

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo, realizada sob a orientação científica de

Professor Doutor José Mapril

Para Mei H.,

que partilhou comigo a sua história.

AGRADECIMENTOS

Este projeto não poderia ter sido empreendido sem a contribuição de muitas pessoas, que me orientaram, aconselharam, e sem dúvida me inspiraram mesmo nos momentos mais difíceis.

Como tal, quero começar por agradecer ao Professor Doutor José Mapril pela sua orientação, paciência, esclarecimento e aconselhamento constantes.

De igual forma à Professora Doutora Irene Rodrigues, pela pronta disponibilidade com que sempre me atendeu.

Às minhas colegas de trabalho, pela paciência para com os meus constantes devaneios.

Aos meus amigos, João, Inês, Catarina e Ana Paula, por estarem sempre lá.

À minha mãe e aos meus avós, pelo amor incondicional.

Ao meu companheiro, André, por ter acompanhado esta viagem.

**TRÂNSITOS TERAPÊUTICOS: UMA BIOGRAFIA ENTRE LISBOA E
ZHEJIANG**

ANA ISABEL PIRES FERNANDES

RESUMO

PALAVRAS-CHAVE: Migração; Saúde Transnacional; Biografia; Comunidade Chinesa

A crescente migração constitui-se como um desafio para a saúde pública, juntando a complexidade dos determinantes de saúde dos imigrantes à heterogeneidade da população autóctone. Tomando consciência da sua dimensão, o estudo pormenorizado do seu impacto, quer para o país de origem, de trânsito ou de acolhimento, quer para a população migrante e autóctone assume-se como pertinente. Tendo por base esta configuração, a presente Dissertação de Mestrado visa compreender quais as trajetórias adotadas pelos chineses imigrantes em Portugal quando procuram cuidados de saúde – seja a prevenção de doença e manutenção da saúde, seja a cura da doença.

A opção metodológica recaiu no recurso à história de vida – no seguimento da trajetória de vida de uma jovem chinesa moradora no Martim Moniz – onde se pretendeu articular as dimensões do seu processo migratório com os conceitos de saúde/doença.

A questão de prevenção de doença não encontra uma resposta positiva – assumindo que a interlocutora não realiza cuidados de saúde preventivos, enquanto que como resolução para problemas de saúde, sugerem-se dois trajetos possíveis: por um lado recorrer ao serviço de atendimento permanente, por outro o retorno ao país de origem.

Na primeira realidade deve-se ter em consideração a inoperabilidade de um sistema de saúde que coloca barreiras de acesso aos imigrantes e a imersão destes num contexto social e cultural que se assume como profundamente distinto do de origem; a segunda realidade comporta elementos tão fundamentais como a rapidez de respostas, a sua eficácia e, salienta-se, a familiaridade nos tratamentos que encontram no país de origem. Percebeu-se, também, que as trajetórias de cuidados de saúde não são calculadas de forma aleatória mas sim obedecendo a uma dinâmica própria, numa constante negociação entre o discurso de rutura com a ancestralidade e a necessidade de retorno a “casa”.

ABSTRACT

KEYWORDS: Migration; Transnational Health; Biography; Chinese Community

The increasing migration is a challenge for public health, combining the complexity of the health determinants of immigrants with the heterogeneity of the indigenous population. The detailed study of their impact, whether for the country of origin, transit or reception, or for the migrant and autochthonous population, becomes relevant. Based on this configuration, this Master's Dissertation aims to understand the trajectories adopted by Chinese immigrant in Portugal when they seek health care - be it disease prevention and health maintenance, or cure of the disease.

The methodological option relied on the use of life history - following the life trajectory of a young Chinese woman living in Martim Moniz - where the intention was to articulate the dimensions of her migratory process with the concepts of health / illness.

The issue of disease prevention does not find a positive answer - assuming that the interlocutor does not perform preventive health care, while as a resolution to health problems, two possible routes are suggested: on the one hand, to resort to the permanent care/urgencies, another to return to the country of origin.

In the first reality, we must take into account the inoperability of a health system that places barriers to immigrants' access and immersion in a social and cultural context that assumes itself as deeply different from the one of origin; the second reality involves fundamental elements as the speed of responses, their effectiveness and, it should be emphasized, the familiarity in the treatments found in the country of origin.

It was also noticed that the health care trajectories are not calculated in a random way, but rather by following their own dynamics, in a constant negotiation between the discourse of rupture with the ancestry and the need to return home.

ÍNDICE

I. Introdução.....	1
I.1. Metodologia e limitações do estudo.....	3
I.2. Estrutura da Dissertação.....	7
II. Os Migrantes e a Saúde.....	8
II.1. Os migrantes e o impacto da migração na sua saúde.....	8
II.2. O acesso aos cuidados de saúde.....	13
II.3. O impacto das políticas de migração.....	16
II.4. Legislação e Migrações.....	17
II.5. A Saúde e a Doença como uma “construção”.....	23
II.6. Sistemas médicos e o contexto da migração.....	28
II.7. A população chinesa migrante e a procura de cuidados de saúde.....	34
III. A Saúde Transnacional.....	39
III.1. O que é o transnacionalismo?.....	39
III.2. O transnacionalismo e a saúde transnacional.....	43
III.3. Motivações para o transnacionalismo em saúde.....	44
IV. História das Migrações Chinesas e o caso de Portugal.....	49
IV.1. Movimentos pelo Mundo.....	49

IV.2. O caso de Portugal.....	58
IV.2.1. Podemos falar numa só comunidade?	60
IV.2.2. Dados Estatísticos da população chinesa migrante em Portugal.....	62
IV.3. Práticas identitárias.....	70
V. Trânsitos Terapêuticos: uma História de Vida.....	72
V.1. A História de Vida de Mei H.	73
VI. Conclusão	94
Bibliografia.....	97
Sítios da Internet consultados.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS

IOM – International Organization for Migration

MTC- Medicina Tradicional Chinesa

OIM – Organização Internacional das Migrações

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RPC – República Popular da China

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Nacionalidades mais representativas em 2015.

Gráfico 2: Número de Indivíduos Chineses Migrantes em Portugal.

Gráfico 3: População Chinesa Residente em Portugal segundo o grupo etário.

Gráfico 4: Estado Civil.

Gráfico 5: Escolaridade.

Gráfico 6: Meio de Subsistência.

Gráfico 7: Profissão.

Gráfico 8: Motivo para Migração.

Gráfico 9: Motivo para Migração para Portugal

I. Introdução

Falar de migrações internacionais tornou-se um discurso corrente nos dias atuais: conceitos como migrantes, transnacionalismo, circulação e fronteiras, constituem um léxico que, se antes pouco figurava nos assuntos mundanos, hoje assume um carácter de omnipresença em qualquer publicação diária ou mesmo conversa quotidiana.

Tratando-se de Portugal um país com um vasto historial no que concerne a práticas de migração – inicialmente como pólo exportador e mais tarde como recetor de indivíduos, a determinação, análise e explicação de determinados marcadores revela-se uma prática imprescindível para perceber a realidade atual.

No que concerne à saúde, a migração crescente pode constituir-se como um desafio para a Saúde Pública nos vários países, juntando a complexidade dos determinantes de saúde dos imigrantes à heterogeneidade da população autóctone. Tomando consciência da sua dimensão, o estudo pormenorizado do seu impacto – quer para o país de origem, de trânsito, de acolhimento, quer para a população migrante e autóctone – é, assim, de carácter pertinente e urgente (Carballo & Nerukar, 2001; IOM, 2003) visando o desenvolvimento, mudança ou mesmo criação de políticas ativas, como Ramos (2007, p. 149) sumariza:

“as problemáticas da diversidade cultural e da interculturalidade implicam um novo reposicionamento metodológico e epistemológico ao nível da investigação e da intervenção, nomeadamente no domínio da saúde, vindo colocar novos desafios às estratégias e às políticas do século XXI, no que diz respeito à gestão da comunicação, em particular da comunicação intercultural, das identidades e dos conflitos, bem como à gestão das interações entre o eu e o outro, entre o universal e singular”.

Sabendo que atualmente residem mais de 380 mil¹ indivíduos estrangeiros em Portugal é imperativo perceber melhor quem são esses indivíduos, contando que o conhecimento sobre a realidade dos imigrantes é bastante limitado - dado que, com

¹ Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteira. Consultado a 18 de outubro de 2016.

frequência, os imigrantes são excluídos dos estudos por razões que incluem o desconhecimento da língua materna, por parte dos investigadores, ou pela ausência de interpretes que provocaria um aumento dos custos das investigações. De igual modo, os próprios indivíduos migrantes podem não querer colaborar, por não sentirem confiança no contacto com a sociedade de acolhimento e as suas instituições (Kristiansen, Mygind & Krasnik, 2006).

A investigação aprofundada em matérias de saúde, cujo tema é ainda muito incipiente em Portugal (Machado, 2007), deve ser prioritária, uma vez que temas como fluxos migratórios, políticas de imigração, perfis da população migrante, situações e trajetos do mercado de trabalho e a experiência escolar dos descendentes de imigrantes são tidos como preferenciais. No que respeita à temática da saúde, os estudos privilegiam maioritariamente, o acesso dos imigrantes a formas particulares de assistência médica, nomeadamente o acesso aos cuidados primários de prevenção do HIV (Dias et al. 2002, 2004; Faria & Ferreira, 2002; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005; Nossa, 2000;2002; Santana & Nogueira, 2005a, 2005b; Távora-Tavira et al., 2007; Williamson et al., 2008); o acesso à saúde materno-infantil (Calado et al., 1997; Machado et al., 2006; Manuel, 2007; Monteiro, 2007); o acesso às consultas de saúde sexual e reprodutiva (Alarcão et al., 2008a; Harding et al., 2006a;2006b; Lopes, 2007) e o acesso aos cuidados de saúde mentais (Costa & Mota, 2000; Dias, 2005; Lechner, 2005a; Pussetti, 2006; Rosa, 2007).

Em relação aos estudos dos problemas de saúde com maior incidência na população migrante (como a saúde mental, doenças cardiovasculares, diabetes ou saúde oral) destacam-se Abukumail et al., 2007; Carreira et al., 2007; Ferrinho, 2003; Harding et al., 2008; Lechner, 2005a, 2005b e 2007; Monteiro, 2006 e 2008; Nicola e Carreira, 2007; Pussetti et al., 2009. Alguns autores também se têm focados nas condicionantes ao acesso aos serviços de saúde (Andrade, 2008; Dias & Gonçalves, 2007; Dias, Severo & Barros, 2008; Gonçalves et al., 2003; Godinho et al., 2007; Leandro et al., 2002), enquanto que outros visam o binómio condições sociais/saúde (Dias & Rocha, 2009) e Santana (2002, 2004, 2005 e 2007).

