tem razões para realizar as suas atividades e *também está apto*, se solicitado, a elaborar *discursivamente* essas razões (Giddens, 1989: 2). Nesta ordem de ideias, consciência discursiva “significa ser capaz de pôr coisas em *palavras*” (Giddens, 1989: 36).

Giddens refere-se aos atos de comunicação, parecendo considerar que todos os indivíduos possuem capacidades e condições idênticas para obje-

tivarem o sentido vivido das suas práticas sociais, sob a forma de um discurso, oral ou escrito.

Ora, tal como entendemos que existem distinções substanciais entre as condições objetivas que estão na génese do *stock* de conhecimentos que os indivíduos mobilizam para monitorizarem o seu dia a dia, somos também da opinião que a mesma desigualdade de recursos impossibilitará todos os indivíduos de se expressarem nos mesmos termos e em iguais condições. Na verdade, a sociologia tem demonstrado que, a) “a probabilidade de acesso aos instrumentos de produção e/ou verbalização de opiniões oscila em função do capital cultural e escolar dos agentes sociais e do grau de familiaridade destes com a escrita e outras formas de racionalização e de produção controlada de sentido” e que b) “os actos de fala dependem ainda das «estruturas do mercado linguístico»” (Almeida e Pinto, 1987: 77). Além disso, como Almeida e Pinto igualmente afirmam, “os actos de comunicação (...) são sempre social e situacionalmente determinados” (Almeida e Pinto, 1987: 76).

Porém, tal como não salienta as diferentes lógicas de poder simbólico que estruturam “o campo das trocas linguísticas” (Bourdieu, 1989, 2003), Giddens não efetua uma distinção aprofundada entre o conceito de consciência prática e consciência discursiva. Aliás, o próprio autor assume que a diferença entre estas noções “não é rígida e impermeável” e que “não há barreiras entre estes dois tipos de consciência; há apenas as diferenças entre o que pode ser *dito* e o que, de modo característico, é simplesmente *feito*” (Giddens, 1989: 5).

Ao interrogar-se em que sentido os agentes sociais são “cognoscitivos”, Giddens também não distingue claramente o que entende por “conhecimento prático” e por “conhecimento discursivo”. Uma vez que a consciência prática consiste “no conhecimento das regras e táticas mediante as quais a vida social é constituída e reconstituída através do tempo e do espaço” (Giddens, 1989: 72), poderemos considerar que o conhecimento que lhe está implícito é o responsável pela orientação das ações que os indivíduos desenvolvem habitualmente em *contextos específicos*, ou seja, em condições de espaço e de tempo específicas.

Todavia, existem diferenças potenciais entre o conhecimento das regras e táticas da conduta prática nos meios em que os agentes se movimentam e o conhecimento daquelas que se aplicam em contextos *remotos* da sua experiência pessoal. Se os indivíduos demonstram possuir este conhecimento em determinadas situações do seu quotidiano será, sobretudo, “no conhecimento – ou nas afirmações de crença – que conseguem formular *discursivamente*, que os agentes mostram possuir uma consciência de condições mais amplas da vida social do que aquelas em que suas próprias actividades ocorrem. (...)

quando falamos do «conhecimento que os actores têm das suas sociedades» (e de outras), a referência é à *consciência discursiva*” (Giddens, 1989: 72-73).

A distinção que se adivinha entre o conhecimento produzido pela “consciência prática” e o conhecimento gerado pela “consciência discursiva” torna-se mais perceptível quando Giddens enumera os fatores que tendem a influenciar “o nível e a natureza da «penetração» dos actores sociais nas condições de reprodução do sistema” (Giddens, 1989: 73). Na sua opinião, este encontra-se dependente das seguintes circunstâncias: “1) os meios de acesso dos actores ao conhecimento, em virtude da sua localização social; 2) os modos de articulação do conhecimento; 3) as circunstâncias referentes à validade das afirmações de crenças interpretadas como «conhecimento»; 4) os factores relacionados com os meios de disseminação do conhecimento disponível” (Giddens, 1989: 73).

Nesta ordem de ideias, entendemos que o conhecimento que orienta a consciência prática dos actores sociais equivale ao que em sociologia se designa como conhecimento de *senso comum* (Silva, 1987: 31). Referimo-nos, em síntese, ao conhecimento mais “espontâneo” que os indivíduos constroem no decorrer das suas *experiências sociais diretas*. A “abrangência”, “diversificação” e “complexidade” deste património cognitivo dependerá das condições que os actores sociais possuem para aceder – *sem mediações* – a diferentes quotidianos sociais, culturais, económicos e geográficos.

Já o conhecimento “discursivo” poderá equivaler a um “2.º grau” de construção de conhecimento, no qual os actores sociais produzem “conhecimentos” de senso comum sobre outros “conhecimentos” de senso comum. Será, com efeito, a este nível que a “*dupla hermenêutica*” se consubstanciará, uma vez que nos parece que é nas situações discursivas que todos os outros membros competentes da sociedade poderão avaliar em que medida o conhecimento das convenções sociais, de si mesmo e dos outros seres humanos, “é detalhado e impressionante” e como “todos poderão ser hábeis sociólogos” (Giddens, 1989: 20).

Será, enfim, através da consciência discursiva que os indivíduos possuirão mais possibilidades de complexificar as suas percepções cognitivas, dada a influência que uma esfera central de propagação de crenças, representações e conhecimentos especializados – os *media* – detêm no seu quotidiano.

A importância deste sistema social para o uso e desenvolvimento da “reflexividade” discursiva é, aliás, indicada por Giddens, ao assinalar o facto de os veículos de comunicação escrita, impressa e eletrónica terem sempre influenciado “não só os *stocks* de conhecimento disponível, como também os tipos de conhecimento produzidos” (Giddens, 1989: 74).

Muito embora consideremos que a informação produzida e veiculada pelo campo mediático poderá potenciar a “reflexividade discursiva”, parece-nos que os actores sociais não dispõem dos mesmos sistemas de disposições para mobilizarem discursivamente os conhecimentos socialmente difundidos. Por isso, será através de um acesso *desigual* a este espaço de mediação que poderá decorrer uma partilha de patrimónios cognitivos compostos por representações de conhecimentos abstratos.

Por outro lado, apesar de aceitarmos a ideia de que “o surgimento de discursos da ciência social influencia claramente todos os níveis de interpretação social nas sociedades em que ela se tornou influente” (Giddens, 1989: 73), defendemos que estes níveis de interpretação social são forçosamente condicionados pelos sistemas ideológicos que os indivíduos partilham entre si.

Os pressupostos da teoria multidisciplinar da ideologia e suas relações com o discurso de Van Dijk (2005) obrigam-nos, com efeito, a sublinhar que ao processo de racionalização dos comportamentos se encontra subjacente, por parte dos actores sociais, um processo de mobilização de sistemas ideológicos. Na concepção de Van Dijk, “é sobretudo através de enunciados escritos e orais – elaborados por actores sociais, enquanto membros de um grupo, que as ideologias são produzidas e reproduzidas” (Van Dijk, 2005: 135). Deste modo, conclui o autor, “são os sistemas ideológicos que «*dirigem*» as opiniões, apreciações e representações dos indivíduos, orientando, pois, o *significado* dos seus discursos” (Van Dijk, 2005: 141).

Neste sentido, importará chamar a atenção para o facto de grande parte do discurso científico ser mediado pelos meios de comunicação social através de lógicas muito específicas que originam uma transmissão muito seletiva e particularizada desse mesmo discurso (Melo, 2009).

A questão essencial, em nosso entender, reside no modo como se processa a comunicação do conhecimento. Se, como afirma Van Dijk, “as ideologias têm a função cognitiva de organizar as representações sociais (atitudes, conhecimentos) do grupo, orientando, assim, indirectamente, as práticas sociais relativas àquele e, conseqüentemente, também as produções escritas e orais dos seus membros” (2005: 141), teremos de pressupor que o processo de propagação e receção de conhecimentos – ao assentar em discursos – é orientado pelos sistemas ideológicos de grupos sociais específicos.

Nesta ordem de ideias, parece-nos que a reflexividade discursiva comportará um nível de “conhecimento” que é construído a partir dos “sistemas mais específicos [as ideologias] nos quais se baseiam as representações sociais e os processos mentais” dos actores sociais (Van Dijk, 2005: 138).

Os conceitos de “*maîtrise* prática” e “*maîtrise* simbólica da prática”, propostos por Pierre Bourdieu, permitem-nos compreender melhor os complexos processos sociais de produção de sentido que estão em causa quando os atores sociais desenvolvem a reflexividade discursiva.

A “*maîtrise* prática” implicará “um saber imediato e destituído de regras”, que é fundado diretamente no *habitus* (Pinto, 2000: 64-65). É, portanto, mediante o conceito de *habitus* (de classe), que Bourdieu dá conta dos “sistemas de automatismos e disposições a partir das quais os agentes sociais espontaneamente percebem e avaliam os objectos, comportamentos e situações com que se confrontam” no seu quotidiano (Pinto, 2000: 65).

Neste sentido, o conceito de “consciência prática” de Giddens parece aproximar-se do conceito de “*maîtrise* prática” ou, mais exatamente, do conceito de *habitus* de Bourdieu, uma vez que a “*maîtrise* prática” dependerá do *habitus*. Ambos procuram salientar como o entendimento humano, ao nível da prática imediata, se constrói espontaneamente, e ambos pressupõem “o lado activo do conhecimento prático” (Bourdieu, 1989: 61). Como o próprio Bourdieu afirma, com a utilização da noção de “*generative grammar* desejava pôr em evidência as capacidades criadoras, activas, inventivas do *habitus* e do agente (...), chamando a atenção para a ideia de que este poder gerador é o de um *agente em acção*” (Bourdieu, 1989: 61). A intenção teórica de Bourdieu, ao utilizar a palavra *habitus*, era, assim, “a de sair da filosofia da consciência sem anular o agente na sua verdade de operador prático de construção de objecto” (Bourdieu, 1989: 62). Admitimos que Giddens poderá ter tido uma preocupação idêntica com o conceito de “consciência prática”.

Isso não significa que não reconhecamos as divergências analíticas que separam as concepções destes dois autores. Na verdade, enquanto Giddens parece situar a «mola» da ação nas escolhas *utilitárias* e *conscientes* dos indivíduos, Bourdieu “amplia a esfera do *interesse*, reduzindo a da utilidade e a da consciência” (Bourdieu & Wacquant, 1992: 15).

O modo como Bourdieu e Giddens concebem o “espaço de possíveis” é, por outro lado, bastante distinto. Enquanto Bourdieu considera que este é limitado pelo *habitus*, isto é, pelo facto de os indivíduos incorporarem uma “gramática geradora” de práticas conformes às estruturas objetivas, revelando, assim, um “modo de pensar disposicional” condicionado pela estrutura social, Giddens, por sua vez, amplia o “campo de possíveis” através do conceito de “agência”, defendendo que não existem estruturas sociais que sejam independentes dos indivíduos e das suas estruturas de interação.

Será, porventura, devido a esta distinção fundamental que Bourdieu analisa em termos muito diversos de Giddens o que está em jogo na produção

do conhecimento próprio da consciência discursiva, distanciando-se de Giddens ao associar os processos de racionalização discursiva aos processos simbólicos e ideológicos que regulam os campos sociais onde aqueles processos se inscrevem.

De acordo com Bourdieu, os símbolos constituem instrumentos por excelência da “integração social”: “enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação (...) eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui, fundamentalmente, para a reprodução da ordem social” (Bourdieu, 1989: 10). Os sistemas simbólicos constituem, por isso, instrumentos de conhecimento e comunicação, mas, além disso, constituem também instrumentos de domínio, na medida em que são estruturados pelo poder simbólico.

O poder simbólico, “esse poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (Bourdieu, 1989: 7-8), “é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica: o sentido imediato do mundo e, em particular, do mundo social” (Bourdieu, 1989: 9).

No processo de racionalização discursiva, este poder traduz-se na faculdade de impor significações e impô-las como legítimas. As diferentes classes e fracções de classe encontram-se, assim, envolvidas numa luta propriamente simbólica “para imporem a definição do mundo social mais conforme aos seus interesses e imporem o campo das tomadas de posições ideológicas reproduzindo, em forma transfigurada, o campo das posições sociais” (Bourdieu, 1989: 11). Esta luta pode ser conduzida quer *diretamente*, nos conflitos simbólicos da vida quotidiana, quer por *procuração*, por meio da luta travada pelos *especialistas da produção simbólica*, na qual está em jogo o monopólio da violência simbólica legítima, quer dizer, do poder de impor – e mesmo inculcar – instrumentos de conhecimento e de expressão (taxinomas) arbitrários – embora ignorados como tais – da realidade social (Bourdieu, 1989: 11-12).

Ao chamar a atenção para o facto de a análise dos processos de racionalização discursiva não poder ser dissociada destas questões, a perspectiva de Bourdieu permite-nos pressupor, em síntese, que a reflexividade produzida pelos atores sociais não é tanto uma reflexividade discursiva, nos termos em que Giddens a concebe, mas, sobretudo, uma reflexividade “*simbólico-ideológica*”.

Associamos aos processos simbólico-ideológicos a noção de reflexividade, na medida em que aceitamos que os sistemas simbólicos são “produtos sociais que *produzem* o mundo, porque não lhes chega reflectirem as relações sociais mas contribuir para a sua constituição” (Bourdieu e Wacquant, 1992: 8). Neste sentido, as reflexões simbólicas e

ideológicas produzidas pelos atores sociais podem ser perspectivadas como "ações atuantes". Tal como "os «sistemas simbólicos», enquanto instrumentos de conhecimento e comunicação, só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados" (Bourdieu 1989: 9), em nossa opinião, a reflexividade produzida nesses mesmos sistemas obedecerá às mesmas condições.

### 3. Condições para a prática de uma reflexividade de 3.º grau: a reflexividade técnico-ideológica

Equacionar a reflexividade nestes termos não invalida que coloquemos a hipótese de alguns atores sociais que intervêm no espaço dos *media* poderem construir e difundir um modelo conceitual mais próximo de uma reflexividade hiper racionalizada. A capacidade de os indivíduos divulgarem e receberem uma reflexividade distinta da reflexividade simbólico-ideológica que acionam regularmente nas suas interações discursivas estará dependente das "capacidades «criadoras» e inventivas dos seus *habitus*" (Bourdieu, 1989: 61), isto é, da margem de manobra que detiverem relativamente à estrutura dos campos sociais onde se poderá constituir.

Ora, os *media* constituem um campo de produção simbólica e ideológica, na medida em que este sistema tem o poder "de constituir o dado pela enunciação, de *fazer ver* e *fazer crer*, de *confirmar* ou *transformar a visão do mundo* e, deste modo, o mundo" (Bourdieu, 1989: 15). Mas o que faz "o poder das palavras e das palavras de ordem é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia" (Bourdieu, 1989: 15).