Nas produções científicas que relacionem grupos étnicos e saúde salientam-se os trabalhos de Silva (2005, analisando as atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal); Backstrom (2006, que realizou um estudo sobre os comportamentos de saúde e de doença numa comunidade cabo-verdiana em Lisboa); Monteiro (2007, observando os cuidados materno/infantis dentro da comunidade Hindu

em Lisboa), Viana (2010, sobre imigrantes brasileiros e o acesso aos cuidados de saúde mental), Sousa (2008) e Brito (2014, ambos focados nos acessos dos imigrantes ucranianos aos cuidados de saúde em Portugal).

Perceciona-se deste modo que há populações migrantes cuja investigação académica não está tão aprofundada quanto seria de desejar, sendo que os indivíduos chineses imigrantes em Portugal constituem precisamente esse tipo de população que parece balizar-se longe da investigação. Partindo de uma percepção popular² – a inexistência de imigrantes chineses nos hospitais e centros de saúde - procura-se qual a relação destes com o Sistema Nacional de Saúde português.

O propósito deste estudo será, precisamente, perceber quais as trajetórias adotadas pelos imigrantes chineses em Portugal, quando procuram cuidados de saúde – seja a prevenção de doença e manutenção da saúde, seja a cura de doença. Para perceber essas trajetórias é necessário compreender, antes de mais, que as dimensões de saúde e de doença são culturalmente construídas e influenciadas socialmente pelo grupo em que estão inseridos e, de igual modo, deve-se perceber qual a importância e a valorização atribuída a cada uma dessas dimensões e de que forma essa importância/valorização vai condicionar a procura de meios de resolução quando surge um problema. Nesta elaboração, proponho questionar essa mesma construção social e em que aspetos essa construção tem influência cultural, sendo que a minha observação não se pretende dirigir às práticas em si mesmas, mas sim às lógicas que lhes estão subjacentes e de que modo se articulam com uma sociedade ocidental, com um modelo tão fortemente apoiado num modelo biomédico.

I.1. Metodologia e limitações do estudo

Colocando-se assim a problemática orientadora, delineou-se, inicialmente, que se iria tratar de um estudo de carácter exploratório, visando solucionar e/ou aumentar as expectativas em função do problema determinado, uma vez que “este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis” (Gil, 1999, p.66).

² Baseada em conversas com vários profissionais de saúde e nos trabalhos de Fonseca e Silva (2010) e de Pereira (2008).

Assim, como esta abordagem metodológica sugeria, a amostra seria criteriosa e intencional, selecionada através de um método não probabilístico, “bola de neve”, onde indivíduos seriam indicados através de conhecidos e assim sucessivamente, de modo a formarem-se redes de referência. No entanto, e apesar de várias incursões em campo – zona das freguesias de Arroios e Santa Maria Maior – as dificuldades previstas foram materializadas: mesmo constituindo-se como um grupo de dimensões consideráveis, a inserção dos imigrantes chineses na sociedade envolvente é pouco visível, permanecendo “fechados em si” e observando-se um fenómeno de “encastramento relacional” (Granovetter, 1985). O contacto com o exterior processa-se, sobretudo, por base de trabalho e troca de serviços, tornando-se pouco recetivos a questões mais pessoais.

Como tal, e surgindo a oportunidade de aprofundar a questão elaborada através do seguimento da trajetória de vida de uma jovem chinesa moradora no Martim Moniz – falando particularmente bem português e que se mostrou bastante solícita – a abordagem metodológica sofreu um desvio de sentido, sendo a abordagem exploratória substituída pelo recurso à história de vida.

A história de vida, enquanto método de investigação surgiu – para autores como Bertaux, (1999) e Becker (1986) – nas Ciências Sociais da década de 20 com a “Escola de Chicago”, onde as entrevistas de carácter biográfico possibilitaram a abordagem de temas como as mudanças sociais inerentes aos processos migratórios ou mesmo as trajetórias de indivíduos tidos como socialmente delinquentes. Após uma produção de estudos em grande número, o seu uso caiu em declínio, sendo substituído por métodos mais estruturais e análises mais funcionais, ressurgindo lentamente após o célebre trabalho de Oscar Lewis, *The Children of Sanchez*, em 1961, e mais vigorosamente a partir da década de 70, em França, partindo desta parte por Daniel Bertaux (Guérios, 2011).

Podemos definir uma história de vida como a história que um indivíduo decidiu contar acerca daquilo que viveu, aquilo que recorda e aquilo que quer que os outros saibam acerca dela (Atkinson, 2002), não se tratando nunca de um relato desinteressado, mas, pelo contrário, de um relato dotado de particularidades, sempre único e individual. Apesar de duramente criticado por alguns académicos – como Bourdieu (1986) que advogava que “a história de vida é uma dessas noções de senso comum que entraram de contrabando no universo académico” (p. 69) - devemos acreditar que até no nosso ato mais individual e solitário a nossa sociedade está presente (Durkheim, 1996 [1897]). A

experiência subjetiva nunca é exclusivamente individual (Hoering & Alheit, 1995), traduzindo não apenas uma experiência comum mas também a forma como a realidade social é interiorizada no indivíduo (Lahire, 2005), legitimando-se, deste modo, como uma estratégia metodológica não desprezível, mas sim apetecível para paralelos entre histórias de vida e história social – como Halbwachs (1952 [1925]) e Thompson (1978) sublinharam a complementaridade entre ambas – uma vez que as histórias de vida nos podem elucidar sobre as conjunturas sociais em que os indivíduos estão inseridos.

Esta temática – muito valorizada pela área social da Antropologia – encontra eco nos trabalhos de Mintz (1960); Shoshtak (1981); Crapanzano (1985) ou Schiller e Fouron (2001) – nomeando apenas alguns – que recorreram a histórias de vida como meio de observação antropológica precisamente para interpretar determinados contextos e relações sociais.

Após a tomada de decisão de que se trataria de uma história de vida, o trabalho de campo ocorreu de abril a novembro de 2016, na loja da jovem sobre a qual a investigação é agora realizada e que se localiza na zona do Martim Moniz, em Lisboa. No decorrer das sessões – no total de 12 encontros, que duraram desde alguns minutos até algumas horas – e que tomaram a forma de conversas informais mas com algumas perguntas dirigidas visando recolher dados pertinentes para a questão a explorar, percecionou-se um conjunto de atitudes e de respostas que sugerem a existência de uma ambivalência de trajetórias de procura de cuidados de saúde: procura de cuidados emergentes nas Unidades de Atendimento Permanente (vulgo “Urgências”) ou a deslocação para a China³ no intuito de encontrar soluções para algum problema sem necessidade resolutiva de carácter urgente.

No entanto, à medida que o trabalho de campo se desenvolveu, surgiu a perceção de que as escolhas das trajetórias de saúde não são calculadas de forma aleatória, mas sim obedecendo a uma dinâmica própria interna, numa constante negociação entre um discurso de rutura com a ancestralidade e a incorporação dessas práticas, mesmo que de forma inconsciente para o indivíduo. Na expectativa de encontrar respostas lineares para a problemática desenvolvida – o uso primário de Medicina Tradicional Chinesa⁴ em

³ Apesar de República Popular da China ser a terminologia mais correta, *China* será o termo utilizado durante toda a dissertação sempre que o país for referido.

⁴ A Medicina Tradicional Chinesa é uma prática de saúde originária da China, datada de mais de 5000 anos, constituindo-se como uma parte integrante da cultura chinesa e uma “arte de manter a saúde e não apenas de curar a doença”, conforme decretado pelo mítico Imperador Amarelo (2698-2598 a.C.). As

detrimento da Medicina Ocidental – o resultado do trabalho de campo segue uma prática discursiva diferente, uma vez que a jovem interlocutora assume “não acreditar na Medicina Tradicional Chinesa”, procurando, paradoxalmente cuidados de saúde na China, em substituição dos preconizados num país Ocidental ou fazendo uso de ambos consoante as necessidades mais prementes.

No entanto, e como qualquer história de vida, esta é composta por um número considerável de limitações a ter em conta uma vez que partimos de uma história que nos é fornecida por um individuo que decide o que quer partilhar e de que forma ou com que evidência o quer fazer.

Partindo da aceitação da existência de mais do que uma *comunidade* chinesa em Portugal, estes resultados – que são interpretações e ilações retiradas com apoio de uma bibliografia de referência – esperam-se ser representativos para os elementos que constituem o padrão dos migrantes recentes, com fortes bases familiares e motivações predominantemente económicas. No entanto, se colocarmos a tónica noutra individuo com uma trajetória de vida e de migração diferente os resultados poderiam ser claramente distintos. De igual forma, espera-se que as retóricas de saúde dos outros elementos da família da interlocutora possam sofrer variações: a mãe e a tia como viveram até uma idade mais tardia no país de origem e possuam dificuldades mais pronunciadas na Língua Portuguesa; o pai, que ela apelida de mais “ocidentalizado” da família e o irmão, nascido na Europa, educado num modelo mais ocidental, estudante do ensino superior português e com uma “relação mais distante” para com a China.

Deve-se ter em consideração as limitações temporais e de agenda que uma Dissertação de Mestrado exige, não sendo possível prolongar mais a investigação e otimizando assim os resultados obtidos – que poderiam tomar outros sentidos se a investigação fosse prolongada.

causas das doenças são atribuídas a desequilíbrios emocionais ou a condições climatéricas, e os diagnósticos são estabelecidos atendendo-se ao doente como *um todo*, ouvindo as suas queixas e sugestões e procedendo-se a um exame físico que inclui a visualização da cor da pele do doente e das mucosas, palpação dos pulsos e visualização da morfologia da língua - é muito pouco frequente pedir-me ao doente para este se despir (há o pudor associado aos princípios da filosofia confucianista). Os tratamentos mais utilizados pela MTC incluem a acupunctura, a moxabustão, as ventosas, a fitoterapia, o Qigong, a massagem Tui Na e a dietética (Hicks, 1998).

A Medicina Ocidental terá sido introduzida na China no final da dinastia Ming (1368-1644) e inícios da dinastia Qing (1644-1911) através dos missionários jesuítas (Jiang & Gong, 2013), e desde aí assiste-se a uma prática conjunta das duas abordagens médicas na forma de realizar cuidados de saúde (Hong, 2004). No entanto, ressalva-se que a abordagem oficial da MTC passa por diferentes fases ao longo da história da China – desde a tentativa da sua abolição, em 1929 pelo Governo Nacionalista, ao seu elevar de estatuto, na época maoista (1949-1978) (Taylor, 2005).

I.2. Estrutura da Dissertação

Para explorar alguns destes temas e resultados, esta Dissertação está organizada em seis capítulos. Logo após esta breve introdução, no capítulo II procura-se perceber quem são estes imigrantes e de que forma a sua construção de saúde e de doença, cujo fundo cultural não é desprezível, influencia as suas escolhas, seguindo-se (capítulo III) uma análise dos seus comportamentos transnacionais de saúde. Tratando-se de uma população imigrante chinesa é pertinente (capítulo IV) explorar os movimentos migratórios que são realizados por estes indivíduos – desde a sua antiguidade histórica até aos dias atuais – procedendo a uma caracterização dos fluxos migratórios e das dinâmicas sociodemográficas da população presente em Portugal. Segue-se, no capítulo V, a apresentação da história de vida e a sua leitura interpretativa e, por fim, encerra-se (capítulo VI) com a conclusão.

Procurando validar o interesse deste estudo, parte-se da postura vinculada pela Constituição Portuguesa, descrita na Lei de Bases da Saúde (DL N°48/90 de 24 de Agosto): “(...) a política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos”, sustentando-se que a pertinência desta investigação se prende precisamente com a falta de informação académica disponível sobre os imigrantes chineses e os cuidados de saúde, principalmente na que privilegia uma ótica interna⁵, sendo que este pequeno contributo poderá constituir um auxílio não apenas para o conhecimento mais aprofundado destes migrantes mas também para profissionais de saúde ou agentes de políticas migratórias – percecionando quais as trajetórias de saúde dos migrantes chineses: como o fazem, porque o fazem, que serviços podem recorrer e que com que dificuldades se deparam.

⁵ Salienta-se o trabalho de Pereira (2008) com uma dissertação de mestrado sobre a Comunidade Chinesa e os cuidados de saúde, mas cujo foco foram os profissionais de saúde e as dificuldades que estes percecionavam na dinâmica dos imigrantes chineses com o Serviço Nacional de Saúde.

II. Os Migrantes e a Saúde

Neste primeiro capítulo espera-se fazer uma abordagem global da migração, restringindo-se, no entanto, aos domínios da saúde e da doença.

Para a questão inicialmente colocada – que nos circunscreve a contextos migratórios – deve-se, em primeiro, tentar perceber quem são os migrantes, quais os impactos da migração na sua saúde e como acedem aos cuidados de saúde, salientando as barreiras ao seu acesso e que vão encontrando nos países onde atualmente habitam. Esse mesmo acesso é também ele condicionado pelas políticas de migração vigentes nos países de acolhimento, traduzidas na legislação – que importa separar entre a legislação internacional, com diretrizes universais – e a legislação nacional, que remete para assuntos de importância prática.

Surge, de igual forma, a necessidade de perceber qual a pertinência do contexto social e cultural em que os migrantes estão alavancados, e de maneira estes contextos são preditores ou condicionantes das suas práticas de saúde e de doença. Fazendo minhas as palavras de Backstrom (2009 [2006]), ao estudar as representações sociais da saúde e da doença de um grupo de indivíduos que se ligam etnicamente, o que se pretende é captar o discurso desses mesmos indivíduos e que explicitam através de diversas configurações – sentimentos, opiniões, experiências passadas ou comportamentos – a sua imagem de saúde e de doença e de que forma ela tem sentido para eles, tendo sempre em mente que a “saúde” de um indivíduo, cujo domínio vai para além do instrumental, comporta toda uma dimensão social, cultural, individual e coletiva, que não deve ser analisada em esferas separadas mas sim atendendo à sua dinâmica inter-relacional.

II.1. Os migrantes e o impacto da migração na sua saúde

Toda a história da humanidade é marcada pelo movimento de pessoas, no entanto, percebe-se que este fenómeno tem sofrido alterações que estão diretamente relacionadas com as mudanças que têm ocorrido no panorama mundial e que são tão diversas como mudanças ambientais, demográficas, sócio-económicas e políticas (Levitt & Jaworsky, 2007), sendo comum considerar que os indivíduos podem migrar quando se sentem “empurrados para fora” do seu país – devido a guerras, desastres naturais, pobreza ou quando atraídos para outro país, como as possibilidades de emprego, a liberdade política ou religiosa (modelo *push-pull* de Ravenstein, 1885). Sabe-se que a migração pode ser

motivada externamente por diversos fatores – catástrofes naturais; pobreza; perda de recursos; aspirações a melhor qualidade de vida; guerras; conflitos religiosos, entre outras, no entanto, o estado de saúde dos indivíduos e a procura de cuidados de saúde é também uma causa de mobilidade (WHO, 2003) – como se discute em seguida.

Existem vários tipos de migrantes (OIM, 2010) que englobam (i) os migrantes económicos (pessoas que abandonam o seu lugar normal de residência para melhorar a qualidade de vida, podendo ser trabalhadores de longa duração, temporários ou sazonais); (ii) os requerentes de asilo (indivíduos com medo de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertencentes a um grupo social ou de opinião política, pedindo asilo a uma país ao abrigo da Convenção de Genebra de 1951); (iii) os imigrantes indocumentados/irregulares (sem estatuto legal devido a entrada irregular ou a caducidade do período do visto); (iv) os deslocados (indivíduos que fogem de conflitos armados ou desastres naturais ou provocados pelo homem e os seus efeitos, abrangendo especialmente os deslocados dentro das fronteiras do país de origem e que não se coadunam com a proteção aferida pela Convenção de Genebra de 1951).

Em seguimento, e comportando as complexidades do mundo atual, surgem novas categorias que complementam as anteriores e que necessitam ser sumariadas (Padilla, 2013), como os imigrantes cujas vidas no país de acolhimento se circunscrevem ao círculo vicioso entre a irregularidade e a legalidade, dependendo da forma de reconhecimento da condição de imigrante e dos requisitos de legalização; os “imigrantes-natos”, nascidos num país mas não reconhecidos como cidadãos desse país, herdando a nacionalidade e o estatuto regular ou irregular dos progenitores; os imigrantes *expatriados*, que se deslocam em resposta às políticas de mobilidade das empresas internacionais ou transnacionais e que normalmente usufruem de importantes benefícios; os imigrantes que se deslocam por casamentos com cidadãos do país de acolhimento, com diferentes estatutos legais; os imigrantes menores acompanhados/ não acompanhados; os imigrantes doentes evacuados, constituídos por pessoas doentes que chegam a Portugal ao abrigo de acordos bilaterais de saúde com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa a fim de serem tratados no Sistema Nacional de Saúde⁶.

⁶ Posteriormente, e em relação a este aspeto, sempre que existir a referência a “migrantes”, o que se deve inferir é que serão considerados os emigrantes por motivos económicos em situação regular, não sendo o caso, a denominação será de acordo com o que se pretende referenciar (migrantes ilegais, requerentes de asilo, etc.).

Focando a ótica agora em questões de saúde, e apesar de se considerar, em geral, que quem inicia um processo migratório está em bom estado de saúde – capaz de iniciar uma sequência muitas vezes penosa – sugere-se que estes grupos, uma vez localizados no país recetor, poderão colocar-se numa posição mais vulnerável à doença (Kandula, Kersey, & Lurie, 2004). Na chegada a um país novo, os indivíduos migrantes são sujeitos a uma adaptação a um novo contexto, que comporta diferenças no meio ambiente físico e social, bem como um estilo de vida e cultura diferentes, de igual modo, a separação da família e dos valores com que estavam habituados, a barreira linguística, as diferenças nos sistemas administrativos e legais podem surgir como verdadeiramente impeditivos para a manutenção da sua saúde (Carballo & Nerukar, 2001).

O impacto da migração no estado de saúde do indivíduo migrante e as implicações na mortalidade e na morbidade, variam de acordo com o tipo de migração – voluntária ou forçada, legal ou ilegal – o ambiente do país de origem, as políticas de imigração adotadas no país de chegada e as condições que encontra no país de acolhimento (Jolly & Reeves, 2005; McKay, Macintyre & Ellaway 2003), dependendo também de quem migra e quando o faz (Carballo, 2007). O nível de ensino do migrante é considerado, de igual forma, como um fator de influência para a saúde: espera-se que quanto maior o nível de ensino melhor será o nível de saúde (Iglesias et al., 2003).

Partindo da premissa que valida que as populações migrantes se encontram em posições vulneráveis em questões de saúde, várias investigações foram realizadas sob esta alçada e que comprovam o esperado: comparando a prevalência de diabetes, doenças cardiovasculares e cancro, entre populações autóctones e migrantes, Hyman (2007), Mehler et al., (2001) e Rubia et al., (2002), sugerem que o risco para a desenvolvimento destas doenças é mais elevado para os migrantes.

O Comité Económico e Social Europeu (2007) aponta que a taxa de aborto das imigrantes irregulares será três vezes superior ao das mulheres não-migrantes, revelando-se, de igual forma, baixos indicadores de saúde no que toca à mortalidade perinatal e pós-natal e baixo peso à nascença dentro da comunidade imigrante (Essen et al., 2000; Kornosky et al., 2007; Mosher et al., 2004). A prematuridade e gravidezes não desejadas encontram maior expressão numérica em populações migrantes nos países da UE, quando comparada com a população autóctone (Carballo & Nerukar, 2001). Os mesmos autores apontam uma tendência à menor utilização de métodos contraceptivos, e, em consequência, sugerem que populações migrantes estão em risco acrescido – quando

comparadas com as não-migrantes – de contraírem doenças infecciosas (VIH/sida e hepatites).