Assim, entre os *especialistas da produção simbólica*, serão aqueles que detêm o poder no interior do campo dos *media* que deterão a *legitimidade* de produzir os discursos que serão reconhecidos, isto é, *legitimados* socialmente. Serão estes que darão origem ao efeito ideológico que se faz sentir no campo mediático: a imposição de sistemas de classificação políticos sob a aparência legítima de taxinomias científicas. Serão, estes, em suma, que fabricam discursos a partir de uma reflexividade "*simbólico-ideológica*".

Todavia, alguns peritos poderão reunir condições privilegiadas para construir uma reflexividade com contornos científicos. Referimo-nos aos cientistas e a alguns "*mediadores da produção simbólica*", que possuem, tal como outros especialistas, um saber científico e um saber prático.

A questão é que o espaço dos meios de comunicação social é atualmente habitado, de forma conflituosa e competitiva, por estes grupos sociais, mas usualmente está dominado pelos *especialistas da representação do mundo social* (Melo, 2009). Portanto, só será possível que *outras* representações

sociais que não as dominantes possam ter lugar nos *media* se for posta em causa a hierarquia e os princípios que têm suportado a estrutura deste campo.

Por outro lado, o reconhecimento da preponderância do conhecimento "prático" na monitorização do quotidiano dos indivíduos leva-nos a pensar que será, sobretudo, quando confrontados com *situações críticas*<sup>2</sup> que estes sentirão a necessidade de produzir e reproduzir um conhecimento mais próximo do conhecimento "suprarracionalizado". Neste sentido, pressupomos que será quando a *segurança ontológica* é especialmente afetada – devido a determinadas circunstâncias ameaçadoras ou destruidoras das certezas das *rotinas institucionalizadas* – que a "estrutura" tenderá a *capacitar* os indivíduos em vez de os constranger (Giddens, 2000a: 43).

Enquanto campo central de propagação *globalizada* de notícias relativas a *situações críticas* e de informações *contraditórias* a este propósito, os *media* são responsáveis quer pela *amplificação* da perceção social daqueles riscos, quer pelo desenvolvimento da noção "pública" de que a ciência não produz um "saber" válido em termos definitivos.

Se a proliferação de informações respeitantes aos riscos poderá provocar a urgência de se recorrer aos conhecimentos periciais, a abundância de informações antinómicas perante as quais os indivíduos se deparam acentuará a sua necessidade de depositar *confiança* em alguns daqueles conhecimentos. Entre outros fatores, esta relação de confiança dependerá da *credibilidade* que os indivíduos atribuem a essas notícias.

Resta saber se os *media* representam, para a "opinião pública", uma fonte de informações suficientemente credível para os levar a acreditar que estão perante uma "*situação de risco*". Se assim for, estarão reunidas as condições necessárias para os indivíduos construírem uma perceção da realidade social mais concordante com a das ciências em detrimento de uma perceção da realidade social mais própria do senso comum. Referimo-nos, muito concretamente, ao que poderá ser denominado como uma reflexividade "*técnico-ideológica*", na qual a apropriação do conhecimento abstrato desempenhará um papel fundamental.

É, com efeito, a apropriação social do conhecimento especializado e a sua consequente objetivação nas racionalizações discursivas que nos permite distinguir a reflexividade *técnico-ideológica* da reflexividade *simbólico-ideológica*.

A reflexividade *técnico-ideológica* (de "3.º grau") será equivalente ao conhecimento que é construído pelos atores sociais quando estes, após apropriarem elementos da teoria e pesquisa científica, produzem análises que visam interpretar um conjunto de ocorrências singulares, *desconstruindo* os constrangimentos sociais, culturais e institucionais que as ordenam sem, no entanto, terem consciên-

cia que são condicionados por pré-construções e princípios do senso comum.

Por via da incorporação de discursos especializados, a reflexividade “*técnico-ideológica*” poderá reproduzir algumas preocupações de “generalidade, especialização temática ou problemática”, no desenvolvimento dos argumentos avançados (Caria, 2002: 806). Mas, em nosso entender, a reflexividade “*técnico-ideológica*” não traduzirá um novo olhar sobre o mundo social, totalmente superracionalizado, já que para isso seria necessário que os atores sociais soubessem utilizar os meios científicos para efetuar as *ruturas epistemológicas* que presidem à construção do conhecimento científico.

É, portanto, pelo facto de *não* terem sido formados para possuírem a consciência de que as suas reflexões são condicionadas pelo ponto a partir do qual constroem os seus pontos de vista que entendemos que os atores sociais poderão praticar uma “*reflexividade técnico-ideológica*” e os cientistas sociais a *reflexividade científica* (de 4.º grau)<sup>3</sup>.

#### Notas conclusivas

Na modernidade tardia, os atores sociais acedem, por intermédio do sistema de ensino e dos media, a uma multiplicidade de referências cognitivas que extravasam o seu mundo quotidiano mais restrito e enriquecem o seu esquema de percepção da realidade envolvente.

Isso não significa, porém, que desenvolvam uma reflexividade superracionalizada, pois esta tem de ser fabricada de acordo com as regras do jogo científico. Ao contrário dos especialistas, os indivíduos monitorizam o seu quotidiano através de uma consciência de tipo simbólico-ideológico e é esta que predominantemente é difundida pelos *media* (Melo, 2009).

Em nosso entender, os atores sociais só sentirão a urgência de quebrarem a inércia da rotina que alimenta o seu quotidiano e de produzirem uma reflexividade distinta da que constroem no dia a dia quando sentirem que a sua *segurança ontológica* poderá ser especialmente afetada devido a determinadas circunstâncias ameaçadoras das certezas das *rotinas institucionalizadas*. Será, assim, perante “*situações críticas*” passíveis de provocar a dúvida radical que os atores sociais recorrerão ao conhecimento baseado em informações científicas – desenvolvendo uma reflexividade de tipo técnico-ideológico – para produzir uma ação social *inovadora*.

Alguns mediadores da produção simbólica podem difundir a reflexividade *técnico-ideológica*, mas isso estará dependente da “*margem de manobra*” que dispõem para intervir no campo mediático. Se a concorrência entre estes peritos e os “*especialistas da representação do mundo social*”

possibilitar que *outras* representações sociais, que não as dominantes, ali possam circular, é possível que outras visões (e atuações) do mundo “*mais racionais*” sejam difundidas pelos *media*. Nestes termos, os *media* poderão contribuir para a disseminação social de uma reflexividade próxima do conhecimento científico.

#### Notas

- <sup>1</sup> As reflexões teóricas que se apresentam foram inicialmente desenvolvidas na Tese de Doutoramento, tendo sido testadas na investigação empírica então realizada. Contudo, o texto que se apresenta foi reformulado e melhorado relativamente ao original.
- <sup>2</sup> “*Situações críticas*” são “*as circunstâncias de tipo imprevisível que afectam uma quantidade substancial de indivíduos e que ameaçam ou destroem as certezas de rotinas institucionalizadas*” (Giddens, 1989: 49).
- <sup>3</sup> Isto não significa, porém, que os cientistas sociais sejam imunes ao senso comum e a posições político-ideológicas. Dispõem é da formação necessária para efetuar *ruturas epistemológicas*, caso pretendam produzir conhecimento científico.

#### Bibliografia

- ALMEIDA, J. F. e J. M. Pinto (1987), “*Da teoria à investigação empírica, problemas metodológicos gerais*”, in A. S. Silva e J. M. Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Afrontamento, pp. 55-78.
- BOURDIEU, P. (1989), *O Poder Simbólico*, Lisboa, Difel.
- BOURDIEU, P. (2003), *Questões de Sociologia*, Lisboa, Fim de Século.
- BOURDIEU, P. e L. Wacquant (1992), *Pour une Anthropologie Reflexive*, Paris, Seuil [tradução de Eduardo Jorge Esperança, U.Évora].
- CARIA, T. H. (2002), “*O uso do conhecimento: os professores e os outros*”, *Análise Social*, vol. XXXVII, (164), pp. 805-831.
- DOMINGUES, J. M. (2002), “*Reflexividade, Individualismo e Modernidade*”, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 17, (49), pp. 55-70.
- GIDDENS, A. (1989), *A Constituição da Sociedade*, São Paulo, Livraria Martins Fontes.
- GIDDENS, A. (1998), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta.
- GIDDENS, A. (2000a), *Dualidade da Estrutura – Agência e Estrutura* –, Oeiras, Celta.
- GIDDENS, A. (2000b), *O mundo na era da globalização*, Lisboa, Presença.
- GIDDENS, A. (2001), *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta.
- MELO, M. B. P. (2009), *Os Professores do Ensino Secundário e os Rankings Escolares*, V. N. Gaia, Fundação Manuel Leão.
- PINTO, J. M. (2000), *Estruturas Sociais e Práticas Simbólico-Ideológicas nos Campos – Elementos de teoria e pesquisa empírica*, Porto, Afrontamento.

SILVA, A. S. (1987), "A ruptura com o senso comum nas ciências sociais" in A. S. Silva e J. M. Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Afrontamento, pp. 29-53.

SILVA, A. S. e J. M. Pinto (1987), "Uma Visão Global sobre as Ciências Sociais", in A. S. Silva e J. M.

Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Afrontamento, pp. 9-27.

VAN DIJK, T. A. (2005), *Discurso, Notícia e Ideologia – Estudos na Análise Crítica do Discurso*, Porto, Campo das Letras.



# "FILHO DE PEIXE" – UTILITARISMO, ELITISMO, NEPOTISMO E IDENTIFICAÇÃO NOS PRELIMINARES DE UMA TEORIA DO AUTORRECRUTAMENTO OCUPACIONAL

---

Maria de Lurdes Fonseca

■ Universidade Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP-ISCSP) e Centro de Estudos de Sociologia (CES-ISCSP) (mlfonseca@iscsp.utl.pt)

## Resumo

O autorrecrutamento ocupacional não é um aspeto de somenos importância em Sociologia. Antes é fulcral à explicação de processos centrais da teoria sociológica, como sejam os da mobilidade e reprodução sociais, os do classismo e elitismo modernos, os do fechamento e protecionismo socioeconómicos, e os da seleção e especialização educativa e ocupacional. Contudo, a Sociologia não dispõe hoje, a seu respeito, de mais que fragmentos teóricos e utilidades empíricas desgarradas, faltando uma verdadeira teoria do fenómeno. Este trabalho identifica, revê e organiza os contributos da Sociologia e da Economia para uma teoria do autorrecrutamento ocupacional, sistematizando os principais racionais que foram sendo propostos desde os anos 30 do século passado para a sua explicação.

**Palavras-chave:** ocupações, profissões, autorrecrutamento, mobilidade social

## Abstract

Occupational self-recruitment is not an aspect of minor importance in Sociology. Rather, it is crucial to the explanation of core sociological processes such as social mobility and social reproduction, modern classism and elitism, socioeconomic closure and protectionism, and both educational and occupational selection and specialization. However, Sociology does not currently have regarding it more than theoretical fragments and scattered empirical utilities, lacking a true theory of the phenomenon. This paper identifies, reviews and organizes the contributions of Sociology and Economics towards a theory of occupational self-recruitment, systematizing the main rational that have been proposed since the 1930s for its explanation.

**Keywords:** occupations, professions, self-recruitment, social mobility

## 1. A abrir

Recorrentemente sofrem os conceitos de charneira de persistente (e injusta) marginalidade. Adequam-se às mais distintas perspetivas; oferecem-se às mais diversas utilidades; servem os mais diversificados propósitos, mas são frequentemente elusivos, no sentido em que possuem a qualidade de se escaparem persistentemente a tornarem-se o centro do problema, não porque teoricamente não o mereçam e não o exijam, mas porque prestando-se demasiado bem a serem meios, poucas vezes sugarem a sua potencialidade de serem fins. Da

mesma tendência à marginalidade sofrem os conceitos que de modo mais expedito se enredam na armadilha epistemológica que o "óbvio" lança à teorização social. Porque perder tempo a estudar o que parece "naturalmente assim", o que se retrata distintamente, em pinceladas largas e impressivas no quadro que o quotidiano sobre os nossos olhos expõe, se há problemas bem mais enigmáticos, questionáveis e inconclusivos (se há problemas bem mais entusiasmantes) suscitados pela contemplação e imersão sociais?

O conceito de autorrecrutamento ocupacional tem essa qualidade dupla – é utilitário por excelên-

cia e parece óbvio por natureza –, tendo sofrido, conseqüentemente, da marginalização teórica a que se aludiu. De facto, não obstante ele seja indissociável de teorias sociais tão significativas e com tão grande tradição em Sociologia como as da mobilidade social geracional e intergeracional, as do classismo e reprodução social modernos, as da escolha ocupacional e da assunção de papéis sociais, as do recrutamento e fechamento elitistas e as da estratificação interna, do monopólio e da cartelização nos mercados de trabalho, não se encontra, hoje, em Sociologia, uma verdadeira teoria do autorrecrutamento ocupacional, sequer do profissional, isto é, não dispõe a ciência sociológica de uma verdadeira teoria da prática persistente de autorrenovação geracional das ocupações através do desproporcional uso de “recursos endógenos” (a progeneritura dos atuais praticantes). Antes, de facto, são limitadíssimos em número e altamente dispersos em localização quer os ensaios que especificamente tentam nesse sentido, quer os autores que explicitamente se interessam pelo fenómeno, embora sejam, por outro lado, virtualmente infinitos os fragmentos reflexivos, as considerações desgarradas e as utilidades teórico-práticas que ao longo do tempo foram sendo construídas sobre o conceito nas mais diversas especialidades e empreendimentos sociológicos.

Por esse facto, recuperar os contributos sociológicos desta teorização é um processo laborioso, detetivesco e algo frustrante, que se estende por quase um século de investigação sociológica e que entronca frequentemente noutras disciplinas teóricas, como a Economia e a Psicologia.

Neste artigo distinguiremos e sistematizaremos os contributos da Sociologia e da Economia para a teorização do autorrecrutamento ocupacional, revendo assim os principais subsídios teóricos avançados a favor de uma Sociologia do fenómeno. Dado que a teoria económica do autorrecrutamento ocupacional oferece uma bem mais adaptada forma de introdução à discussão (devido à sua maior clareza e sistematização), por comparação àquela que a elaboração sociológica sobre o fenómeno oferecerá, começaremos por discuti-la, alertando contudo para o facto de a nossa metodologia expositiva privilegiar a estratégia utilitarista em detrimento da cronológica, que sugeriria uma ordenação contrária.

## 2. A interpretação económica do autorrecrutamento ocupacional

A teoria do autorrecrutamento ocupacional proposta pela Economia constitui-se essencialmente numa derivação das diversas interpretações teóricas particulares suscitadas pela revolução que a teoria do capital humano operou em Economia (a partir de Becker, 1962) e que numerosos economistas têm

vindo desde essa altura a desenvolver. De facto, esta tratou-se de uma derivação inspirada pelas aplicações que o próprio Becker imediatamente desenvolveu nos campos da economia da família e da economia da desigualdade socioeconómica, que, à semelhança do que estava a suceder na Sociologia há já mais que uma década, não deixou de conduzir à análise e modelização quantitativas da mobilidade social, neste caso centrando o enfoque num primeiro momento na reprodução intergeracional dos rendimentos, e só num segundo (espoletado pelo primeiro), na transmissão ocupacional intergeracional.

No berço do que este segundo momento seria, o primeiro caracterizou-se por um interesse teórico considerável na análise lata das transmissões económicas familiares intergeracionais (tanto as que ocorrem em capital material como as que se concretizam em capital não material), interesse teórico que, desenvolvido em particular por Ishikawa (1975), Blinder (1976), Becker e Tomes (1976, 1979) e Tomes (1981), explorou especificamente o impacto que o diferencial do potencial económico e educacional paternos, a metodologia de distribuição de recursos, o tamanho e a estrutura da família, a orientação mais ou menos altruísta dos pais relativamente aos filhos e os recursos efetivamente transmitidos aos herdeiros teriam quer na mobilidade económica *lato sensu* quer na reprodução intergeracional do *situs* dos progenitores.

A teoria económica do autorrecrutamento ocupacional, inspirada que é nestes estudos seminais, edifica-se contudo, essencialmente, sobre os esforços de Laband e Lentz (1983a, 1983b, 1985, 1992), Lentz e Laband (1989, 1990) e Sjögren (2000a e 2000b), que passamos a sumular.

Laband e Lentz (1983a) centram a sua teoria do autorrecrutamento ocupacional na racionalidade económica que julgam inerente à prática de exploração máxima no interior da família da utilidade proporcionada por rendas provenientes do trabalho cujo potencial não se esgotaria no decurso de uma geração. Assim, independentemente de essas rendas serem suscitadas por transferências intergeracionais tangíveis – financeiras e patrimoniais, e/ou intangíveis –, conhecimento especializado, boa vontade social, lealdade estabelecida para com um nome de família ou uma marca, entre outros, o certo é que seria economicamente irracional que esses potenciais de ganho se perdessem na transição geracional, pelo que voluntariamente as gerações seguintes se prestariam inúmeras vezes (seguramente muitas mais do que o acaso preveria) a continuarem a transformar potenciais de renda em rendas efetivas, algo que apenas poderia ser plenamente alcançado por filhos que reproduzissem a ocupação dos pais, dado existirem geralmente partes de capital implicadas nessa transmissão não passíveis de alienação sem perda ou eliminação de valor.

As transferências intergeracionais difeririam em natureza, incorporando potenciais diferentes de rentabilização, consoante a sua qualidade intrínseca. As compostas por elementos tangíveis (por exemplo, as transmissões de propriedade da terra entre os agricultores, de oficina entre os artesãos, de loja entre os comerciantes, de escritório ou consultório entre os técnicos e profissionais, bem como de ferramentas de trabalho diversas), assumiriam a verdadeira forma de "transferência de renda", dado prestarem-se ao consumo imediato, isto é, dado ser o seu consumo independente de investimento do filho-recetor, logo, dado ser este um consumo não oneroso, uma vez que a possibilidade de acesso às rendas assim disponibilizadas não faria incorrer o descendente em qualquer custo de oportunidade. O mesmo sucederia com algumas transferências intangíveis, mais facilmente reproduzíveis em valor monetário, como as ligadas à transmissão do nome-marca (Laband e Lentz, 1983a).

Já a maioria das transferências intangíveis sugeririam mais um potencial de construção pessoal dos meios de gerar renda que o seu legado direto, implicando pois custos de oportunidade, por exemplo no sentido em que o filho teria de passar tempo com o pai durante o desempenho da sua atividade ocupacional para adquirir os conhecimentos técnicos, comportamentais, sociais e/ou gerenciais que o envolvimento do(s) progenitor(es) em determinada atividade potencialmente proporcionaria.

As transferências intergeracionais difeririam também consoante o seu grau de transmissibilidade. As tangíveis seriam mais transmissíveis que as intangíveis, dado que, se a oficina ou o escritório se vendem, os conhecimentos adquiridos são essencialmente intransferíveis e a boa vontade associada a um nome e a uma família não pode ser, sem perdas significativas, dissociada dos seus membros.

Assim, a tendência para o autorrecrutamento em ocupações diferentes diferiria "simplesmente porque o custo de adquirir capital valioso, orientado para a carreira, seria menor para os filhos de trabalhadores de determinadas ocupações do que de outras" (Laband e Lentz, 1983a: 475), o que seria consequência quer da diferente quantidade, qualidade e composição dos legados, quer do maior ou menor acesso à ocupação paterna dado pelo grau de integração dos espaços familiar e ocupacional. Assim, hipotetizam os autores, deverá existir uma relação inversa entre o volume de investimento exigido ao filho e a taxa de autorrecrutamento de uma ocupação, *ceteris paribus*. Assim também, avançam, o autorrecrutamento será tendencialmente incrementado quer com a dimensão do legado (considerando tanto as suas componentes tangíveis como as intangíveis) quer com a integração mais plena familiar-laboral nos *habitats* onde as crianças crescem.

Porque é que frequentemente nos aperceberíamos de que os autorrecrutados por uma ocupação beneficiariam de vantagens concorrenciais de carreira face aos não auto-recrutados? Não por nepotismo, seguramente, segundo esta versão do trabalho dos autores que apenas introduzem a consideração dessa variável enquanto explicativa do fenómeno a partir das objeções levantadas à sua elaboração de 1983 por Polachek (1986) e em consequência de terem reunido indícios da sua existência essencialmente em profissões clássicas, mas pelo facto de existir um desproporcional de recursos ao dispor dos primeiros que os tornaria objetivamente superiores, desde logo porque existiu um investimento precoce, objetivo (embora essencialmente incomensurável), em capital humano naqueles indivíduos e não nestes, quer decorrente do investimento feito pelo pai na transmissão de conhecimentos e aptidões, quer consequente ao investimento realizado pelo próprio filho na sua aquisição e sedimentação. Por esse motivo seria apenas natural que o mercado recompensasse diferentemente a capacidade, através da consolidação de um *wage premium*, isto é, de um acréscimo ao rendimento médio dos praticantes de que disporiam apenas os autorrecrutados.

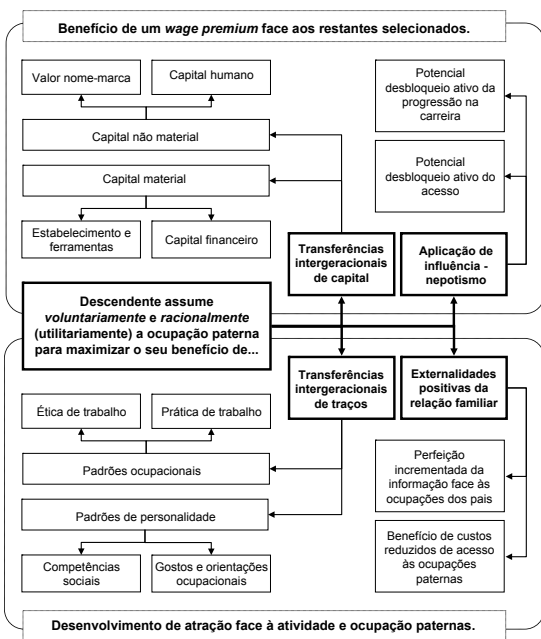
Sjögren (2000a e 2000b), ao analisar o impacto que a desigualdade tem no desenvolvimento económico e na mobilidade social, preocupa-se com a possibilidade de ser contrário ao interesse que a sociedade possui na alocação ótima de talentos e que a família possa constringer as escolhas ocupacionais individuais, fazendo especialmente um caso contra o nepotismo, sustentando em Baumol (1990) e em Murphy, Shleifer e Vishny (1991) o argumento de que uma ineficiente alocação suscitada pela prática nepotista não apenas privaria a sociedade das externalidades positivas desse casamento, como poderia implicar um potencial destrutivo económico relevante. No seu modelo, contudo, sugere-se que o autorrecrutamento ocupacional, interpretado através da teoria do capital humano, poderia ter um contributo positivo relevante a dar à mais adequada possibilidade de as novas gerações fazerem equivaler talentos a práticas, dado assumir-se que "a ocupação dos pais influencia a qualidade da informação que uma criança possui sobre o que é necessário para ter sucesso em diferentes tipos de carreiras e sobre o talento da criança para vários empregos", razão pela qual a escolha de descendente se manter na ocupação paterna estaria associada a uma mais informada (e eficiente) tomada de decisão ocupacional (Sjögren, 2000a: 3).

Por fim, sem um interesse específico nas questões do autorrecrutamento ocupacional, mas antes com enfoque na tentativa de explicar porque tendem a transmitir-se os níveis de rendimento intergeracionalmente, outros economistas reuniram evidências relevantes para a compreensão do fenómeno que

nos ocupa. Altonji e Dunn (2000), por exemplo, relataram a existência de semelhanças, que os autores pressupõem herdadas, das preferências e práticas ocupacionais dos filhos e dos seus pais, nomeadamente as relacionadas com o número de horas trabalhadas, as atitudes face ao trabalho e o volume e tipo de rendimento auferidos. Usui e Okumura (2008) e Okumura e Usui (2010) exploraram ainda a possibilidade de existir uma ligação intergeracional entre competências sociais de pais e filhos (como a comunicação, a liderança e a interação pessoal) e de as escolhas ocupacionais dos segundos serem correlacionadas com as competências e traços de personalidade dos primeiros. As conclusões dos seus estudos mostram não apenas que existe correlação de competências nos pares pai-filho, mas que os filhos recebem um *wage premium*, isto é, são desproporcionalmente recompensados pelo mercado, quando trabalham em ocupações que requerem o mesmo tipo de competências sociais exigidas aos pais nas suas ocupações.

A Figura 1 sistematiza a abordagem económica do autorrecrutamento ocupacional.

**Figura 1** ▶ Síntese da interpretação económica do autorrecrutamento ocupacional



### 3. A interpretação sociológica do autorrecrutamento ocupacional

Podemos identificar três abordagens teóricas sociológicas que tocam o problema do autorrecrutamento ocupacional: as que atestam, as que instrumentalizam e as que explicam.

Atestam aquelas que, sem intentos de teorização acerca do fenómeno, comunicam taxas de autorrecrutamento de ocupações. Quanto a estas, seria impossível aqui mapear a totalidade de autores que "atestam" em sentido ocupacional individual, isto é, por referência a uma única ocupação, desde logo porque a generalidade dos estudiosos que se dedicam a esse tipo de análises tendem a iniciar os seus estudos pela caracterização das origens sociais (logo, também ocupacionais) dos praticantes, apresentando assim dados que não deixam de interessar à caracterização microsocial do autorrecrutamento ocupacional. Referiremos pois apenas os autores mais influentes que atestam coletivamente, isto é, que procuram quantificar níveis globais ou comparativos de autorrecrutamento ocupacional: Jenson e Kirchner (1955) e Werts (1968).

De longe, o número maior de estudos que aludem ao autorrecrutamento ocupacional fazem-no instrumentalizando-o, isto é, usando-o como medida de fenómenos mais latos e entendidos como teoricamente mais significativos. O principal conceito no âmbito de cujo estudo o autorrecrutamento ocupacional é instrumentalizado é o de mobilidade social intergeracional, conceito ele próprio analisado geralmente de modo mediato em Sociologia, no âmbito da avaliação do grau de permeabilidade das estruturas sociais. Ao longo das décadas de 50, 60 e 70 do século passado, o desenvolvimento de matrizes de autorrecrutamento ou de herança ocupacional e a sua aplicação sistemática em estudos nacionais e comparativos internacionais reuniram o maior número de evidências quantitativas de que se dispõe quanto ao fenómeno do autorrecrutamento ocupacional, embora a falta de interesse imediato na realidade ocupacional e os intentos ambiciosos dos estudos então desenvolvidos tenham ditado que na maioria das vezes não se tenham comparado ocupações específicas, mas antes grandes agregados ocupacionais, por exemplo integrando os médicos nas "ocupações profissionais", no grupo das "ocupações profissionais, técnicas e similares", ou simplesmente na lata categoria das "ocupações não manuais", o que naturalmente limita em muito o interesse explicativo das conclusões assim alcançadas, dado que, para o entendimento do autorrecrutamento ocupacional, interessaria especialmente, neste exemplo, que se analisasse especificamente a Medicina. Nesta linha, são de referência os trabalhos de Davidson e Anderson (1937), Rogoff (1953), Glass (1954), Blau (1965), Fox e Miller (1965), Duncan (1966) e Blau e Duncan (1967), ainda que se multipliquem paralelamente, na sua esteira, verdadeiramente às centenas, outros estudos semelhantes, entre os quais se destacam, pelo seu interesse particular para a análise do autorrecrutamento ocupacional, os trabalhos de Billewicz (1955), Marsh (1963), Jackson e Crockett Jr. (1964) e Hauser (1978).

Por fim, entre os estudos que "explicam", distinguimos os que o fazem sem intenção (quando animados por outras razões teóricas) e os que, com maior grau de especificidade, o analisam e procuram explicar. Entre os primeiros encontram-se Sherlock e Cohen (1966), Blau e Duncan (1967) Sherlock (1969) e Schulenberg *et al.* (1984). Entre os segundos avultam os contributos de Collier (1938), Kelsall (1954), Cutright (1968), Mortimer (1974, 1975 e 1976), Kelly (1976) e Egerton (1997). Dedicamo-nos agora à revisão do contributo destes autores, centrando-nos exatamente nas explicações que ensaiaram para o autorrecrutamento ocupacional.

Em 1938, Collier estimou o nível de autorrecrutamento profissional de quatro profissões a partir da análise das ocupações dos pais de alunos admitidos na Universidade de Glasgow, tendo-se referido às elevadas taxas de autorrecrutamento encontradas como não sendo efeito de desproporcional talento dos descendentes ou de desproporcional riqueza dos progenitores, mas antes de dois fatores mais utilitários: a possibilidade de os filhos dos profissionais beneficiarem de favoritismo e o interesse familiar em poder transmitir intergeracionalmente práticas profissionais florescentes.

Já Kelsall (1954), integrado no empreendimento dirigido por David Glass *Social Mobility in Britain*, que se revelaria de significado histórico na Sociologia, tornou-se uma referência obrigatória dos estudos interessados no autorrecrutamento ocupacional, desde logo por ser o primeiro a inserir o conceito no título de um trabalho e a assumir explicitamente nesse âmbito, esse, como o seu interesse imediato de investigação. As explicações que avançou para ensaiar uma interpretação das evidências expressivas de autorrecrutamento profissional a que a sua análise empírica chegou e para explicar a variação encontrada nas taxas de autorrecrutamento por profissão foram de quatro tipos, e claramente inspiradas em Collier (1938), que cita abundantemente: 1) possível tendência decrescente do autorrecrutamento por resultado da expansão da procura da qualificação; 2) possível efeito na (i)mobilidade intergeracional ocupacional da consideração comparativa das recompensas esperadas nas várias ocupações disponíveis; 3) existência da possibilidade de transmitir a um filho uma prática profissional ou de o integrar numa prática como sócio; e 4) possível benefício nepotista.