Considerada como uma “doença da pobreza”, a incidência de tuberculose em população migrante é também superior quando comparada com a restante população, traduzindo a exclusão social, o baixo nível sócio-económico e as precárias condições de habitação que esta muitas vezes comporta (Carballo & Nerukar, 2001). Acidentes mais graves com crianças são também mais elevados em populações migrantes – prendendo-se, com frequência pelos motivos supracitados – bem como acidentes de trabalho, onde se sugere que a incidência derive não apenas da falta de segurança nos locais de trabalho, aos obstáculos à comunicação mas também pelo conceito próprio de segurança no trabalho (Carballo & Nerukar, 2001).

Kandula et al. (2004), no seu artigo sobre indicadores de saúde da população migrante, revela que esta possui menor propensão para a atividade física – justificada muitas vezes pelos duros trabalhos físicos que empreendem e diferentes perceções culturais sobre a importância do exercício físico “por si” – ao mesmo tempo que a obesidade se torna um problema crescente nesta população – expressa pelas diferenças culturais na perceção de sinais de boa saúde.

No entanto, em relação ao uso de tabaco, álcool e drogas, há a evidência de existirem realidades distintas, uma vez que se sugere que população migrante terá menos propensão para o uso de drogas e tabaco (Kandula, et al. 2004) ou de forma semelhante quando comparada com a população não-migrante (Carballo & Nerukar, 2001). O uso de substâncias alcoólicas assume diferentes padrões – dependendo da população que está a ser avaliada: populações migrantes que professem a Islão não usam álcool, mas verifica-se um aumento do consumo por parte de outras (Carballo & Nerukar, 2001), muitas vezes como forma de alienação da realidade social em que se inserem no país de acolhimento. Os mesmos autores ressalvam que é necessário considerar o aumento do uso de drogas e de álcool por parte dos filhos da população migrante como uma “manifestação da marginalização social e expressão da raiva pelos problemas de integração” (p. 559).

No entanto, a área que mais tem privilegiado o estudo do impacto da migração na saúde dos migrantes é a que concerne a Saúde Mental, onde o projeto *Migration and Mental Health in Europe* (Carta et al., 2005) revela que a deslocação pode surtir um efeito negativo na população migrante, com maiores riscos de desenvolver depressão, esquizofrenia e stress pós-traumático.

Uma vez que o número de mulheres migrantes tem vindo a aumentar, e como tal, em contextos de precariedade socioeconómica, os casos de exploração laboral e de violência sexual podem surgir, trazendo consequências nefastas para a saúde física e mental (Carballo, 2007; WHO 2003). As mulheres migrantes são também as que possuíam piores condições de trabalho e trabalhavam mais horas do que as trabalhadoras nacionais (Iglesias et al., 2003).

Em termos mentais, a experiência de afastamento e rutura das relações sociais de familiares – inerentes, muitas vezes ao próprio processo migratório – gera uma situação de diminuição de suporte emocional do indivíduo, propiciando não só o desenvolvimento de patologias mentais, bem como o favorecimento de práticas prejudiciais à saúde (tabaco, álcool, abuso de substâncias) e o envolvimento em situações de violência (WHO, 2003). A situação de isolamento social, a estigmatização e a discriminação condiciona a integração do indivíduo na sociedade de acolhimento, que se associa ao stress motivado pela rutura familiar, a ansiedade quanto à nova realidade e a fantasia do regresso ao país de origem – muitas vezes descrito como o “ópio do migrante” – que se torna psicologicamente debilitante (Carballo & Nerukar, 2001).

As razões apontadas para tais discrepâncias em matérias de saúde entre as populações migrantes e as de origem do país de acolhimento prendem-se, frequentemente, com as condições que os sujeito migrantes vivem nos países recetores (Reijneveld, 1998; Wolffers, Verhis, & Marin, 2003), uma vez que, por questões primariamente económicas, os imigrantes residem em zonas degradadas, com más condições habitacionais e reduzidos serviços de âmbito social e de saúde de fácil acesso. As desigualdades sociais e económicas em que vivem imersos muitos imigrantes – associadas a contextos de pobreza, exclusão social e situações laborais insalubres e precárias – diminuem a oportunidade de acesso à educação, à informação e utilização dos serviços sociais e de saúde, determinando diferentes níveis de exposição a fatores de risco (Braveman & Gruskin, 2003).

No entanto, é importante salientar que a migração, em si, não é um fator de risco para a saúde (Dias & Gonçalves, 2007), sendo consensual afirmar que o estado de saúde de uma população é resultante de uma rede complexa de determinantes, que envolvem desde fatores biológicos, genéticos, psicossociais, estilos de vida e de comportamentos, meio físico, sócio económico e cultural, e ainda fatores que se relacionam diretamente

com os sistemas de saúde, políticos e sociais das sociedades de acolhimento (Reijneveld, 1998).

Ressalva-se que o efeito da saúde na migração assume contornos controversos: nem sempre os imigrantes apresentam piores resultados de indicadores de saúde, quando comparados com a população autóctone (Bhugra, 2000), o que levou investigadores (como Dias & Gonçalves, 2007; Iglesias et al., 2003; Kristiansen et al., 2006) a sugerirem o conceito de “efeito do imigrante saudável”.

II.2. O acesso aos cuidados de saúde

A saúde é considerada como um dos motores fundamentais do desenvolvimento económico, sendo a desigualdade no seu acesso uma ameaça aos valores económico-sociais da Europa (EHMA, 2004): permitir que a população imigrante tenha acesso às prestações de cuidados de saúde de forma equitativa deve ser encarado como um dever e uma prioridade de qualquer estado (Fonseca & Silva, 2010).

A proteção da saúde é um direito consagrado na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia:

“Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e ações da união, será assegurado um elevado nível de proteção da saúde humana” (Artigo 35º).

A Organização Mundial de Saúde advoga, por sua parte, que o direito à saúde física e mental vai para além dos cuidados e serviços de saúde e deve incluir condições como a alimentação e habitação adequadas, o abastecimento de água potável, o saneamento básico, a informação necessária e educação para a saúde – que inclui higiene e segurança no trabalho, nutrição, saúde sexual e reprodutiva e igualdade de género.

No entanto, falar em acesso aos cuidados de saúde deve-se compreender as duas dimensões a que estes se associam (Fonseca & Silva, 2010), onde a primeira se verifica com o decreto dos direitos dos cuidados de saúde consagrados na lei, validando não apenas o direito do uso dos serviços existentes mas também a capacidade financeira em aceder a estes, estando a segunda dimensão relacionada com a igualdade de acesso aos

serviços de saúde por parte dos indivíduos, implicando que todos os indivíduos têm as mesmas oportunidades de utilização, sempre que necessitarem.

A utilização de serviços de saúde, sejam de carácter preventivo ou curativo, tem implicações relevantes para o estado de saúde das populações migrantes (Gonçalves et al., 2003), uma vez vários estudos efetuados em países europeus permitiram concluir que, em geral, os indivíduos com rendimentos e graus de instrução mais elevados têm melhores condições de acesso a cuidados de saúde mais especializados, enquanto que indivíduos de grupos socioeconómicos mais desfavorecidos – que inclui muitas vezes os migrantes – recorrem com mais frequência a serviços de urgência e de consultas de clínica geral, consultando o médico menos vezes do que seria considerado o ideal (Dixon et al., 2003; De Freitas, 2003; Judge et al., 2006), protelando uma situação de doença que pode conduzir à procura de ajuda especializada já em situações mais avançadas, e consequencialmente, mais graves (WHO, 2003).

Circunscrevendo-nos agora aos constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde, é consensual afirmar que este pode ser dificultado por um número bastante variado de razões, que vão desde a barreira linguística, à barreira legislativa, estrutural, organizacional, cultural ou económica (Dias et al., 2004; Fennely, 2004), sendo a falta de domínio da língua do país de acolhimento o fator mais crucial na integração dos migrantes nos cuidados de saúde locais (Dorr & Faist, 1997).

Os constrangimentos financeiros e a falta de recursos na área da saúde existentes em alguns países de acolhimento podem condicionar a adequação/eficácia das respostas às necessidades de saúde das populações imigrantes. Os pagamentos dos serviços e dos medicamentos – mesmo simbólicos – podem ser elevados para um migrante, assim como a distância, o horário e o tempo de espera dos serviços de saúde (Gonçalves et al., 2003).

As restrições ao acesso aos cuidados de saúde impostas aos imigrantes em situações irregulares e o medo de denúncia, faz com que estes indivíduos evitem os serviços de saúde e recorram com frequência à auto-medicação, à medicina alternativa e a serviços em que a documentação não é um fator determinante no atendimento, como farmácias, urgências, unidades móveis, entre outros (Dias & Gonçalves, 2007). Este receio de denúncia é fundamentado em alguns países da UE, como por exemplo na Alemanha, onde os serviços de saúde possuem a obrigatoriedade de reportar às autoridades legais os casos de prestação de cuidados aos indivíduos ilegais (Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde de Médicos do Mundo, 2007).

Outro fator importante de referir como uma barreira ao acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde constitui-se como a falta de sensibilidade por parte dos profissionais que os atendem, muitas das vezes adotando posturas e estratégias que são inadequadas para a prevenção e promoção da saúde. Wolffers et al. (2003) revelam que, com relativa frequência, os profissionais apresentam um conhecimento muito limitado da legislação e da sua aplicabilidade, que se vai traduzir na exclusão de indivíduos migrantes do sistema de saúde. Por outro lado, há ainda a discriminação e a estigmatização, produzidas socialmente e reproduzidas vezes sem conta, que condicionam o acesso à informação e à utilização dos serviços de saúde. Pussetti e Barros (2012) chamam a atenção para o fenómeno da “ditadura da benevolência”, onde o migrante é visto – aos olhos dos profissionais de saúde – como uma criança, que necessita de orientação, integração e supervisão por parte destes, partindo do princípio que se trata de indivíduos que não possuem a competência necessária para gerir as suas próprias vidas, sendo construídos não apenas como vulneráveis mas faltando-lhes, de igual modo, “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” (p. 22).

Contrariando esta perspectiva, a saúde dos migrantes pode ser promovida por meio de várias iniciativas que incluem não apenas a redução das barreiras aos sistemas de saúde, bem como uma melhor adequação de intervenções adequadas e adaptadas a cada comunidade (Kristiansen et al., 2006), sendo pertinente perceber efetivamente as necessidades de saúde das comunidades migrantes, assim como as suas crenças de saúde e doença de forma a tornar o modelo de saúde vigente menos etnocêntrico e mais acessível (Gold & DesMeules, 2004; Hyman & Guruge, 2002; Markowitz, 2004; Rhoades et al., 2004). De igual forma é prioritária a sensibilização cultural dos profissionais de saúde e o envolvimento das comunidades no planeamento de novos serviços recrutamento – que pode até levar ao recrutamento de profissionais pertencentes à comunidade – facilitando as informações acerca dos serviços de saúde, criando programas nacionais para a educação, a interculturalidade e a implementação de boas práticas (Comité Económico e Social Europeu, 2007), com serviços de saúde adequados e sensíveis às diferenças culturais existentes.

II.3. O impacto das políticas de migração

As políticas de imigração que são adotadas pelos países de acolhimento têm uma influência superlativa no que concerne ao estado de saúde das populações imigrantes, deduzindo-se que políticas que limitam o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde irão aumentar a vulnerabilidade e o risco na saúde das comunidades migrantes (Dias & Gonçalves, 2007). De igual modo, deteta-se que as políticas de imigração existentes em alguns países de acolhimento não só não promovem a integração social dos indivíduos migrantes como contribuem para a manutenção das condições associadas à vulnerabilidade destes no que respeita à saúde (Carballo & Nerukar, 2001).

Apesar de o acesso universal aos cuidados de saúde estar preconizada na lei, na maior parte dos países de acolhimento, constata-se que muitas comunidades migrantes não beneficiam de todos os serviços disponíveis, nem são abrangidas pelos sistemas de promoção de saúde, prevenção ou tratamento de doença (Dias & Gonçalves, 2007).

Na Europa, à medida que aumenta a percentagem de imigrantes na população geral, a preocupação com a sua saúde aumenta também, tanto na perspetiva social como económica. Por conseguinte, é visível o binómio saúde/migrações a ganhar relevo nas agendas políticas nacionais e internacionais, enquadrando áreas tão diversas como os efeitos das migrações na saúde dos migrantes, da população dos países de acolhimento e dos países de origem; a proteção dos direitos humanos dos imigrantes – especialmente os que se encontram em situação irregular; os impactos económicos e financeiros nos serviços nacionais de saúde, e a consequência da mobilidade internacional dos profissionais de saúde, nos países de origem e de destino dos imigrantes (Fonseca et al., 2007). Padilla e Portugal (2007), seguindo a métrica do Relatório de Boas Práticas, salientam a boa integração dos cuidados de saúde aos imigrantes nos países do sul da Europa, destacando quer a acessibilidade aos serviços de saúde quer o papel fundamental das associações e organizações não governamentais na promoção da saúde e na prevenção da doença.

A nível europeu constata-se dois tipos predominantes de abordagem, no que se refere à promoção de políticas de saúde e ao acesso e utilização dos cuidados de saúde, por parte dos indivíduos migrantes, tomando a forma de multiculturalista ou de assimilacionista, onde a primeira abordagem parte do pressuposto que as políticas monoculturalistas não são orientadas para gerar harmonia social mas sim confrontação. Norteando-se de forma antagonista às políticas assimilacionistas, defendem a

implementação de serviços coerentes com os diferentes *backgrounds* culturais dos indivíduos que procuram cuidados de saúde, procurando assim uma resposta mais efetiva.

Este tipo de abordagem é mais frequente em países como Canadá, Estados Unidos da América, Brasil e Austrália, sendo que nos países Europeus a Holanda procura seguir este padrão, onde, ao nível da saúde, existe uma crescente preocupação para que os profissionais de saúde estejam aptos em termos linguísticos para compreenderem os migrantes (Ingleby, 2005). No outro lado do espectro temos a abordagem assimilacionista, onde as políticas procuram enfatizar a importância da homogeneidade cultural, que defendem uma adaptação/assimilação dos imigrantes quer às políticas de saúde quer às prestações de cuidados de saúde já existentes, salientando que esta abordagem tem orientado principalmente as políticas sociais e de saúde na Europa.

Se no primeiro modelo podemos observar várias vantagens – mas fragilidades devido à falta de coesão social – no paradigma assimilacionista, a noção de superioridade do país recetor é francamente marcada, obrigando as populações minoritárias a ajustarem-se a ela, seguindo uma lógica de homogeneidade cultural. No entanto, este tipo de política começa a evidenciar a sua insustentabilidade, uma vez que, ainda que os imigrantes possam, de algum modo, adaptar os seus padrões de comportamentos às estruturas de funcionamento dos serviços de saúde das sociedades recetoras, a sua cultura tende a permanecer, especialmente na segunda e terceira gerações – com direitos iguais aos autóctones – tornando os choques culturais quase inevitáveis (Ingleby, 2005).

Portugal, de forma visível, não demonstrou adotar quer políticas quer programas de saúde de carácter exclusivamente assimilacionista ou multiculturalista, depreendendo-se que tal carácter ainda em definição poderá ser explicado pela realidade relativamente recente em que o país se tornou de quase exclusiva emigração para um misto de emigração/imigração.

II.4. Legislação e Migrações

No plano internacional, o direito à saúde é reconhecido como um direito fundamental, no Artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário,

ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”

A Legislação Internacional incluiu várias ferramentas de proteção humana – como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos; a Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados; Convenção OIT nº 143 (com Disposições suplementares relativas às Migrações em Condições Abusivas e à Promoção da Igualdade de Oportunidades e de Tratamento dos Trabalhadores Migrantes); a Convenção Internacional sobre a Redução de Apátridas. Salienta-se a Convenção Internacional Sobre A Proteção Dos Direitos De Todos Os Trabalhadores Migrantes E Dos Membros Das Suas Famílias⁷, que se constitui como um instrumento fundamental, que visa a garantia a salvaguarda dos direitos dos migrantes, incluindo, desta forma, o direito a receber cuidados médicos urgentes – imprescindíveis para preservar a vida ou para evitar danos irreparáveis à sua saúde. Esses mesmos cuidados – em igualdade para com o cidadão autóctone- de acordo com o Artigo 28º da Convenção supra-citada, não podem ser negados por motivos de irregularidades legais. De igual forma, a Declaração sobre os Direitos Humanos Dos Indivíduos que não são Nacionais do País onde Vivem (1985), no Artigo 8º Alínea C. salvaguarda “O direito à proteção da saúde, a cuidados médicos, à segurança social, a serviços sociais, à educação, ao repouso e ao lazer, desde que preencham os requisitos de participação previstos na regulamentação pertinente e que tal não onere excessivamente os recursos do Estado.”

O Conselho da Europa – cujos propósitos são a defesa dos direitos humanos, o desenvolvimento democrático e a estabilidade político-social na Europa – tem feito várias recomendações aos seus Estados-Membros, com o intuito da proteção da saúde e dos direitos fundamentais dos imigrantes que vivam nos seus territórios. Embora de “carácter não vinculativo, estes documentos assumem-se como importantes declarações de princípio”⁸, como salientam Fonseca e Silva (2010, p. 33), abordando situações como a

⁷ Adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1990, com entrada em vigor na ordem internacional em 2003, ressalvando que nem Portugal nem nenhum estado ocidental procedeu ainda à assinatura ou ratificação desta Convenção.

⁸ Apesar de todos estes apontamentos, a realidade é que os Estados-nação nem sempre seguem estas recomendações, devendo o acesso de cidadão imigrantes aos cuidados de saúde não estar numa esfera

urgência de adaptação dos serviços de saúde às necessidades dos indivíduos que se encontram em situações de marginalidade; a criação de serviços de saúde adaptados a sociedades multiculturais; o acesso a saúde mais facilitado por parte de população cigana e predominantemente nómada, pela Europa.

A Convenção Europeia de Assistência Social e Médica (1964) e a Carta Social Europeia (1961 – revista a 1996), constituem-se como dois documentos necessários para a proteção da saúde e a garantia quer de assistência médica, quer de assistência social da população estrangeira mas residente num país que pertença ao Conselho da Europa, que coloca os indivíduos em plano de igualdade com os cidadãos nacionais.

Por sua parte, a União Europeia, consciente da existência de uma série de barreiras que são colocadas às populações em situação de exclusão, como migrantes, refugiados ou pertencentes a minorias étnicas, procurou aprofundar as causas que condicionam os acessos aos cuidados de saúde. Com esta diretriz, a Presidência da União Europeia em 2005 – o Reino Unido – promoveu dois estudos, realizados por especialistas independentes, sobre as desigualdades em matéria de cuidados de saúde: Judge, Costongs e Jurczak (2006)⁹ e Mackenbach, (2006)¹⁰, daí resultando a reafirmação de que populações migrantes são, efetivamente, mais lesadas nos acessos quer a serviços médicos quer a cuidados de saúde gerais. Por conseguinte, em 2007 – e já com Portugal na Presidência da União Europeia – o tema da “Saúde e Imigração” foi escolhido como questão central nas agendas políticas, onde, entre as várias atividades desenvolvidas, se destaca a Conferência Europeia sobre "Saúde e Migrações na Europa", que teve lugar em Lisboa entre 27 e 28 de Setembro de 2007 e cujas conclusões contribuíram de forma proeminente para a Declaração sobre Imigração, Saúde e Direitos Humanos, posteriormente adotada pelos ministros da Saúde dos países membros do Conselho da Europa.¹¹

separada da inclusão destes no sistema de segurança social, inclui-se, desta forma, num plano de política social mais alargado (Ingleby, 2005).

⁹ Judge, K., Platt, S., Costongs, C. e Jurczak, K. (2006), *Health Inequalities a Challenge for Europe*, Europe Commission: UK Presidency for the EU.

¹⁰ Mackenbach, J. (2006), *Health Inequalities: Europe in Profile*, Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam: Rotterdam.

¹¹ Conferência em Bratislava, 22 e 23 de Novembro de 2007, reconhecendo que " a saúde de qualquer pessoa não pode estar sujeita a nenhuma exceção fundada nas normas e princípios do direito internacional sobre migrações".

Assinou-se no mesmo ano, pelos Estados-Membros da União Europeia, o Tratado de Lisboa, fazendo com que a Carta dos Direitos Fundamentais¹² em matéria de direitos humanos se tornasse juridicamente vinculativa, que advoga no Artigo 35^a sobre Proteção da Saúde – já enunciado anteriormente.

Por outro lado, a Comissão Europeia, na Comunicação ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, sobre Solidariedade na Saúde: Reduzir as Desigualdades no Domínio da Saúde na UE¹³, publicada em 2009, recomenda de forma inequívoca a cooperação entre os diversos Estados-Membros no que concerne ao desenvolvimento de ações visando não apenas promover a saúde bem como melhorar o acesso aos cuidados de saúde da população migrante, pertencente a minorias étnicas ou a outros grupos que se encontrem em situação de vulnerabilidade.