Blau e Duncan (1967) desenvolvem uma abordagem mais específica ao fenómeno do autorrecrutamento ocupacional, mostrando desde logo a influência que a prática agrícola teria no incremento das suas taxas, e explicando que a propriedade poderá influir substantivamente nessa forma de herança social: "Os três grupos ocupacionais que manifestam maior herança ocupacional e autorrecrutamento são os únicos três que praticam o emprego por conta própria – profissionais independentes,

proprietários, e agricultores. Parece que o ser-se proprietário – de uma quinta, de um negócio ou de uma prática profissional – desencoraja os filhos de deixarem a ocupação dos pais" (Blau e Duncan, 1967: 40). Os autores avançam ainda a hipótese de que o autorrecrutamento ocupacional possa ser explicado não pelo lado do indivíduo mas pelo da ocupação, pelo desejo de estabilidade, dado que lhes parece razoável prever (e comprovam na sua amostra ser verídico) que o autorrecrutamento tende a predispor menos os indivíduos para a substituição da ocupação ao longo da sua vida ativa.

De Sherlock e Cohen (1966) retira-se a importância de duas considerações que estando, segundo eles, na base das escolhas ocupacionais, privilegiariam expectavelmente o autorrecrutamento: a estratégia de orientação para ocupações relativamente às quais cumulativamente se aperceba uma dificuldade mínima de acesso e que permitam antecipar uma maximização das recompensas a recolher. Aliás, os autores exploram o seu conceito de expectativa de acesso exatamente estimando a identificação familiar com a ocupação (analisando pais, tios maternos e paternos e avós) e a "mobilidade de *status*" do pai. Sherlock (1969) acresce a esta linha de teorização discutindo três razões que poderão justificar a desproporção das taxas de autorrecrutamento profissional em profissões diferentes: o rápido crescimento do número de praticantes em algumas profissões que tornará imediatamente ou a prazo inviável que o recrutamento possa em proporção relevante ser autossuprido, a existência ou não de fortes tradições ocupacionais determinada pela antiguidade da profissão, e a existência ou não de uma forte identidade profissional, sustentada em prestígio duradouro e num elevado senso de solidariedade interna, mais prevalentes no caso das profissões tradicionais, que teria o condão específico de atrair potenciais praticantes.

Discutindo o caso da profissão em que se especializou, a de médico-dentista, Sherlock alude ainda ao facto de o incremento do autorrecrutamento poder ser resultado do processo de profissionalização ocupacional, no sentido em que o aumento das garantias para os membros, o fechamento progressivo da ocupação e a elevação de prestígio consequente conduziriam previsivelmente à capacidade de elevar a qualidade média dos recrutados, o que se conseguiria com eficácia, também, através do incremento os autorrecrutamentos.

Cutright (1968) compara os níveis de autorrecrutamento ou herança ocupacional de 13 países distintos, verificando se quatro variáveis dependentes (nível de tecnologia, grau de permeabilidade social, tamanho da família e composição rural do estrato ocupacional manual) explicariam ou não a variância reportada dos níveis nacionais de autorrecrutamento ocupacional. Ainda que, na

tradição dos estudos de mobilidade social, o autor se centre não em ocupações individualizadas mas em categorizações ocupacionais, ele hipotetiza (e comprova) que: 1) mais tecnologia implicará por constrangimento uma maior "seleção pelo talento" e consequentemente um decréscimo na utilização de critérios subjetivos, discriminatórios, como os ligados ao sexo, à etnicidade, à proveniência familiar, algo que, avançava, faria reduzir previsivelmente as taxas de autorrecrutamento ocupacional; 2) maior ruralidade e percentagem da população a trabalhar na agricultura implicará maior nível de herança ocupacional; 3) sociedades onde o tamanho médio da família é maior tenderão a maior herança ocupacional pelo facto de não existirem recursos suficientes para melhorar o estatuto social de todos os filhos; e 4) quanto menor a existência de constrangimentos estruturais à mobilidade social, melhor será a alocação dos indivíduos com base em características objetivas, adquiridas, e menor a utilização de critérios subjetivos, herdados, pelo que menor será o nível de herança ocupacional.

O trabalho de Jeylan Mortimer (1974, 1975, 1976) é também um ponto de paragem obrigatório desta análise. A autora interessa-se em especial pelas dimensões explicativas da mobilidade ocupacional intergeracional de tipo valorativo, oferecendo uma teoria do modo como os valores ocupacionais dos pais são transmitidos aos filhos de molde a influenciar as suas escolhas vocacionais, seja no sentido de suscitar a replicação da ocupação paterna seja no de potenciar a seleção de ocupações diferentes das dos progenitores, mas cujos atributos são semelhantes em termos de conteúdo funcional, grau de autonomia gozado e nível de recompensas acedido (Mortimer, 1974). Mortimer (1975, 1976) mostra mesmo que o elevado prestígio da ocupação do pai e a proximidade da relação mantida com o progenitor são os fatores que mais fazem prever a transmissão valorativa ocupacional e mais determinam a herança ocupacional ou a semelhança valorativa das ocupações de pai e filho. Refere ainda, na sequência de estudos anteriores que cita, que o grau de autoridade paterna na família se incrementa com a sua posição social mais elevada e influi também positivamente na identificação (e no potencial de emulação) entre filho e pai.

Já Kelly (1976) refere quatro explicações possíveis para os níveis de autorrecrutamento que o seu estudo identifica, a propósito de estudantes universitários escoceses: 1) a modelização mediada pelo género dos papéis sociais na família, que implicaria (como o seu estudo comprova) que as filhas tenderiam menos a reproduzir os papéis sociais dos seus pais, e não reproduziriam relevantemente os das suas mães, dado carecerem, por referência a elas, de modelos ocupacionais atrativos tanto devido à baixa taxa de ocupação feminina como por via

do reduzido interesse comparativo das ocupações assumidas pelas progenitoras (menos qualificadas, menos prestigiosas e menos bem remuneradas); 2) a possibilidade de pontualmente o autorrecrutamento decorrer da transmissão de práticas florescentes, explicação trazida de empréstimo a Collier (1938) e que autora considera ter vindo a perder importância nas quase quatro décadas que a separam desse autor; 3) a existência de conhecimento específico e a sinalização da possibilidade da escolha ocupacional pois, como diz a autora: "conhecimento privilegiado sobre o que o trabalho envolve é certamente útil, e a possibilidade de seguir a profissão do seu pai está sempre perante um estudante que, noutras circunstâncias, poderia nem sequer o considerar" (Kelly, 1976: 184); e 4) e o possível favoritismo profissional (também retomando Collier, 1938).

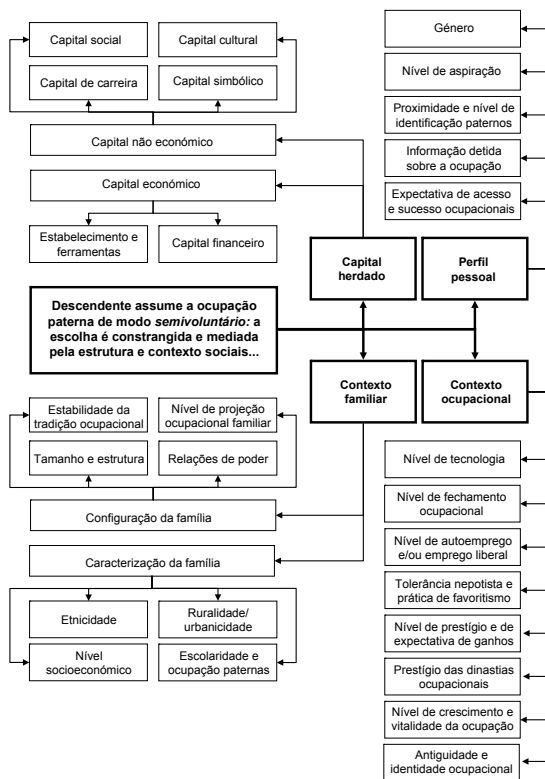
Dos anos 80 do século passado até à atualidade, a teorização sociológica do autorrecrutamento ocupacional tem sido ainda mais escassa do que aquela que a antecedeu. Os contributos que têm relevado, aliás, têm sido essencialmente inespecíficos e, curiosamente, em termos conceituais, algo semelhantes aos da Economia, dado que ambas as disciplinas se concentraram, no âmbito da teorização que nos ocupa, no conceito de capital e na variação das suas aceções contemporâneas: na Economia privilegiou-se, como vimos, o conceito de capital humano; na Sociologia o privilégio foi dado sucessivamente aos conceitos de capital cultural, simbólico e social. Lin, Vaughn e Ensel (1981) e Egerton (1997) utilizaram recentemente, respetivamente, os conceitos de capital social e capital cultural para explorar os determinantes do autorrecrutamento ocupacional. Os conceitos de capital simbólico e de "capital de carreira", por seu turno, foram usados Mayrhofer *et al.* (2002) para explicar o que ganhariam os filhos com a transmissão dos legados paternos em sentido ocupacional.

A Figura 2 sistematiza a perspetiva sociológica do autorrecrutamento ocupacional.

#### 4. Considerações conclusivas

Uma análise menos atenta ao quadro-síntese que apresentámos a propósito da abordagem sociológica à explicação do autorrecrutamento ocupacional poderá sugerir que existe já um alinhamento teórico, empiricamente sustentado, que, especialmente se conciliado com os contributos da teorização económica, pode ser entendido como uma teoria sociológica do autorrecrutamento ocupacional. Contudo, essa perceção seria errónea e perigosa. É que, de facto, impossibilitando uma interpretação mais significativa dos dados apresentados, note-se que: 1) escasseia genericamente evidência empírica; 2) a grande maioria das asserções feitas centram-se na análise de agregados ocupacionais e não do comportamento

**Figura 2** ▶ Síntese da interpretação sociológica do autorrecrutamento ocupacional.



específico (e comparativo) das ocupações; 3) não existe sistematização na distinção de uma teoria do autorrecrutamento profissional que seria muito útil, se não essencial, à análise do autorrecrutamento ocupacional; e 4) os estudos de caso ocupacionais que operacionalizam ordenadamente este conjunto de pressupostos e os testam, tendo a análise (e a explicação) do autorrecrutamento ocupacional como fito analítico específico, simplesmente não existem, sendo dificilmente comparável a evidência que a propósito do conceito, de facto se reuniu até este momento.

Não foi ocasionalmente que titulámos este artigo referindo-nos aos preliminares de uma teoria. De facto, ela está essencialmente por construir, embora beneficie, cremos, de esforços como aquele que aqui empreendemos. Apenas olhando para um fresco do que já se possui se entende mais claramente o que se mantém em falta. Ora, muito está em falta, de facto, desde logo pela negligência que se nota de determinado tipo de variáveis que são indissociáveis da explicação do autorrecrutamento em contextos ocupacionais específicos. Por exemplo, a posse de recursos organizacionais e o potencial da sua instrumentalização a favor dos descendentes é especialmente relevante, parece-nos, na explicação do autorrecrutamento (elevado) que caracteriza as

chamadas ocupações organizacionalmente baseadas. O mesmo sucede com a consideração dos recursos políticos, recursos estes indissociáveis tanto da explicação do autorrecrutamento elitista em geral, como da interpretação do autorrecrutamento das ocupações politicamente monopolizadas.

Isso, contudo, extravasa já o objeto deste curto artigo, pelo que é deixado para ulteriores reflexões.

**Bibliografia**

ALTONJI, J. G. e T. A. Dunn (2000), "An Intergenerational Model of Wages, Hours and Earnings", *The Journal of Human Resources*, 35 (2), pp. 221-258.

BAUMOL, W. J. (1990), "Entrepreneurship: Productive, Unproductive, and Destructive", *The Journal of Political Economy*, 98 (5), pp. 893-921.

BECKER, G. S. (1962), "Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis", *The Journal of Political Economy*, 70 (5), pp. 9-49.

BECKER, G. S. e N. Tomes (1976), "Child Endowments and the Quantity and Quality of Children", *The Journal of Political Economy*, 84 (4), pp. S143-S162.

BECKER, G. S. e N. Tomes (1979), "An Equilibrium Theory of the Distribution of Income and Intergenerational Mobility", *The Journal of Political Economy*, 87 (6), pp. 1153-1189.

BILLEWICZ, W. Z. (1955), "Some Remarks on the Measurement of Social Mobility", *Population Studies*, 9 (1), pp. 96-100.

BLAU, P. M. (1965), "The Flow of Occupational Supply and Recruitment", *American Sociological Review*, 30 (4), pp. 475-490.

BLAU, P. et al. (1956), "Occupational Choice: A Conceptual Framework", *International and Labor Relations Review*, 9 (4), pp. 531-543.

BLAU, P. M. e O. D. Duncan (1967), *The American Occupational Structure*, Nova Iorque, The Free Press.

BLINDER, A. S. (1976), "Intergenerational Transfers and Life Cycle Consumption", *The American Economic Review*, 66 (2), pp. 87-93.

COLLIER, A. (1938), "Social origins of a sample of entrants to Glasgow University", *Sociological Review*, 30, pp. 161-185, 262-277.

CUTRIGHT, P. (1968), "Occupational Inheritance: A Cross-national Analysis", *American Journal of Sociology*, 73 (4), pp. 400-416.

DAVIDSON, P. E. e H. D. Anderson (1937), *Occupational Mobility in an American Community*, Califórnia, Stanford University Press.

DUNCAN, O. D. (1966), "Occupational Trends and Patterns of Net Mobility in the United States", *Demography*, 3 (1), pp. 1-18.

EGERTON, M. (1997), "Occupational Inheritance: The Role of Cultural Capital and Gender", *Work, Employment & Society*, 11 (2), pp. 263-282.

FOX, T. e S. M. Miller (1965), "Occupational Stratification and Mobility", *Studies in Comparative International Development*, 1 (1), pp. 1-9.