Em Portugal a relação entre saúde e imigração tem vindo a ganhar destaque, à medida que o número e a diversidade da origem geográfica e cultural dos imigrantes presentes no país têm vindo a aumentar e, no que concerne aos direitos dos imigrantes, pode ser considerado um país com uma visão extremamente positiva, quando comparado com restantes (Padilla & Portugal, 2007).

Nos artigos 13^o e 15^o da Constituição Portuguesa, o princípio da igualdade entre todos os cidadãos é reconhecido, ao mesmo tempo que, aos indivíduos estrangeiros, mas residentes de forma legal em território nacional, todos os direitos de cidadania, cívicos, sociais e económicos são igualitários – excetuando os direitos políticos.

“Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.

Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.” (Artigo 13^o - Princípio da Igualdade)

¹² Disponível em http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf

¹³ Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567&from=PT>

Centrando-nos nas questões de saúde, a Lei Portuguesa garante, para além dos autóctones, que todo o cidadão estrangeiro tem direito ao acesso à saúde, independentemente da sua nacionalidade ou estatuto legal, onde o Despacho nº25 360/2001 de 16 de Novembro define as condições de acesso dos imigrantes aos Serviço Nacional de Saúde. Assim, ao abrigo deste despacho, os indivíduos que se encontrem em situação legal devem requerer o seu cartão de utente no Centro de Saúde da sua área de residência, e usufruir, como qualquer individuo nacional do atendimento e pagamento do Serviço Nacional de Saúde. Na impossibilidade de tal situação, poderão usufruir de um cartão temporário, apresentando um certificado de residência atentado pela junta de freguesia, indicando que residem em Portugal há mais de 90 dias.

No caso de requerentes de asilo ou refugiados, a legislação portuguesa estabelece que o direito a igual acesso aos serviços de saúde, no entanto, ressalva-se que a comparticipação total por parte do Estado só é efetuada em casos de doenças que sejam consideradas como um risco eminente para a saúde pública (Tuberculose, HIV, doenças sexualmente transmissíveis, etc.). Os custos associados às despesas de utilização dos serviços de saúde, ao abrigo da Legislação, serão os mesmo para indivíduos nacionais e para indivíduos migrantes, mas legalmente residentes em Portugal. No entanto, e tal como no caso de indivíduos autóctones, a situação económica de cada migrante e sua família é ponderada. É importante salientar que determinadas áreas do plano nacional de saúde são privilegiadas, de tal modo que o seu acesso é feito de forma igualitária quer por indivíduos nacionais quer por cidadão estrangeiros, independentemente do seu estatuto legal. Essas áreas passam pelos cuidados de saúde materna e de planeamento familiar; saúde infantil; vacinação; promoção da saúde oral e tratamento de doenças transmissíveis.

A Circular Informativa nº 12/DQS/DMD/07.05.09 emitida pela Direção Geral da Saúde sobre o acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde veio clarificar o anterior referido, salientado, porém, que os indivíduos que não possuam qualquer documento comprovativo de autorização de residência ou documento que certifique a sua permanência no país superior a noventa dias, os cuidados de saúde necessários não devem ser prejudicados, devendo posteriormente o individuo migrante ser encaminhado para um Centro Nacional de Apoio ao Imigrante ou para um Centro Local de Apoio à Integração dos Imigrantes.

Ao nível político foi aprovado a 3 de maio de 2007 o Plano para a Integração dos Imigrantes¹⁴, que consiste num roteiro de compromissos concretos por parte do estado, que visa a inclusão social dos migrantes em todos os domínios – salientando-se as questões relacionada com a saúde, na qual se propõe: a clarificação da aplicação do quadro normativo relativo ao acesso de imigrantes, em situação documental irregular, ao Serviço Nacional de Saúde; a criação de informação acessível sobre o sistema de saúde; a promoção de formação a profissionais de saúde acerca das necessidades dos migrantes na área da saúde e a melhoria do conhecimento nacional e europeu na área da saúde dos migrantes

Dado o acesso aos sistemas nacionais de saúde e a obtenção de bons resultados em relação ao estado de saúde das diferentes comunidades – que se encontram sob o mesmo território nacional – serem considerados bons indicadores da integração dos migrantes na sua sociedade de acolhimento (Fonseca et al., 2007), não se poderia deixar de falar da criação de uma entidade própria que procura mediar situações relacionadas com os processos migratórios e que traduz a vontade de Portugal de integrar eficazmente os seus migrantes: o Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) foi criado nesse sentido, pelo Decreto-Lei número 251/2002 de 22 de Novembro, onde tinha como missão:

“Promover a integração dos imigrantes e minorias étnicas na sociedade portuguesa, assegurar a participação e a colaboração das associações representativas dos imigrantes, parceiros sociais e instituições de solidariedade social na definição das políticas de integração social e de combate à exclusão, assim como acompanhar a aplicação dos instrumentos legais de prevenção e proibição das discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica”.

O ACIME posteriormente transformou-se em ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural) – através da fusão de algumas instituições – e, atualmente, é designado por ACM (Alto-Comissariado para as Migrações).

¹⁴ Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) - Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, DR 85 SÉRIE I de 2007-05-03.

II.5. A Saúde e a Doença como uma “construção”

A OMS, na Constituição de 1948, elaborou uma definição de saúde que se tornou um exemplo clássico, definindo-a como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”. Em 1986, no entanto, reformula a definição, acrescentando “|saúde| é a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro, de lidar com o meio que o envolve...”. A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986)¹⁵ salientou, para efeitos de boa saúde, não apenas os fatores biológicos, mas também os políticos, os económicos, os sociais, os culturais, os do meio ambiente e os individuais, que podem contribuir de forma positiva ou negativa para a saúde, reforçando que os serviços de saúde devem estar atentos a todos estes fatores, contribuindo para a manutenção e promoção da saúde dos diferentes grupos sociais, cooptando e respeitando as diferenças culturais.

Acrescem a estas noções os pré-requisitos necessários para que uma população seja considerada saudável: paz; uma habitação adequada em tamanho, com conforto térmico, educação; boa alimentação; inserção no mercado de trabalho, com remuneração adequada para suprir as necessidades mínimas quer de alimentação quer de vestuário e atividades de lazer; um ecossistema saudável e não poluído; justiça e equidade, garantindo os direitos fundamentais dos cidadãos (Carta de Ottawa, 1986). A saúde, de forma popular, observa-se como um “sentir-se bem, feliz, comendo bem, dormindo bem, sentindo-se bem e forte” (Herzlich, 1973, p. 145), acautelando-se que a saúde de qualquer sociedade está intimamente relacionada com os seus valores, sistemas, dogmas filosóficos e organizações ecológicas e políticas (Singh, 2008).

Posto isto – e partindo das definições supracitadas- parece correto afirmar-se que o conceito de saúde de um indivíduo está intimamente relacionado com o seu coletivo, e, se percecionarmos a sociedade numa ótica estrutural-funcionalista como a de Parsons (1951) – assumindo que se trata de uma estrutura social composta por sistemas, ao mesmo tempo que dentro destes sistemas os indivíduos se localizam, possuindo papéis e funções - a saúde e a doença poderão ser observados como fenómenos humanos como os demais: orgânicos mas também sócio-culturais.

¹⁵ Realiza em Ottawa (Canadá) em 1986, de onde se formulou a Carta de Ottawa – uma carta de intenções que procura contribuir para as políticas de saúde em todos os países, de forma universal.

Os sistemas de saúde geralmente comportam dois componentes fundamentais – o social e o cultural (Nanjunda, 2014) – consistindo o social nas diferentes instituições de saúde e curadores, incluindo também sistemas de Medicina tradicionais (Chinesa, Ayurvédica, Tibetana, etc.). Assim, cada grupo social tem as suas próprias reservas e percepções, aceitando ou rejeitando o tipo de sistema médico que questiona, onde essa aceitação/rejeição não é aleatória mas sim baseada num *background* económico, político, social, religioso, família, etc. A componente cultural ajuda a aperceber os diferentes conhecimentos e cognições que explicam a saúde/doença, constituindo-se como muito particular e possuindo a sua própria conceção de sintomatologia, experiências, classificações e vivências para situações de saúde e de doença, sendo que algumas teorias culturais podem mesmo fornecer razões para a utilização, por parte de determinados grupos, de mais do que um sistema médico (Nanjunda, 2014). A cultura de saúde será, portanto, desenvolvida dentro de um grupo de acordo com os desenvolvimentos legais, políticos, económicos e sociais desse mesmo grupo, não sendo desprezível a importância de várias instituições médicas para a manutenção desse mesmo “estado de saúde” (Langdon & Wiik, 2010; Kleinman, 1988 |1980|).

A “cultura” é um conceito que é partilhado por um grupo, onde as ideias de saúde, doença, higiene, bem ou mal-estar são assuntos fundamentais e estruturantes em todos os tipos de grupos e em qualquer sociedade, servindo também para as caracterizar ou mesmo diferenciar, salientando que todas as culturas possuem teorias que explicam a causalidade da doença (Bhasin, 1997; Kleinman, 1988 |1980|; Vaughn, Jacquez & Backer, 2009). Good (1977, p. 182), continuando a mesma ideia, afirma que “a rede semântica de doença é uma rede de palavras, situações, sintomas e sentimentos que estão associados com a doença e dão um significado ao sofrimento”, sendo que saúde, doença e cura são realidades diárias dentro das sociedades.

Deste modo, para analisarmos eficazmente determinado costume ou crença teremos de nos circunscrever ao seu contexto cultural e perceber qual o peso dessas crenças nos processos de saúde e de doença, como Ribeiro (1998, p. 85) assume:

“Conceitos como os de saúde, de doença, de cuidados médicos, de cuidados de saúde, de promoção de saúde, refletem os valores, as crenças, os conhecimentos, as atividades, em suma, a cultura da sociedade partilhada por todos os seus membros, especialistas ou leigos, cultos ou incultos, analfabetos ou instruídos...”