- GLASS, D. (ed.) (1954), *Social Mobility in Britain*, Londres, Routledge & Kegan Paul Limited.
- HAUSER, R. M. (1978), "A Structural Model of the Mobility Table", *Social Forces*, 56 (3), pp. 919-953.
- HOFFMAN, J. J. (1992), "How Closeness Affects Parental Influence on Business College Students' Career Choices", *Journal of Career Development*, 19 (1), pp. 65-73.
- HOUT, M. (1989), *Following in father's footsteps: social mobility in Ireland*, Cambridge, Harvard University Press.
- ISHIKAWA, T. (1975), "Family Structures and Family Values in the Theory of Income Distribution", *The Journal of Political Economy*, 83 (5), pp. 987-1008.
- JACKSON, E. F. e H. J. Crockett, Jr. (1964), "Occupational Mobility in the United States: A Point Estimate and Trend Comparison", *American Sociological Review*, 29 (1), pp. 5-15.
- JENSON, P. G. e W. K. Kirchner (1955), "A National Answer to the Question, «Do Sons Follow Their Fathers' Occupations?»", *The Journal of Applied Psychology*, 39 (6), pp. 419-421.
- KELLY, A. (1976), "Family Background, Subject Specialization and Occupational Recruitment of Scottish University Students: Some Patterns and Trends", *Higher Education*, 5, pp. 177-188.
- KELSALL, R. K. (1954), "Self-Recruitment in Four Professions", in David Glass (ed.), *Social Mobility in Britain*, Londres, Routledge & Kegan Paul Limited, pp. 308-320.
- LABAND, D. N. e B. F. Lentz (1983a), "Like Father, like Son: Toward an Economic Theory of Occupational Following", *Southern Economic Journal*, 50 (2), pp. 474-493.
- LABAND, D. N. e B. F. Lentz (1983b), "Occupational Inheritance in Agriculture", *American Journal of Agricultural Economics*, 65 (2), pp. 311-314.
- LABAND, D. N. e B. F. Lentz (1985), "Favorite Sons: Intergenerational Wealth Transfers Among Politicians", *Economic Inquiry*, 23 (3), pp. 395-414.
- LABAND, D. N. e B. F. Lentz (1992), "Self-Recruitment in the Legal Profession", *Journal of Labor Economics*, 10 (2), pp. 182-201.
- LAMPARD, R. (2007), "Is Social Mobility an Echo of Educational Mobility? Parents' Educations and Occupations and Their Children's Occupational Attainment", *Sociological Research Online*, 12 (5).
- LENTZ, B. F. e D. N. Laband (1989), "Why So Many Children of Doctors Become Doctors: Nepotism vs. Human Capital Transfers", *The Journal of Human Resources*, 24 (3), pp. 396-413.
- LENTZ, B. F. e D. N. Laband (1990), "Entrepreneurial Success and Occupational Inheritance among Proprietors", *Revue canadienne d'Économique*, 23 (3), pp. 563-579.
- LIN, N., J. C. Vaughn e W. M. Ensel (1981), "Social Resources and Occupational Status Attainment", *Social Forces*, 59 (4), pp. 1163-1181.
- MARSH, R. M. (1963), "Values, Demand and Social Mobility", *American Sociological Review*, 28 (4), pp. 465-575.
- MAYRHOFER, W. et al. (2002), "Career Habitus: Theoretical and Empirical Contributions to Make a Black Box Gray", Trabalho submetido à Conferência Anual da Academia de Gestão, Denver.
- MORTIMER, J. T. (1974), "Patterns of Intergenerational Occupational Movements: A Smallest-Space Analysis", *American Journal of Sociology*, 79 (5), pp. 1278-1299.
- MORTIMER, J. T. (1975), "Occupational Value Socialization in Business and Professional Families", *Work and Occupations*, 2 (1), pp. 29-53.
- MORTIMER, J. T. (1976), "Social Class, Work and the Family: Some Implications of the Father's Occupation for Familial Relationships and Sons' Career Decisions", *Journal of Marriage and Family*, 38 (2), pp. 241-256.
- MURPHY, K. M., A. Shleifer e R. W. Vishny (1991), "The Allocation of Talent: Implications for Growth", *Quarterly Journal of Economics*, 51 (2), pp. 503-530.
- OKUMURA, T. e E. Usui (2010), "Do Parents' Social Skills Influence Their Children's Sociability?", *IZA Papers*, DP n.º 5324.
- POLACHEK, S. W. (1986), "Review of David N. Laband and Bernard F. Lentz (1986) - *The Roots of Success: Why Children Follow in Their Parents' Career Footsteps*", *Journal of Economic Literature*, 24 (4), pp. 1839-1841.
- ROGOFF, N. (1953), *Recent Trends in Occupational Mobility*, Glencoe, The Free Press.
- SCHULENBERG, J. E. et al. (1984), "The Influence of the Family on Vocational Development", *Journal of Marriage and Family*, 46 (1), pp. 129-143.
- SHERLOCK, B. (1969), "The Second Profession: Parallel Mobilities of the Dental Profession and its Recruits", *Journal of Health and Social Behavior*, 10 (1), pp. 41-51.
- SHERLOCK, B. e A. Cohen (1966), "The Strategy of Occupational Choice: Recruitment to Dentistry", *Social Forces*, 44 (3), pp. 303-313.
- SJÖGREN, A. (2000a), "Redistribution, Occupational Choice and Intergenerational Mobility: Does Wage Equality Nail the Cobbler to His Last?", *The Research Institute of Industrial Economics Papers*, WP n.º 538.
- SJÖGREN, A. (2000b), "Occupational Choice and Incentives: the role of family background", *The Research Institute of Industrial Economics Papers*, WP n.º 539.
- TOMES, N. (1981), "The Family, Inheritance, and the Intergenerational Transmission of Inequality", *The Journal of Political Economy*, 89 (5), pp. 928-958.
- USUI, E. e T. Okumura (2008), "Intergenerational Correlations of Skills", *Norc Papers*, <http://client.norc.org/jole/soleweb/9238.pdf>, consultado em 2 de Julho de 2011.
- WERTS, C. E. (1968), "Paternal Influence on Career Choice", *Journal of Counseling Psychology*, 15 (1), pp. 48-52.

*Documentos*

---



# CIDADANIA ECOLÓGICA. CONCEÇÕES E PRÁTICAS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

---

Nelma Baldin

■ Professora titular do Curso de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente na Universidade da Região de Joinville (Santa Catarina – Brasil) (nelma@univille.br)

Cristina Albuquerque

■ Professora auxiliar na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Portugal) (crisalbuquerque@fpce.uc.pt)

## Resumo

O presente artigo centra-se numa discussão crítica sobre o conceito de “cidadania ecológica” nas atuais “sociedades de risco”. Neste contexto, procuramos destacar sobretudo as insuficiências de discursos e práticas que tendem a acentuar a dimensão da responsabilidade individual em termos ambientais. Para ilustrar a discussão apresentamos as conclusões gerais de um estudo efetuado junto de estudantes dirigentes associativos da Universidade da Região de Joinville (Univille, Brasil) e da Universidade de Coimbra (Portugal). O objetivo global do estudo foi a compreensão das conceções e práticas dos estudantes no domínio ambiental.

**Palavras-Chave:** cidadania ecológica, risco, espaço público, “responsabilidade social”

## Abstract

This article presents a critical discussion about the concept of “ecological citizenship” in the actual risk societies. In this context, we searched specially to put in evidence the insufficiencies of discourses and practices that emphasize an individual dimension of environmental responsibility. To illustrate the debate we present the main conclusions of a study with associative leading students from the Joinville Region University (Univille, Brazil) and the University of Coimbra (Portugal). The research general goal was the comprehension of the student’s ecological conceptions and practices.

**Keywords:** ecological citizenship, risk, public space, “social responsibility”

## Introdução

A nova conceção de Mundo que se afirma no presente século, baseada nos conceitos de *êthos* global, de ecologia, de preservação da História do homem no seu *habitat*, de urbanismo e crescimento sustentável e de qualidade de vida, coloca-nos perante questões inéditas e fundamentais, associadas à finitude e fragilidade dos recursos naturais e à consequente possibilidade de supressão da vida. É certo que ao longo da História da Humanidade se assistiu ao declínio de civilizações<sup>1</sup> devido à insuficiência de tais recursos, porém, só no contexto atual a possibilidade de extinção da espécie humana, das demais espécies e do próprio planeta se tornou tão plausível.

Emerge, assim, a necessidade imperiosa de uma ética prudencial que assegure, agora e no futuro, a preservação da existência. Destarte, torna-se incontornável a necessidade de redimensionar práticas e conceções passíveis de garantir, sob um “princípio de responsabilidade” (Jonas, 1995), uma existência autêntica para todos os seres vivos<sup>2</sup>, na temporalidade presente e futura. A modificação da ação humana, potenciada pela técnica e pela ciência, produziu impactes profundos, e em muitos casos irreversíveis, nos contextos naturais e sociais. Os princípios do respeito (pela essência humana) e do cuidado (no uso dos recursos) constituem-se deste modo, na perspetiva por exemplo de Hans Jonas (1995), como parâmetros de responsabili-

dade passíveis de preservar a liberdade do homem e do mundo.

O "princípio da precaução", ancorado em tais pressupostos, tem vindo assim a afirmar-se internacionalmente<sup>3</sup> como uma orientação basilar na definição das intervenções, sobretudo em matéria ambiental e de saúde, passíveis de produzirem danos potenciais, tendo em consideração evidências científicas razoáveis. Constitui-se pois como um princípio invocado sempre que tais evidências, considerando o conhecimento científico atual e a ausência de certezas científicas formais, fornecem boas razões (prudencialidade) para acreditar que uma dada atividade, tecnologia ou substância podem ser nocivas, exigindo uma intervenção antecipatória. Sob o argumento de que reparar é mais gravoso que prevenir e que os danos podem ser até irreparáveis, a necessidade de intervenção política e legislativa prevalece (*in dubio pro ambiente*) sobre a obtenção de certezas científicas. A este nível é importante refletir sobre o tipo de intervenção a operar. Se, por um lado, o princípio da precaução pode ser considerado como uma abordagem restritiva e minimalista das políticas preventivas, que deveriam pressupor uma articulação consistente entre antecipação, minimização e reparação, multidimensional e ancorada num debate e compromisso globais, por outro, a adoção de medidas mais protetoras e punitivas (sobretudo se apenas de cariz localizado) pode consubstanciar (novos) (des)equilíbrios entre liberdades e bem comum (os exemplos das leis antipoluição e anti-tabágicas são paradigmáticos), acedendo a uma espécie de "autoritarismo cientificamente caucionado" (Schmidt & Guerra, 2010:120). Exige-se, pois, um debate profundo sobre os fundamentos da cidadania (global), da governança e das escalas participativas que o presente artigo pretende somente esboçar.

Neste contexto, globalizou-se, nos últimos anos, a discussão sobre as questões ambientais<sup>4</sup>, dando origem a uma espécie de fenomenologia ecológica, patente em diversos domínios (Perez, 1995). O estudo da questão ambiental tem vindo assim a adquirir relevância para a compreensão das interrelações entre o ser humano e os respetivos contextos sociais, económicos, políticos e culturais (Ballesteros, 1985; Capra, 1986; Bookchin, 1998; Leff, 2000), sublinhando-se a necessidade de uma reflexão complexa sobre os direitos e os deveres associados ao ambiente, quer numa perspetiva individual, quer numa perspetiva coletiva. Por outras palavras, preconiza-se, face a uma Modernidade (que se quer) "reflexiva" (Beck, 1992), uma ponderação dos níveis de responsabilidade subjacentes a uma cidadania (ativa) de cariz ambiental, orientada por pressupostos de prevenção, preservação e transformação dos conceitos e das práticas.

No presente artigo pretende-se discutir tais questões, inerentes a uma perspetiva de cidadania ecológica, apresentando as conclusões gerais de um estudo, realizado em 2008 e 2009, sobre perceções e práticas ambientais de estudantes do ensino superior da Universidade da Região de Joinville e da Universidade de Coimbra.

### *Cidadania ecológica: conceções e debates*

A temática da cidadania ecológica adquiriu, sobretudo na última década, uma relevância significativa, quer no contexto académico (Dean, 2001; Dobson, 2003), quer nos espaços de debate sociopolítico da atualidade. Emergindo, a maioria das vezes, ancorada a um discurso associado à tradição cívica republicana e/ou a pressupostos ligados ao que alguns autores apelidam de ressurgimento da "ética da virtude" (Connelly, 2006), é certo que esta (nova) dimensão da cidadania coloca, na primeira linha de debate, os valores, os níveis de atuação e sobretudo a responsabilidade, pessoal e estrutural, na contenção da "pegada" ecológica (Dias, 2002).

Em termos de precisão concetual sublinhe-se desde já que a noção de cidadania ecológica não é unívoca, traduzindo, consoante os autores, diferentes perspetivas no que se refere, por exemplo, aos direitos, deveres e responsabilidades na preservação, ou reajustamento, do equilíbrio ecológico (Christoff, 1996; Smith, 1998; Curtin, 2002; Dobson, 2003). Com efeito, as teorizações académicas a este nível têm procurado, sobretudo, ou destacar a especificidade de uma cidadania de contornos ambientais, ou enquadrá-la nos modelos de cidadania de diferentes escolas de pensamento. Assim, se para alguns autores a cidadania ecológica é de facto um novo tipo de cidadania (Dobson, 2003; Sáiz e Dobson, 2005), para outros, consagra apenas uma extensão da cidadania liberal (Bell, 2005; Hailwood, 2005), ou de uma cidadania republicana assente nas noções de virtude e de bem comum (Curry, 2000).

Do mesmo modo, a adjectivação da cidadania como ecológica ou ambiental determina, para alguns autores, enfoques e realidades distintas<sup>5</sup>. Destaca-se a este respeito a obra de referência de Andrew Dobson, *Citizenship and the Environment* (2003). Para este autor, a cidadania ambiental consagraria somente a extensão de direitos liberais à dimensão do ambiente, e a cidadania ecológica constituir-se-ia como uma forma de cidadania pós-cosmopolita. Ou seja, decorreria de uma visão de Humanidade comum, considerando-se o espaço político como um produto da atividade humana, logo, relativizado e potencialmente corporativo. A cidadania ecológica pressuporia, nesta ótica, a consideração de aspetos socioeconómicos globais numa reflexão sobre a justiça ambiental.

A este nível, com a entrada no Terceiro Milénio tem-se verificado efetivamente um incremento das preocupações em torno da relação entre economias neoliberais e cidadania ecológica, discutindo-se práticas de consumo verde ou sustentável, modernização e ambiente, economia solidária, entre outras. Ainda assim, os consensos mínimos em torno de problemáticas tão fundamentais como a saúde, a biotecnologia, o desenvolvimento e o ambiente são difíceis de atingir (Kolsto, 2001), exigindo, por parte dos cidadãos, o exercício de uma cidadania consciente e capaz de operar o equilíbrio entre a liberdade, a solidariedade e a responsabilidade.

Destaca-se, pois, a perspetiva, advogada por alguns autores, de uma nova geração de direitos e deveres coletivos, apelidados de "direitos de cidadania de quarta geração" (Vieira, 1997), entre os quais se enquadrariam os direitos e deveres ambientais. Esta (nova) faceta da cidadania, que poderíamos apelar de "reflexiva" (Beck, 1992), já não se associa somente às relações dos indivíduos com os Estados, mas consubstancia as dimensões da vida e da comunidade humana global, fundamentando, nessa base, um conjunto de direitos e deveres cívicos inéditos, porém, ainda relativamente difusos.

O conceito de cidadão ativo, com direitos e deveres, tem-se afirmado, de facto, nas últimas duas décadas, como o eixo central de uma nova geração de políticas públicas, não estando, no entanto, determinados inequivocamente os direitos e responsabilidades concretas de um cidadão ambientalmente responsável. A relevância da ação coletiva e individual, bem como o papel a atribuir ao Estado e à sociedade no que diz respeito à questão ambiental, são, assim, elementos fulcrais para a teorização e operacionalização da cidadania ecológica.

A ênfase nos deveres pessoais pressupõe a defesa da tese de que a sustentabilidade pode ser garantida pela conjugação de atos individuais. Nesta ótica, os cidadãos seriam os elementos fundamentais para a prossecução da necessária mudança socioambiental. Uma mudança concretizada por via da transformação de estilos de vida e de uma autodisciplina instituída doravante como virtude pública. De acordo com esta tese evidencia-se uma tendência para a despolitização e privatização das questões ambientais, obscurecendo a necessidade de operar mudanças e debates estruturais sobre o enquadramento das injustiças, os constrangimentos à liberdade de escolha e de ação e as relações de poder e influência. A noção de consciencialização, por exemplo, que emerge em inúmeros discursos políticos e pedagógicos, pode ser potencialmente enganadora, já que tende a acentuar a lógica de modificação de comportamentos, podendo obscurecer o debate global em torno, nomeadamente, do uso responsável de recursos naturais, de práticas

poluentes por parte dos agentes económicos ou de políticas de responsabilização pública.

A ação política, como salienta Carvalho (1992), afirma-se na esfera pública, procurando um equilíbrio entre liberdade e responsabilidade individual e coletiva, entre prioridades económicas e ambientais, ou entre compromissos políticos e preservação do património cultural e natural. Nesta ótica, não basta o apelo a uma mudança de comportamentos na esfera privada, é incontornável a assunção de responsabilidades por parte dos poderes políticos e económicos.

Esta ideia tem vindo a ser, de facto, nas últimas décadas, profusamente sublinhada por diversos autores. Redcliff (1989; 2005), nomeadamente, ao refletir sobre os pressupostos de um "desenvolvimento sustentável", coloca em realce a questão de fundo neste debate: como assegurar o crescimento económico, essencial num mundo desigual e com graves problemas de pobreza e desemprego, e a garantia de preservação de recursos essenciais para assegurar as possibilidades de vida das gerações futuras. O desenvolvimento sustentável significa pois mais do que um compromisso entre ambiente natural e crescimento económico; significa sobretudo uma definição de desenvolvimento que reconhece que os limiares da sustentabilidade são tanto naturais como estruturais (Redcliff, 1989).

A interdependência entre economia, sociedade e ambiente, permeada pela dimensão política, constitui-se de facto como o ponto nodal na reflexão sobre a sustentabilidade. Deste modo, o que permite definir a sustentabilidade é precisamente o prisma de análise de interligação sistémica entre as diversas dimensões que se reforçam e explicam mutuamente (Schmidt & Guerra, 2010). Com efeito, para que o desenvolvimento sustentável seja mais do que um mero rótulo associado a um crescimento "benigno" e possa constituir-se como uma alternativa ao "desenvolvimento insustentável", deve preconizar desde logo uma rutura, analítica e operativa, com um modelo linear de crescimento e acumulação, que, em última análise, contribui para deteriorar ou suprimir os suportes de vida do planeta (Redcliff, 1989: 4). Para tal é necessária a afirmação de uma ética global e de acordos internacionais, para que interesses individuais e corporativos não ditem o curso do desenvolvimento, bem como uma reorientação das políticas públicas, um pensamento renovado sobre o modelo civilizacional e a afirmação de cada indivíduo como agente político, ou seja, como alguém capaz de se revelar discursiva e operativamente no espaço público (Schmidt & Guerra, 2010). Como afirma Lefort (1986:50), só deste modo "uma palavra – individual e coletiva – (...) faz valer a sua autoridade, (...) em virtude de um apelo à consciência pública".

Sob este prisma, a afirmação da cidadania ecológica deve preconizar a "desprivatização" do

debate e a consideração das questões ambientais como uma responsabilidade coletiva, apelando à ação do/no espaço público. Uma ação que emerge, em acréscimo, sob a focalização de uma nova conceção de risco, logo, implicando a afirmação dos sujeitos como agentes de preservação e de efetivação, no espaço público, de pressupostos de "justiça ambiental".

### *Risco e "justiça ambiental"*

A conceção das sociedades atuais como sociedades de risco (e em risco) implica, de facto, como salientam Mattedi e Butzke (2001), ultrapassar a dicotomia moderna que permitiu a separação entre a natureza e a sociedade. De acordo com tal conceção, a sociedade produzir-se-ia de forma independente da natureza, utilizando-a somente como um recurso ao serviço de lógicas desenvolvimentistas. A compreensão da sociedade moderna como uma "sociedade de risco" (Beck, 1994), vem colocar em evidência a necessidade de refletir profundamente sobre as relações entre a natureza, o social, o económico e o político.

Com efeito, cada vez mais se reconhece a componente social dos desastres naturais, tornando subtil a diferenciação entre risco e perigo e evidenciando a necessidade de uma noção renovada de risco e de uma maior consistência e holismo das chamadas políticas "prudenciais". Os fenómenos naturais associam-se intrinsecamente a uma noção de perigo já que são independentes da ação humana. No entanto, não só esses fenómenos podem ser intensificados por fatores introduzidos pela ação humana (ordenamento do território, mudanças climáticas, entre outras), como produzem impactes acrescidos em termos de perdas humanas e materiais. Autores como Tinker (1984), Mattedi e Butzke (2001) e Dettmer (1996), entre outros, sublinham efetivamente a ideia de que alguns desastres naturais não resultam somente de designios da Natureza, mas são também produto das relações sociais e das opções políticas de uma comunidade. Assim sendo, a correlação entre fatores naturais e sociais é cada vez mais complexa e não pode ser descurada no planeamento das políticas públicas, não só de cariz regulador e punitivo, mas também preventivo.

O sociólogo alemão Beck (1994) sublinhou, como elemento fundamental na análise da sociedade moderna, entendida como sociedade de risco, os efeitos negativos, e em muitos casos insuperáveis, produzidos pelas inovações tecnológicas e organizacionais. Esta conceção, para além de enfatizar os efeitos paradoxais de determinados processos de desenvolvimento, coloca em destaque o enfoque político e cultural na definição do que é enquadrado ou não na categoria de risco. Na verdade, esta noção associa-se à ação humana, comportando

uma dimensão (cada vez mais mínima) de previsão e calculabilidade e, como tal, afirma-se como um elemento estratégico para a fundamentação da cidadania ecológica e da "racionalidade" que a constitui.

Um elemento adicional para a reflexão sobre os pressupostos e as condições de efetivação da cidadania ecológica diz respeito aos impactes diferenciados da degradação ambiental e à distribuição desigual dos riscos, quer entre populações, mais ou menos vulneráveis, quer entre diferentes regiões e países<sup>6</sup>. Agyeman, Bullard e Evans (2003), nomeadamente, sublinham a ideia de que são efetivamente as populações que têm menor poder político e são mais marginalizadas que também são as mais vitimizadas pela degradação ambiental. A justiça social e a justiça ambiental devem pois constituir-se como duas faces de uma mesma moeda. Por outras palavras, as políticas e acordos associados ao desenvolvimento sustentável devem pressupor conexões dinâmicas entre qualidade ambiental, equidade humana, justiça e desenvolvimento social (Agyeman, Bullard & Evans, 2003; Redcliff, 1989; 2005).

No âmago deste debate encontra-se a noção de "justiça ambiental". Este conceito desenvolveu-se, de acordo com Chiro (1992), nos EUA, na década de oitenta, a partir de um questionamento do discurso ambientalista tradicional, que tendia a centrar-se em lógicas meramente conservantistas, isto é, associadas à preservação de áreas e de espécies ameaçadas. Os movimentos pela justiça ambiental possibilitaram uma alteração na perceção crítica sobre a cidadania ecológica. Com efeito, ao enfatizarem a "questão ambiental" como uma questão da Humanidade, ou seja, com uma dimensão social e política e não somente biológica, tais movimentos colocaram, em primeiro plano, o direito de todos os seres a uma vida com qualidade e o dever de todos os cidadãos e governantes ao respeito pelos bens naturais como bens coletivos, em prol de um mundo pautado por maior justiça, ambiental e social.

Neste sentido, a efetividade da cidadania ecológica e as políticas públicas que a enquadram, ou que dela decorrem, pressupõem a capacidade de ponderar a complexidade dos atores sociais, dos poderes instituídos e dos conflitos de interesses envolvidos. Dito de outro modo, preconiza a compreensão das interinfluências e contradições entre a dimensão individual e coletiva, pública e privada, política e económica.

### *Conceções e práticas de cidadania ecológica de estudantes universitários*

No estudo realizado em 2008 e 2009, junto de estudantes universitários da Univille-Universidade da Região de Joinville (Brasil) e da Universidade de Coimbra (Portugal), procurou-se recolher dados que

permitissem refletir em torno de três dimensões associadas à efetivação da cidadania ecológica?

A primeira dimensão associava-se à informação, ou seja, pretendia-se perceber a relação entre a informação que os estudantes possuem sobre as questões ambientais e a capacidade de as compreender como aspetos relevantes e enquadreadores da vida individual e coletiva. A segunda dimensão centrava-se nos níveis de responsabilidade, ou seja, pretendia-se uma análise mais apurada sobre a percepção dos estudantes relativamente aos diferentes níveis de responsabilidade na preservação e promoção ambiental. Assim sendo, procurou-se explicitar em que medida a questão ambiental era percebida, ou não, pelos estudantes como responsabilidade de todos e de cada um, constituindo a base cívica e moral do homem em sociedade, ou se é remetida preferencialmente para a esfera estrutural supraindividual, e ainda que tipo de articulação pode e deve preconizar-se entre as duas dimensões. Adquirem assim pertinência indicadores associados às estratégias de prevenção e de gestão de recursos, bem como à compreensão da normatividade (legal, social ou moral) e aos processos de mudança (de comportamentos individuais e/ou de opções estruturais, sejam de cariz local, associativo, nacional, ou de âmbito internacional). Nesta sequência, na terceira dimensão analítica procurou-se evidenciar a objetivação dos discursos em práticas e opções concretas. Tais práticas, de dimensão e consistência diversa, não deixam de se constituir como indicadores privilegiados na análise dos restantes eixos. Deste modo, não era relevante uma avaliação dos resultados produzidos a partir de práticas desenvolvidas pelos estudantes, mas antes os argumentos e os processos inerentes à construção da própria ação ou propostas, os objetivos que as mesmas visam atingir e o papel acometido aos agentes, individual e/ou associativamente considerados.

#### a) A informação sobre as questões ambientais

A globalidade dos estudantes entrevistados demonstrou possuir um discurso orientado para o reconhecimento da importância e dos impactes das questões ambientais, em termos locais e globais, atual e relativamente bem fundamentado. A maioria dos estudantes portugueses, por exemplo, sublinhou o esforço do país na discussão e no cuidado com o ambiente, particularmente concretizado no cumprimento de diretivas europeias e de tratados mundiais, no entanto, não revelam um conhecimento concreto sobre o objeto e constrangimentos na aplicabilidade de tais normativos no contexto nacional.

Os inquéritos realizados em Portugal, pelo Observatório do Ambiente (Observa), do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (Almeida, 2000, 2004), às "*Representações e Prá-*

*ticas dos Portugueses sobre o Ambiente*" (1997; 2000), revelam que, à medida que o nível etário aumenta, o grau de informação que os portugueses reconhecem deter sobre o ambiente diminui. Os jovens, particularmente os que possuem o ensino secundário e superior, afirmam possuir maiores níveis de conhecimento sobre questões ambientais relevantes, no entanto cerca de 46 % dos inquiridos com 15-29 anos declaram estar pouco ou nada informados sobre o ambiente, o que revela a persistência, mesmo nestes grupos e apesar dos esforços educativos dos últimos anos, de importantes lacunas neste domínio (Nave e Fonseca, 2004). O nível de habilitações literárias consubstancia, ainda assim, conforme expectável, as maiores clivagens em termos de resultados; quanto mais elevado esse nível, maior a informação que os portugueses declaram possuir sobre o ambiente (67 % dos que possuem habilitações superiores declaram estar muito informados).

Os estudantes da Univille, no mesmo sentido, declararam possuir conhecimento geral sobre os grandes debates ambientais que mobilizam o seu país, ligados por exemplo ao acesso à água potável e à preservação da Amazônia, porém, não revelam um pensamento holístico e político sobre as questões de fundo que condicionam as opções e orientações políticas e económicas nacionais e globais. Salientam, ainda assim, que os problemas ambientais são remetidos no Brasil para segundo plano, quer pelos políticos, quer pelos cidadãos em geral, não existindo uma verdadeira vontade política de alterar as lógicas vigentes, devido sobretudo a condicionamentos, nacionais e internacionais (que não conseguem discutir de forma profunda), de caráter económico e político.

O acesso e o tipo de informação e de conhecimento sobre as questões ambientais parece ser pois um aspeto relevante sobretudo para a reflexão sobre o papel das instâncias educativas neste domínio. Determinadas teorias ecológicas salientam que o melhor acesso à informação (que as novas tecnologias e os *mass media* ajudam, na atualidade, a disseminar) tende a incrementar a implicação dos cidadãos na promoção e defesa de questões globais de cariz ecológico.

Este dado é de facto revelado nos já citados Inquéritos do Observatório do Ambiente em Portugal (Almeida, 2000, 2004). No entanto, na autoavaliação dos portugueses sobre o seu grau de informação, evidencia-se que o conhecimento sobre as causas de problemas ambientais concretos de cariz global, e das possíveis conexões entre elas, é pouco consistente, sobretudo se implicar dados de maior complexidade técnica, como é o caso do "buraco do ozono", do aquecimento global ou da coíncineração. A informação aparece assim associada ao que é abordado nos *mass media* (e na internet, no que

diz respeito às novas gerações), e à maior ou menor percepção dos riscos associados a tais fenómenos (Nave e Fonseca, 2004).

Para compreensão deste possível hiato entre informação e conhecimento no domínio ambiental, a questão central talvez radique, como salienta Smith (2005), na distinção entre processo e resultados. Ou seja, uma maior implicação pessoal dos cidadãos não garante por si só uma prossecução mais eficaz e eficiente dos objetivos ecológicos. Em primeiro lugar, porque uma verdadeira informação pressupõe o conhecimento, isto é, a compreensão profunda e multidimensional das causas e consequências locais e globais dos problemas ecológicos (inúmeras vezes obscurecidas nas campanhas de sensibilização). Em segundo lugar, porque a implicação-participação tem de preconizar, desde logo, a existência de condições que a possibilitem. A pertença a Associações Estudantis poderá de facto potenciá-la, já que pressupõe espaços deliberativos, logo esferas públicas de ação política, mas exige necessariamente em paralelo ações coletivas que superem a mera (boa) vontade individual e a orientação para preocupações conjunturais e localizadas, que parece ser o enfoque privilegiado das associações contactadas.