As representações sociais constroem-se a partir de um conjunto de materiais que possuem as mais diversas origens, provenientes na sua maioria do fundo cultural acumulado no grupo social, que percorreu anos de história e foi circulando sub-repticiamente, por vezes, através de referências históricas, de crenças partilhadas e de valores observados como basilares mas que perfazem a memória coletiva e a identidade da sociedade onde se circunscrevem (Ibáñez, 1988). Cita-se Honoré (2002, pp. 54,55) para complementar a ideia:

“É necessária uma escuta particularmente atenta para fazer emergir do esquecimento as origens culturais das concepções de saúde. Descobrimos então a importância das ideias transmitidas de geração em geração, frequentemente por mulheres, e que contribuem pela sua difusão para criar uma espécie de sistema de saúde invisível, profano, por vezes mais focalizado sobre a manutenção da saúde do que o sistema constituído por peritos”.

Diferentes grupos têm explicações diferentes e sistemas de crenças também eles diferentes, para os quais as explicações de saúde e de cura possuem uma ótica diferente do modelo de medicina biomédico¹⁶. Esses sistemas de crenças podem incluir diferentes modelos de doenças, paradigmas de doença/saúde, várias doenças e desordens “culturalmente” específicas e sentimentos também eles muito específicos pelos curadores ou cuidadores (Vaughn, et al., 2009).

Helman (1994|1990), sugere que as pessoas atribuem diferentes causas às doenças que se enquadram em quatro fatores diferentes, como (i) os fatores individuais

¹⁶ Genericamente, e no campo ideológico, é possível identificar duas tendências de paradigmas de saúde (Laplantine, 1992): a medicina centrada na doença – vulgo Modelo Biomédico da Saúde e a Medicina centrada no Homem – intitulada de Modelo Holístico, Relacional ou Antropobiológico. Para o Modelo Científico, as premissas básicas estão assentes na perspetiva do médico (Gordon, 1988, Helman (1994|1990)) e incluem a racionalidade médica com ênfase sobre a mensuração objetiva, numérica e em dados psicoquímicos; a existência de um dualismo mente-corpo, correspondendo à visão das enfermidades (*diseases*) como entidades, colocando a ênfase sobre o paciente individual e não na família ou na comunidade. A medicina, e concomitantemente toda a ciência ocidental de modo geral, está baseada na racionalidade científica, ou seja, que todos os pressupostos e hipóteses são passíveis de serem testados e verificados segundo condições objetivas, empíricas e controladas.

(maus hábitos, emoções negativas); (ii) os fatores ambientais (poluição, bactérias, vírus, etc.); (iii) os fatores associados a desordens do mundo social (stress, cuidados médicos, ação de outros); (iv) e, por último, os fatores sobrenaturais (Deus, destino, mau-olhado, inveja, etc), percebendo-se, desde modo, que o fenómeno saúde/doença não pode ser entendido exclusivamente com base em instrumentos anátomo-fisiológicos da Medicina (Minayo, 1991) e observado em exclusivo seu lado biológico, mas sim considerando a visão do mundo dos diferentes grupos sociais, à luz da sua cultura e das suas crenças.

É necessário pensar-se no corpo humano como mais do que um simples organismo físico que oscila entre a saúde e a doença, uma vez que esse mesmo organismo é foco de um conjunto de crenças sobre o seu significado – quer social quer psicológico – a sua estrutura e o seu funcionamento (Helman, 1994|1990). A própria expressão “imagem do corpo” serve para descrever todas as formas que um individuo usa para conceitualizar e experienciar o próprio corpo, sendo que, de acordo com Fisher (1968), este conceito engloba as atitudes coletivas, os sentimentos e as fantasias que se colocam sobre o corpo, de igual modo a maneira pela qual a pessoa aprende a organizar e a integrar as suas experiências corporais.

Mas qualquer destes âmbitos – sejam a realidade física ou uma fantasia mental – estão inseridos num grupo cultural e social: o do individuo. Assim, é facilmente depreendido que a cultura do grupo onde o individuo cresce o ensina a perceber e a interpretar as mudanças que ocorrem no seu corpo, assim quais os seus limites e o que o que é considerável ser aceite ou não. Os conceitos decorrentes da “imagem do corpo” que cada individuo comporta podem ser divididos em três grupos principais, que vão incluir as crenças sobre o tamanho e forma ideais do corpo (incluindo vestuário e embelezamento); as crenças sobre a estrutura interna do organismo e as crenças sobre as suas funções (Helman (1994|1990)). Deste modo, o ser humano possui, em certo sentido, dois corpos: um corpo individual (físico e psicológico), adquirido no momento do seu nascimento, mas também um corpo social, fundamental para viver em determinada sociedade, servindo não apenas para perceber e interpretar as suas próprias experiências físicas e psicológicas, como anteriormente descrito, mas também como um meio através do qual a própria fisiologia do individuo é controlada pelos princípios que regem atualmente a sociedade onde vive (Helman (1994|1990)). Esses mesmo princípios formam um controlo poderoso, sob todos os aspetos de corpo individual, determinando a sua

forma de vestir, a dieta alimentar, as suas atividades de lazer e profissionais, a atividade reprodutora e moldando o seu comportamento e percepções face à doença e à saúde.

A doença e o seu sofrimento adjacente não podem ser observados num universo de representações individuais, mas sim no vasto coletivo, não constituindo uma entidade, mas sim um modelo explanatório que necessita de dialogar com outros fatores, uma vez que a doença envolve uma multiplicidade de dimensões, de posições e de forças. Apesar de existirem manifestações no corpo do indivíduo doente – os sintomas – e se constituir como uma experiência subjetiva, a doença faz parte de uma interpretação social (Augé & Herzlich, 2000). Complementa-se a ideia com Good (2004, p. 53): “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”.

O “papel de doente” surge como uma atribuição através da qual a situação de doença é legitimada, impossibilitando o indivíduo doente não só de trabalhar mas também de cumprir com algumas das suas funções sociais (Parsons, 1951).

Apesar de *doença* e *estar doente* serem usadas, no vocabulário comum, com o mesmo significado, a terminologia inglesa é mais fértil, expressando conceitos que possuem interpretações diferentes. Assim, *diseases* (doenças) relacionam-se com anormalidades na estrutura ou na função de um sistema ou num órgão que torna *illness* ou *sickness* (estar doente) um indivíduo (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978). No entanto, estes mesmos autores defendem que *illness* é uma experiência de doença que está intimamente relacionada com um sistema social de significados e de regras de comportamentos, sendo fortemente influenciado pela cultura, até mesmo construído por esta. Deste modo, *disease* seria uma condição biológica e *illness* a sua condição de significado social (Eisenberg, 1977)¹⁷, assumindo-se como uma vivência culturalmente esculpida: as percepções da doença; a maneira de lidar com a mesma; os comportamentos adequados; os sintomas; o tempo de recuperação; onde e como procurar resolução são afetados pelas crenças culturais (Kleinman 1975 in Kleinman et al., 1978).

Freidson em *The Social Construction of Illness* (1979, p. 223) explica que estar doente (*illness*) tem consequências independentes de qualquer efeito biológico:

¹⁷ Há ainda uma terceira noção, *sickness*: Para Kleinman, Eisenberg e Good, (1978) *illness* e *sickness* funcionam como sinónimos, no entanto, *sickness* para alguns autores (Young, cit. in Massé, 1995) estaria associado à dimensão social em vez de *illness*.

“Quando um clínico diagnostica uma condição de doença a um indivíduo, ele modifica o seu comportamento devido àquele diagnóstico; um estado social é adicionado ao estado biofisiológico a partir do significado que a doença possui. Neste aspeto o clínico cria doença (*illness*) ... e essa doença é analiticamente e empiricamente distinta da doença (*disease*).”

Saindo agora da alçada da cultura, Herzlich (1996) valoriza também a imersão socioeconómica do indivíduo, remetendo as interpretações da saúde para representações orgânicas – como a ausência de doença, para grupos populares – e representações de foro social – como um “bem-estar”, para grupos de elite. O primeiro grupo examinaria a saúde e a doença como restringidos ao corpo e com sintomatologia fisiológica e o segundo grupo com uma visão mais global, exterior ao indivíduo. De igual forma, advoga Herzlich (1996), a representação que os sujeitos possuem sobre a sua saúde está mais associada ao seu nível de educação e menos à geração e ao género.

Corroborando esta ideia, Massé (1995) salienta que dentro das culturas existem “subculturas” étnicas, ligadas a diferentes grupos sociais e que se distinguem por diversas características, destacando as de foro económico e financeiro: a posição social determina as diferenças de saúde, significando que até certo nível social, os fatores socioeconómicos vão ser decisivos – nomeadamente na utilização dos serviços de saúde – mas que ultrapassando esse nível social, ou seja, as classes mais elevadas, as diferenças de saúde serão explicadas sobretudo pelos fatores culturais que pesam nas escolhas individuais (Sundquist, 1995).

II.6. Sistemas médicos e o contexto da migração

Quanto maior e mais complexa for a sociedade em que o indivíduo está inserido maior a sua probabilidade de dispor de alternativas médicas, salientando-se nas sociedades modernas urbanizadas a existência de um pluralismo médico, onde diferentes grupos de indivíduos oferecem a um doente alternativas particulares para diagnosticar, explicar e tratar as suas doenças. Esses mesmos métodos terapêuticos podem ser baseados em premissas totalmente diferentes e integrar formas de pensamento e lógicas distintas das que o indivíduo está habituado a utilizar – como usar medicina Ayurvédica no

ocidente, ou medicina ocidental na China. Contudo, o foco do doente está na cura dos seus sintomas, importando pouco a origem dos seus tratamentos (Helman, 1994|1990|).

Perceber um sistema médico de uma sociedade é um estudo que não pode ser dissociado de outros aspetos, nomeadamente na forma de organização social, religiosa, política e económica, como Helman (1994|1990|, p. 71) refere: “o sistema médico está interligado com tais aspetos e fundamentado nas mesmas suposições, valores e visões do mundo”, assentando, assim, num espetro cultural - que inclui conceitos básicos, teorias, práticas normativas e formas comuns de perceção - e num espetro social, que inclui a sua organização em papéis sociais e os princípios que regem a relações entre esses mesmos papéis sociais (Landy, 1977).

Na maioria das sociedades há sempre um sistema médico vigente – sustentado pela lei – e outros sistemas “menores”, “alternativos”, que podem ter maior ou menor expressão, dependendo da sua influência, sendo que esses “outros tipos de sistemas” podem ser considerados subculturas médicas, que possuem a sua maneira particular de diagnosticar e tratar as enfermidades dos indivíduos. Essas mesmas subculturas médicas possuem um grau intrínseco de organização (associações profissionais, regras de admissão, códigos de conduta, etc.), e podem ser originárias do país ou terem sido importadas de outro.