#### **b) A responsabilidade individual e moral versus responsabilidade coletiva e política no domínio do ambiente**

No que diz respeito à ponderação das responsabilidades na preservação e promoção ambiental, os estudantes acentuaram a necessidade de refletir e produzir alterações estruturais, traduzidas por exemplo nas opções governativas e económicas, a par de mutações no comportamento ambiental das pessoas. No entanto, em ambos os grupos de estudantes contactados, apesar do reconhecimento da "grande preocupação" que as questões ambientais devem suscitar, verificou-se alguma secundarização das mesmas, quer no que diz respeito ao quadro referencial considerado prioritário, relacionado sobretudo com aspetos académicos e de construção de um projeto profissional pessoal, a curto ou médio prazo, quer no que concerne às práticas efetivas neste domínio, na maioria dos casos, tal como é reconhecido pelos próprios, muito mais intencionais que substanciais. Os Inquéritos realizados em Portugal (1997; 2000), pelo Observatório do Ambiente (Observa) revelam a mesma (aparente) clivagem entre o interesse manifestado pelas questões do ambiente e a passividade em termos de participação cívica (Nave e Fonseca, 2004).

Na perspetiva dos estudantes, a intervenção do Estado não é suficiente nem eficaz (Almeida, 2004), do mesmo modo que o esforço individual e societário é reconhecido como manifestamente limitado, quer pela prevalência de questões associa-

das à esfera económico-financeira nas opções das pessoas, sobretudo num contexto de crise mundial (por exemplo, em termos de consumo, o preço mais elevado dos produtos "verdes" e reciclados), quer por questões mais estruturantes da sociedade portuguesa, associadas aos défices de responsabilidade coletiva e de participação cívica e política, ou mesmo, à banalização mediática ou à politização das questões ambientais (com perda de legitimidade ou credibilidade dos movimentos ecológicos).

Segundo as opiniões dos estudantes de ambas as universidades, a responsabilidade primordial na preservação do ambiente é de cariz político-económico. Não deixam, porém, de salientar a importância das práticas individuais e dos movimentos sociais como instâncias de pressão política e de visibilidade coletiva e, em contraponto, os riscos e os impactos de certas ações e inações no ambiente. Deste modo, o discurso dos estudantes evidenciou, de forma explícita, a necessidade de reforçar mutuamente as mudanças de estilos de vida e as ações de caráter coletivo (Luque, 2005), sendo a responsabilidade dos Estados no domínio ambiental particularmente sublinhada. É, no entanto, descurada, na reflexão dos estudantes, uma análise mais profunda relativamente às dimensões e condições a criar para o exercício efetivo de uma cidadania ecológica, nomeadamente, sobre as relações de poder, os equilíbrios entre crescimento económico e justiça social e as interinfluências entre tais opções e estruturas e a forma como as sociedades e os processos democráticos se encontram organizados.

Ainda assim alguns estudantes, com particular enfoque para os estudantes portugueses, sublinham a ideia de que o essencial é o bem-estar das pessoas e a respetiva dignidade, acima dos interesses socio-económicos e da lógica dos mercados. Advogam, em consequência, uma noção de bem-estar humano, não somente relacionado com o desenvolvimento tecnológico e científico, mas também com políticas sociais efetivas e eficientes e com um ambiente saudável e protegido. Sob tal perspetiva, e no mesmo sentido, os estudantes brasileiros enfatizam sobretudo as críticas aos governos de países economicamente desenvolvidos, que não se preocupam com as questões socioambientais globais e que permitem o uso abusivo dos recursos naturais e a destruição da atmosfera terrestre.

Em contraponto, os estudantes tendem, de forma global, a desvalorizar as responsabilidades individuais, e associativas, na preservação e defesa ambiental, não refletindo de forma abrangente sobre as possibilidades de articulação entre a dimensão pública e privada da responsabilidade neste domínio. Por outras palavras, ao mesmo tempo que remetem sobretudo para os poderes públicos a responsabilidade primeira na resposta e prevenção de problemas ambientais, também reconhecem, na mesma linha

dos resultados dos Inquéritos às “*Representações e Práticas dos Portugueses sobre o Ambiente*” (1997; 2000), a sua inoperância e insuficiência, assumindo a importância de preservar um espaço de participação deliberativa para os cidadãos em matéria ambiental (Nave e Fonseca, 2004: 275).

### c) Práticas efetivas, individuais e/ou coletivas, de cidadania ecológica

Em relação ao desenvolvimento de iniciativas no domínio ambiental a maioria dos estudantes reconheceu existir pouca implicação, pessoal e associativa, a este respeito. Na verdade, foram poucos os estudantes que, em qualquer uma das universidades, afirmaram ter comportamentos concretos de promoção e salvaguarda ambiental, quer de dimensão individual e quotidiana, quer como agentes envolvidos em iniciativas coletivas. Ainda assim, destaca-se um discurso que remete para a consideração da responsabilidade ecológica como uma tarefa de todos e de cada um, e uma percentagem reduzida de estudantes que expressaram que, por vezes, se têm manifestado individual e conjuntamente em relação a questões ambientais e sociais.

Os já citados inquéritos portugueses do Observatório do Ambiente revelam também dicotomizações, quer nos discursos dos portugueses, ora mais localistas, ora mais generalistas (Schmidt *et al.*, 2004: 65), quer na relativa dissonância entre discurso e práticas concretas. As chamadas práticas “amigas do ambiente” revelam-se, de acordo com os dados apurados, pouco ambiciosas e consistentes, sobretudo se estiverem dissociadas de esforços organizativos ou normativos de entidades estatais ou para-estatais. Por exemplo, medidas concretas em matéria ambiental, como a recolha seletiva de resíduos sólidos urbanos, tendem a introduzir-se de forma muito lenta no quotidiano dos portugueses. Ainda assim é entre os jovens, sobretudo os que possuem níveis de instrução mais elevada (secundário e superior), que as práticas ambientais, sobretudo se forem inovadoras, mais se evidenciam (Nave e Fonseca, 2004).

No que diz respeito à atuação coletiva os estudantes contactados sublinharam a importância das associações estudantis como fóruns de debate e de afirmação política, no entanto, reconheceram que a dimensão ecológica não se tem constituído como um eixo prioritário de atuação. Ainda assim, a Academia conimbricense tem acentuado, nos últimos anos, a intervenção a este nível, quer por via de iniciativas de responsabilidade social (separação do lixo, recolha e reciclagem de pilhas na cidade, preservação do património histórico-cultural), quer em termos de reconhecimento, formal e organizativo (com a criação de pelouros de promoção ambiental na Associação e

nos Núcleos de Estudantes), da ecologia como uma dimensão pertinente da participação académica.

Sobre as condicionantes da participação e a concretização de práticas ambientalmente responsáveis é importante a reflexão sobre a relação entre essas práticas e a perceção dos riscos concretos. Não deixa de ser um dado (pelo menos aparentemente) paradoxal, revelado pelos Inquéritos do Observa (2000), que seja entre a população mais jovem e com formação superior, que o chamado efeito “*not in my backyard!*” (Nimby) mais se salienta (embora com variações mínimas face à restante população) (Nave e Fonseca, 2004). A reconfiguração da dimensão dos direitos e deveres quando o “eu” e o “nós” estão em causa no espaço residencial, de proximidade, e face à possibilidade de risco concreto, e já não somente de risco como probabilidade teórica ou abstrata, tende pois a constituir-se como um eixo analítico relevante para a compreensão das expressões de ação coletiva dos portugueses em matéria ambiental. O fenómeno Nimby, como referencia Nave e Fonseca (2004: 331), constitui-se, no quadro da atual modernidade reflexiva, como “um efeito no campo concreto do *mundo da vida* real de uma generalizada situação de escatologia do medo, da insegurança, da angústia e da desconfiança nos sistemas (ditos abstractos) de controlo e regulação da vida colectiva e que hoje vemos estender-se ao comum dos cidadãos, dando sinais profundos de interiorização social e de institucionalização”.

De forma subjacente, afigura-se-nos necessária uma reflexão profunda sobre a formação académica, que deveria potenciar sobretudo a construção de um pensamento crítico e exigente, capaz de superar o aqui e agora e de projetar-se numa lógica universalista e de cidadania. No fundo, um debate sobre o potencial de análise complexa dos contextos e variáveis determinantes da vida coletiva de que o ensino, particularmente o universitário, não pode obviamente isentar-se.

### Considerações Finais

A efetivação da cidadania ecológica preconiza uma maior aposta política, social e educativa na construção de uma ética global que deve estar subjacente a um projeto de sociedade assente na partilha, na prudência e no respeito. Pressupõe-se, assim, primordialmente, conhecimento e, substancialmente, compreensão e ação.

Nesta medida, embora o contributo de cada cidadão seja de facto relevante em termos ambientais, a cidadania ecológica deve transcender a dimensão individual, que tende a despolitizar o debate em torno das questões de fundo. Associar a cidadania ecológica, por exemplo, à participação política obriga-nos a ponderar um conjunto de questões substanciais. Em primeiro

lugar, questões associadas à motivação e às condições materiais para o exercício dessa participação e, em segundo lugar, questões ligadas ao tipo de informação sobre os aspetos ambientais e à forma como é produzida e disseminada para construção de conhecimento.

Com efeito, a cidadania ecológica tem de implicar ações individuais, mas também ações coletivas e estatais tendentes a produzir, em primeiro lugar, as condições sociais, económicas e políticas, que possibilitem de facto escolher agir de modo sustentável e justo (pense-se, por exemplo, no difícil acesso, em termos de preço e disponibilidade, a produtos verdes e reciclados), bem como determinar os consensos internacionais em torno das prioridades, das sanções e das metas inerentes à agenda ecológica, sem a dissociar, portanto, da agenda político-económica, global e local. A escala local e a participação dos cidadãos na gestão da coisa pública constitui-se de facto como um elemento crucial para a construção de comunidades mais resilientes aos choques socioeconómicos do presente e do futuro, bem como na promoção de novas estratégias de desenvolvimento centradas nas capacidades dos cidadãos e dos territórios (Schmidt & Guerra, 2010). Tim Jackson (2009), na mesma linha argumentativa, destaca a relevância da participação dos cidadãos na efetivação de desenvolvimento sustentável, sublinhando as condições a assegurar para a sua promoção: criação e proteção da partilha de espaços públicos; facilitação e criação de condições de acesso à aprendizagem ao longo da vida; criação de condições para uma maior participação dos cidadãos e comunidades no planeamento urbano e nos processos de tomada de decisão.

Deste modo, o debate, as campanhas e a ação sobre as questões ecológicas não podem ignorar os processos democráticos e uma reflexão de fundo sobre as desigualdades, as relações de poder e as estruturas sócio-económico-políticas, que tendem a (re)produzir os problemas (Agyeman et al., 2003). O ensino tem a este nível uma responsabilidade incontornável, obrigando a despertar, como afirmaram alguns estudantes de ambas as universidades, "consciências alienadas e mentes individualistas". A contextualização da informação sobre as ameaças ecológicas em dimensões mais amplas, relativas à forma de organização das sociedades atuais e aos impactes concretos nas diversas áreas da vida individual e coletiva (Luque, 2005), afigura-se-nos, assim, essencial para a promoção de uma verdadeira implicação pessoal e coletiva em termos ecológicos.

### Notas

<sup>1</sup> Pesquisas arqueológicas têm revelado que o enfraquecimento de certas civilizações da Mesopotâmia, por exemplo, se deveu sobretudo à degradação dos seus recursos naturais (Ehrlich & Ehrlich, 2004).

<sup>2</sup> A insuficiência de uma ética centrada unicamente na ponderação da responsabilidade moral no quadro das relações humanas foi salientada, já na década de 40 do século XX, por Aldo Leopold na obra *A Sand County Almanac* (1949). Três décadas depois, Hans Jonas (1979, *Das Prinzip Verantwortung*) coloca no centro da reflexão ética a responsabilidade ao sublinhar os impactos da ciência e da tecnologia, bem como a incapacidade de prever todos os efeitos nefastos da ação humana na preservação das condições para a sua própria sobrevivência.

<sup>3</sup> Tem a sua génese no Direito Alemão nos anos 1970 e é afirmado internacionalmente, pela primeira vez, na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano (Estocolmo, 1972). A partir da década de 1980 foi incorporado em diversas Declarações e Tratados Internacionais sobre questões ambientais específicas (controlo da poluição; qualidade e segurança alimentar, entre outras), tendo sido consagrado pelo Relatório Brundtland (1987) e na Declaração do Rio de Janeiro, na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1992, e pela Declaração de Wingspread (EUA, 1998).

<sup>4</sup> Na obra *Silent Spring*, publicada em 1962, Rachel Carson assumiu o pioneirismo no alerta e discussão sobre os perigos para a saúde humana decorrentes da manipulação química dos ecossistemas.

<sup>5</sup> No âmbito do presente artigo utilizaremos o conceito de "cidadania ecológica", traduzindo o conjunto de direitos e deveres que agregam os seres humanos na preservação dos benefícios ambientais e na prevenção e superação/minimização dos malefícios.

<sup>6</sup> A título de exemplo, sublinhe-se que as tragédias produzidas anualmente pelas cheias no Brasil afetam, sobretudo, as populações pobres que edificam nos morros, por falta de condições de aquisição de terrenos para construção em áreas ambientalmente mais adequadas e seguras.

<sup>7</sup> Neste estudo, ancorado no paradigma de investigação interpretativo crítico, foram entrevistados 26 jovens de ambas as universidades (com uma média de idades de 23 anos), integrados nas respetivas Associações Estudantis (Diretório Central dos Estudantes e Centros Académicos de Cursos, na Univille, e da Associação Académica de Coimbra e respectivos Núcleos de Estudantes nas Faculdades, na Universidade de Coimbra). Os estudantes contactados frequentavam cursos diferenciados, nas áreas das ciências exatas e tecnologias, ciências sociais e humanas, artes e humanidades e ciências da saúde.

### Bibliografia

- AGYEMAN, J., R. Bullard & B. Evans (2003), *Just Sustainabilities. Development in an unequal world*, Londres, Earthscan Publications.
- ALMEIDA, J. F. (org.) (2000), *Os Portugueses e o Ambiente. I Inquérito Nacional às Representações e Práticas dos Portugueses sobre o Ambiente*, Lisboa, Celta Editora.
- ALMEIDA, J. F. (org.) (2004), *Os Portugueses e o Ambiente. II Inquérito Nacional às Representações e Práticas dos Portugueses sobre o Ambiente*, Lisboa, Celta Editora.
- BALLESTEROS, J. (1985), *Ecologismo personalista: cuidar a natureza, cuidar al hombre*, Tecnos, Madrid.

- BECK, U., A. Giddens & S. Lash (1994), *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Stanford, Stanford University Press.
- BECK, U. (1992), *Risk Society*, Londres, Sage Publications.
- BELL, D. (2005), "Liberal Environmental Citizenship", *Environmental Politics*, 14 (2), pp. 179-194.
- BOOKCHIN, M. (1998), "Sociedade e ecologia", *Revista Utopia*, 7.
- CAPRA, F. (1986), *O Ponto de Mutação*, Cultrix, São Paulo.
- CARVALHO, I. (1992), "Educação, meio ambiente e ação política", in H. Acselrad (org.), *Meio ambiente e democracia*, Rio de Janeiro, Ibase, pp. 32-42.
- CARSON, R. (1962), *Silent Spring*, Boston, Houghton Mifflin.
- CHIRO, G. Di (1992), "Defining environmental justice: Women's voices and grassroots politics", *Socialist Review*, 4, pp. 93-130.
- CHRISTOFF, P. (1996), "Ecological Citizens and Ecologically guided Democracy", in B. Doherty e M. de Geus (eds.), *Democracy and Green Political Thought. Sustainability, Rights and Citizenship*, Londres, Routledge, pp. 151-169.
- COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO (1987), *Relatório Brundtland "Nosso Futuro Comum"*. Disponível em: <<http://www.mudancasclimaticas.andi.org.br/node/91>>. Acesso em: 29 setembro 2009.
- CONNELLY, J. (2006), "The Virtues of Environmental Citizenship", in A. Dobson e D. Bell (eds.), *Environmental Citizenship: Getting There From Here?*, MIT Press, pp.49-73.
- CURRY, P. (2000), "Redefining Community. Towards an Ecological Republicanism", *Biodiversity and Conservation*, 9, pp. 1059-1071.
- CURTIN, D. (2002), "Ecological Citizenship", in E. Isin e B. S. Turner (eds.), *Handbook of Citizenship Studies*, Londres, Sage, pp. 293-304.
- DEAN, H. (2001), "Green Citizenship", *Social Policy and Administration*, 35 (5), pp.490-505.
- DETTMER, J. (1996), "Algunas contribuciones las ciencias sociales al conocimiento y prevención de los desastres naturales: el caso del Mexico", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, n.º 165, pp. 83-102.
- DIAS, G. F. (2002), *Pegada ecológica e sustentabilidade humana*, São Paulo, Editora Gaia.
- DOBSON, A. (2003), *Citizenship and the Environment*, Oxford, Oxford University Press.
- EHRlich, P. e A. Ehrlich (2004), *One with Nineveh. Politics, Consumption and the Human Future*, Washington, Island Press.
- HAILWOOD, S. (2005), "Environmental Citizenship as Reasonable Citizenship", *Environmental Politics*, 14 (2), pp. 195-210.
- JACKSON, T. (2009), *Prosperity without growth. The transition to a sustainable economy*, Londres, Sustainable Development Commission.
- JONAS, H. ([1979. *Das Prinzip Verantwortung*] 1995), *El Principio de Responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona, Editorial Herder.
- KOLSTO, S. D. (2001), "Scientific literacy for citizenship: tools for dealing with controversial socio-scientific issues", *Science Education*, 85 (3), pp. 291-310.
- LEFF, E. (2000), *Ecologia, capital e cultura: racionalidade ambiental, democracia participativa e desenvolvimento sustentável*, Blumenal, Editora da FURB.
- LEFORT, C. (1986), *Essais sur le politique*, Paris, Seuil.
- LEOPOLD, A. ([1949] 1989), *A Sand County Almanac*, Nova Iorque, Oxford, Oxford University Press.
- LUQUE, E. (2005), "Researching Environmental Citizenship and its Publics", *Environmental Politics*, 14 (2), pp. 212-225.
- MATTEDI, M. A. e I. C. Butzke (2001), "A relação entre o social e o natural nas abordagens de hazards e de desastres", *Ambiente e Sociedade*, 9, pp.93-114.
- NAVE, J.G. & S. Fonseca (2004), "Entre a cultura ambiental e o efeito Nimby. As várias facetas de uma cidadania para o ambiente!", in J. F. Almeida (org.) (2004), *Os Portugueses e o Ambiente. II Inquérito Nacional às Representações e Práticas dos Portugueses sobre o Ambiente*, Lisboa, Celta Editora, pp. 237-335.
- PEREZ, J. G. (1995), *La Educación Ambiental. Fundamentos teóricos, propuestas de transversalidad y orientaciones extracurriculares*, Madrid, Ediciones La Muralla.
- REDCLIFF, M. (1989), *Sustainable Development. Exploring the contradictions*, Londres, Routledge.
- REDCLIFF, M. (2005), "Sustainable Development (1987-2005): an oximoron comes of age", *Sustainable Development*, 13 (4), pp. 212-227.
- SÁIZ, A. V. e A. Dobson (2005), *Citizenship, Environment, Economy*, Londres, Routledge.
- SCHMIDT, L. et al. (2004), Riscos Ambientais e Riscos Alimentares: Percepções e Atitudes. In João Ferreira de Almeida (Ed.). *Os Portugueses e o Ambiente: II Inquérito Nacional às Representações e Práticas dos Portugueses sobre o Ambiente* (pp. 173-236). Oeiras: Celta Editora.
- SCHMIDT, L. & J. Guerra (2010), "Da governança global à sustentabilidade local: Portugal e o Brasil em perspectiva comparada", *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza/ Brasil, 41 (2), pp. 106-124.
- SMITH, M. (1998), *Ecologism. Towards Ecological Citizenship*, Milton Keynes, Open University Press.
- SMITH, G. (2005), "Green Citizenship and the Social Economy", *Environmental Politics*, 14 (2), pp. 273-289.
- TINKER, J. (1984), "Are natural disasters natural?", *Socialist Review*, 14 (6), pp. 7-25.
- VIEIRA, L. (1997), *Cidadania e Globalização*, Rio de Janeiro, Record.



## LISTA DE REFEREES - NÚMEROS 20, 21 E 22

---

ABOIM, Sofia  
ALMEIDA, José Luís Vieira de  
ALMEIDA, Rachel  
ALVES, Mariana Gaio  
ALVES, Natália  
ÁVILA, Patrícia

BÄCKSTRÖM, Bárbara  
BRANDÃO, Ana Maria

CAMPOS, Ricardo  
CARIA, Telmo  
CASANOVA, José Luís  
CHAVES, Miguel  
CRUZ, Sofia Alexandra

DELAUNAY, Catarina  
DELICADO, Ana  
DIAS, Maria Isabel  
DIAS, Sónia  
DIONÍSIO, Bruno

ESTANQUE, Elísio

FERRAZ, José  
FERREIRA, Pedro Moura

GARCIA, José Luís  
GOMES, Rui Telmo  
GONÇALVES, Albertino  
GUERRA, Paula

HESPANHA, Pedro

JARDIM, Denise Fagundes

LALANDA, Piedade  
LEANDRO, Maria Engrácia  
LIMA, Roberto Kant de  
LOPES, Alexandra  
LOPES, João Teixeira  
LOPES, Noémia Mendes

MACHADO, Fernando Luís  
MACHADO, Paulo  
MAGALHÃES, Dulce  
MAIA, Rosemere  
MARQUES, Ana Paula  
MARQUES, João Filipe  
MARTINS, Alexandre Cotovio  
MARTINS, Bruno Sena  
MARTINS, Carlos Benedito  
MENDES, Maria Manuela  
MOTA, Fábio Reis

NOFRE, Jordi  
NOVAES, Regina  
NUNES, João Pedro

PADILLA, Beatriz  
PEIXOTO, Paulo  
PEREIRA, Virgílio Borges  
PIRES, Iva

QUEIROZ, Maria Cidália

REGO, Raquel  
RODRIGUES, Eduardo Vítor  
RODRIGUES, Maria de Lurdes  
ROMÃO, Ana

SALVADOR, Regina  
SANTOS, Maria João Nicolau  
SANTOS, Rui  
SCHMIDT, Luísa  
SILVA, Filipe Carreira da  
SILVA, Luísa Ferreira da  
SILVA, Manuel Carlos  
SIMÕES, José Alberto  
SUASSUNA, Dulce

TAVARES, David



## Normas para apresentação de originais

---

A revista *Forum Sociológico* publica artigos originais, entrevistas, resenhas críticas e documentos. Todos os originais propostos para publicação na revista *Forum Sociológico* devem ser enviados por e-mail para o endereço electrónico da revista ([forum@fcsh.unl.pt](mailto:forum@fcsh.unl.pt)).

Os artigos originais têm de ser inéditos e não podem estar a ser submetidos para publicação em outras revistas nacionais. Devem ter no máximo 40 000 caracteres (incluindo espaços, resumos, notas de rodapé, bibliografia, quadros, gráficos e figuras, o que perfaz cerca de 18 páginas) e podem integrar-se nos dossiês temáticos ou ser publicados na secção "Outros Textos". Os artigos propostos para publicação são submetidos a parecer de especialistas das áreas respetivas em regime de anonimato. A decisão final da publicação é da responsabilidade do Conselho de Redação. Cada texto deve iniciar-se com um resumo, em português e inglês, com um máximo de 1000 caracteres (10 linhas), seguidos de 3 ou 4 palavras-chave nesses mesmos idiomas.

Também se publicam entrevistas a especialistas sobre temas relevantes no âmbito das Ciências Sociais, bem como resenhas críticas cujas temáticas sejam pertinentes no âmbito das Ciências Sociais. Serão também aceites documentos, notas analíticas e conclusivas resultantes de trabalhos de investigação, e outros documentos considerados relevantes que não se enquadram no formato previsto para os artigos. Tais documentos (projetos, materiais sociográficos, documentos, resenhas) deverão observar os seguintes limites de páginas: no caso de entrevistas, uma a duas páginas; para outros documentos, até cinco páginas.

Os textos devem ser apresentados em páginas A4, a espaço e meio (norma também válida para a bibliografia), em tipo de letra "Times New Roman", tamanho 12 com as margens superior, inferior, esquerda e direita a 2 cm. Os quadros, gráficos e figuras deverão ser numerados de forma contínua, em numeração árabe, para cada um dos elementos respetivos (Quadro 1; Gráfico 1; Figura 1).

Adotamos a norma de citação anglo-saxónica: autor, ano de edição, página. Ex.: (Elias, 1983: 5). Quando as transcrições ultrapassarem as 5 linhas de texto, devem vir destacadas do corpo do texto em letra tamanho 11 e margens late-

rais de 1 cm. Para as transcrições de menor dimensão, deverão ser utilizadas as aspas duplas ("..."); para citações secundárias (dentro da própria transcrição), deverão utilizar-se as aspas francesas («...»); o itálico deverá ser utilizado apenas no caso de se tratar de uma citação destacada em língua estrangeira.

As referências bibliográficas são apresentadas de forma alfabeticamente ordenada por último nome do primeiro autor no final do artigo. Deverão obedecer às seguintes regras: o último nome do primeiro autor, primeiros nomes do primeiro autor; no caso de haver mais do que um autor, os seus nomes aparecem pela ordem normal, seguido do ano de edição (e o ano de edição original caso se conheça), o título da obra, a localidade, editora; os títulos de livros e revistas aparecem em itálico e os títulos dos textos ou artigos entre aspas. No caso de os autores serem múltiplos, pode identificar-se o primeiro autor, ou os dois primeiros, seguido de "et al.". Caso se conheçam, devem ser assinalados os autores quando organizadores da obra ou quando responsáveis pela sua edição. Essa informação deve ser colocada entre parêntesis, logo após os nomes a que dizem respeito: (org.) ou (orgs.), (ed.) ou (eds.).

### Exemplos:

BOLTANSKI, L. e L. Thévenot (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Éditions Gallimard.

COWAN, P. A. e M. Hetherington (orgs.) (1991), *Family Transitions*, Nova Jérsea, Erlbaum.

DODIER, N. (1989), "Le travail d'accommodation des inspecteurs du travail en matière de sécurité", in L. Boltanski e L. Thévenot (eds.), *Justesse et justice dans le travail*, Paris, CEE – PUF, pp. 91-114.

DURKHEIM, E. ([1897] 1960), *Le Suicide*, Paris, PUF.

KRIEGER, N.; D. Rowley, et al. (1993), "Racism, Sexism, and Social Class: Implications for Studies of Health, Disease and Well Being", *American Journal of Preventive Medicine*, 9 (3), pp. 82-122.

REVEL, J. (1986), "Les usages de la civilité", in P. Ariès e G. Duby, *Histoire de la vie privée*, vol. 3, Paris, Seuil.

### PROCESSO DE ARBITRAGEM CIENTÍFICA

- A qualidade científica dos artigos publicados na revista *Forum Sociológico* é assegurada por um processo de arbitragem anónimo.
- Os artigos propostos são submetidos a uma primeira análise por parte do Conselho de Redação.
- Os artigos que se integrem no âmbito disciplinar da revista são posteriormente submetidos a parecer de especialistas das áreas respetivas (*referees*), num mínimo de 2, em regime de anonimato.
- Os *referees* serão escolhidos de entre os membros do Conselho Editorial, recorrendo-se também a outros reputados especialistas no domínio das propostas de publicação.
- A decisão final de publicação é da responsabilidade do Conselho de Redação, com base nos pareceres emitidos pelos *referees*.
- Os pareceres dos *referees* são enviados aos autores de forma anónima, acompanhados de uma carta do Diretor sugerindo a realização das alterações ou correções propostas nos referidos pareceres.
- No caso de serem sugeridas aos autores alterações ou correções, o Conselho de Redação zelarà pela efetiva introdução das mesmas.
- Os artigos a integrar os *Dossiês Temáticos* serão publicados segundo os critérios acima enunciados. Em complemento, poderão os organizadores do *Dossiê* fazer convites de publicação a especialistas no domínio em causa, os quais ficam sujeitos à aprovação do Conselho de Redação.
- A lista de *referees* será publicada periodicamente na própria revista, sem no entanto se identificarem os artigos analisados por cada um.

### Revista *Forum Sociológico*

CesNova – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa  
Edifício I&D, Avenida de Berna, 26  
1069-061 Lisboa  
E-mail: [forum@fcsh.unl.pt](mailto:forum@fcsh.unl.pt)  
Site: <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt>

### ASSINATURAS

Todos os números da Revista *Forum Sociológico* podem ser adquiridos presencialmente ou encomendados.

#### Morada:

Revista *Forum Sociológico*  
CesNova – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa  
Edifício I&D, Avenida de Berna, 26 – 1069-061 Lisboa

**E-mail:** [forum@fcsh.unl.pt](mailto:forum@fcsh.unl.pt)

**Telefone:** 00351 21 790 83 00 (ext. 1488)

**Preço por exemplar:** €10,50 (c/IVA)