Kleinman (1988 |1980|) sugere que em qualquer sociedade é possível identificar três alternativas de cuidados de saúde oferecidas ao indivíduo doente: a informal, a popular e a profissional. A primeira alternativa – a informal – inclui um conjunto de crenças sobre a saúde, sendo constituído por não profissionais mas englobando a família (onde a mulher tem um papel fundamental) e o recurso à auto-medicação; a popular remete para ervas medicinais, curandeiros, crenças nos poderes de cura de outros, etc., enquanto que a última dimensão – a profissional – engloba sistema de saúde, profissionais de saúde e “medicação de farmácia”.

Por sua vez, Helman (1994|1990|), divide os setores de saúde de uma forma bastante semelhante à de Kleinman (1988|1980|): popular, tradicional e profissional. O setor popular engloba a auto-medicação, os conselhos e ajudas de vizinhos, família e amigos, grupos de culto/igrejas e grupos de auto-ajuda. A alternativa tradicional, é bastante comum em sociedades não-ocidentais, onde os indivíduos que ajudam podem tornar-se especialistas em métodos de cura- os curandeiros - que não fazendo parte de um sistema médico oficial, ocupam uma posição entre estes profissionais e a alternativa

informal, existindo toda uma panóplia de praticantes deste tipo numa sociedade, que vão desde os herbalistas, especialistas em partos até aos “homens sagrados”, dotados de algum tipo de poder sobrenatural.

A grande parte dos curandeiros populares partilham os mesmos valores culturais e visão do mundo e da sociedade das comunidades em que vivem, para além das crenças sobre a origem e os significados das doenças que atormentam o indivíduo. A abordagem deste tipo é frequentemente holística, ou seja, o indivíduo é abordado na sua totalidade, tratando todos os aspetos da vida do doente e não apenas a sua doença. Esses aspetos tanto são triviais – como alimentação, estilo de vida etc. – como incluem os relacionamentos com outras pessoas, com o meio ambiental e com os poderes sobrenaturais, ou, como Helman (1994|1990|, p. 76) afirma “(...) em muitas sociedades não ocidentais, todos estes aspetos da vida fazem parte da definição de “saúde”, considerada fruto do equilíbrio entre o homem e os seus meios social, natural e sobrenatural”. Um desequilíbrio neste relacionamento pode ser a origem de um problema de saúde, sendo a expressão “mau-olhado” ou “possessão” por um espírito maligno algo frequente.

Em geral, um curandeiro não possui qualquer tipo de formação médica, aprendendo a sua profissão através de um outro curandeiro mais velho, de experiências pessoais ou tendo adquirido o “poder da cura” de forma inata (hereditariedade, presságio, revelação, etc.). A adivinhação pode fazer parte da estratégia curativa, oferecendo conforto não apenas para males físicos, mas também espirituais, onde o uso de rituais e práticas, para além de tratamentos físicos, é comum. No entanto, a cura na alternativa tradicional oferece diversas vantagens em relação à prática científica, sendo a mais expansiva o envolvimento frequente da família do doente, constituindo-se a prática de cura não somente sobre o doente e a sua doença mas também sobre o seu círculo social – o que funciona exemplarmente quando se quer tratar de problemas psicossociais. As relações entre os curandeiros populares e os profissionais científicos são normalmente pautadas pela desconfiança e descrédito mútuos, principalmente nestes últimos que posicionam os praticantes tradicionais como pouco instruídos, cientificamente ignorantes e, muitas vezes, até perigosos para o doente.

Por último, o sistema profissional compreende as profissões sindicalizadas e autorizadas legalmente, constituindo-se, na maior parte dos países a medicina científica como a base do sector profissional, mas, conforme observa Kleinman (1988|1980|), os

sistemas médicos tradicionais também podem profissionalizarem-se, assegurando o exemplo da Índia, onde algumas faculdades médicas de medicina Ayurvédica são apoiadas pelo governo e da China, onde a Medicina Tradicional Chinesa é entendida como uma “parceira igual” à medicina moderna dentro do sistema de saúde chinês (Guo, 2000).

Em relação à Medicina Tradicional Chinesa praticada na China, além de existirem clínicas exclusivas de MTC – com técnicos específicos, que efetuam diagnósticos, tratamentos e terapêuticas baseadas na ciência milenar, os próprios hospitais públicos possuem essa ambivalência: Scheid (1999) aponta que na década de 90 cerca de 95% dos hospitais dos hospitais de medicina ocidental também possuíam departamentos de medicina tradicional. Não é, portanto, de estranhar, que médicos que se dediquem à prática da medicina moderna possuam também conhecimentos de MTC (Wagstaff et al., 2009) e médicos de MTC comportem também conhecimentos creditados cientificamente, uma vez que as escolas de MTC na China atual propõem uma abordagem cada vez mais integral, onde nos cinco anos de formação, 70% se baseia na medicina tradicional e os restantes 30% consistem em medicina ocidental. De igual forma o primeiro ano do curso de medicina é comum para alunos de MTC e medicina ocidental moderna (Robinson, 2006).

Essa escolha de trajetórias de cura, empreendidas pelo indivíduo doente, é influenciada pelo contexto onde ocorre, comportando os tipos de assistência que estão mais disponíveis, o preço a pagar por eles e a valorização em termos de saúde/risco - estudos revelam que a capacidade econômica do indivíduo e a rede social em que este se movimenta tem uma influência determinante nas escolhas terapêuticas (Miltiades & Wu (2008).

Baseado nesta percepção, o doente escolhe o método que lhe parece mais adequado para tratar a sua sintomatologia, como Helman (1994|1990|, p. 85) salienta, “males como gripes são tratados por parentes, as doenças sobrenaturais (como as “possessões espirituais”) por curandeiros populares sagrados; as “doenças naturais” por médicos-principalmente se forem muito graves”. Estes sistemas, não são colocados em categorias mutuamente exclusivas mas sim em planos que se interseccionam conforme a necessidade a sua disponibilidade, preço ou expectativa de cura do indivíduo doente, formando complexas redes terapêuticas - onde o doente permanece o centro e colocando as

alternativas possíveis em permanente contacto. Os aconselhamentos e os tratamentos passam ao longo das conexões desta rede, tendo sido iniciadas pelos familiares e amigos próximos, vizinhos e amigos de amigos. Mesmo após a procura de uma ajuda profissional esta ainda é revista e revalidada por outras partes da rede terapêutica, como observa Stimson (1974, p. 46):

“um tratamento médico é frequentemente avaliado à luz da sua atuação no passado, da experiência de outras pessoas e confrontado com as expectativas do paciente em relação ao que o médico faz. Assim, as pessoas escolhem não apenas entre tipos diferentes de curandeiros (informal, profissional ou popular), mas também entre os diagnósticos e as recomendações que fazem sentido para elas, e as que não fazem. No último caso, o resultado pode ser de “não-adesão” ao tratamento, ou uma transferência a outro segmento da rede terapêutica”.

Assume-se, assim, que um indivíduo quando se encontra doente, obedece a uma “hierarquia de recursos”, procurando em primeiro lugar a ajuda familiar e dos sujeitos mais próximos, sendo que maioria dos tratamentos de saúde nesta alternativa ocorre em pessoas ligadas uma à outra por laços de parentesco, amizade, residência comum ou algum tipo de organização- profissional ou religiosa, compartilhando doente e “curador” concepções semelhantes sobre saúde e doença. Apesar de qualquer pessoa pertencente ao círculo social do doente poder assumir um papel de “curador”, há determinados indivíduos que tendem a atuar como fontes de aconselhamento mais do que outros, sendo essencialmente aqueles que acompanham mais de perto processos de doenças, já estiveram doentes ou possuem muita experiência de vida sobre determinado assunto. Assim, as suas experiências passadas são mais determinantes para o indivíduo doente do que propriamente a sua instrução, status social ou poderes especiais (Helman (1994|1990)).

No entanto, a procura de uma alternativa informal para solucionar um problema de saúde pode trazer efeitos negativos na saúde mental e física de um indivíduo seriamente doente, onde a sua família tanto pode facilitar quanto impedir a assistência à saúde, procurando muitas vezes tratar ou manter o indivíduo dentro do seu círculo - com motivações que tanto podem ser do foro pessoal, como económico ou mesmo de vergonha.

No caso das migrações é perceptível que no processo migratório os indivíduos trazem consigo também os seus métodos de tratamento que lhes são culturalmente familiares. O suporte social oferece ao indivíduo um mecanismo para lidar com os eventos diários stressantes, atuando como um protetor de efeitos adversos não só mentais mas também físicos (Seeman, 1996), como se observa nas famílias imigrantes de países onde a coesão familiar e a rede de parentesco são muito estimadas, podendo perceber o papel de cuidador de um membro da família doente como uma manifestação de gratidão e de amor, causando muitas vezes um atraso na procura de cuidados de saúde profissionais (Vaughn et al., 2009).

Contudo, nem sempre os modelos explicativos dos doentes são coincidentes com os dos profissionais de saúde, levando muitas vezes a que o médico não perceba o doente e este, por sua vez, não perceba o tratamento. Tal desentendimento passa pelas crenças prévias dos doentes, que pertencem ao campo da ideologia e são formada por um amplo conjunto de fatores e de intervenientes (Kleinman, 1988|1980|).

O trabalho de Goffman (1963) é fundamental para perceber a experiência da doença nas sociedades contemporâneas: o *stigma* (estigma) identifica os processos através dos quais alguns indivíduos ou grupos, ou mesmo algum tipo de doenças – invariavelmente doenças mentais ou transmissíveis – são estigmatizadas e rotuladas, tal como acontece quando se fala em determinados comportamentos e se associa a grupos como os migrantes. Por outro lado, deve-se empreender um esforço para entender a “metáfora para além dos sintomas” (Martínez-Hernández, 2000), ou seja, tentar capturar todos o significados e símbolos que estão embutidos nas narrativas de um doente, para além dos sintomas por ele apresentados, percebendo que os sintomas não serão interpretados de forma correta se não se tiver em conta o universo sociocultural do indivíduo que o produz. Como exemplo Kleinman (1988|1980|), propõe que a somatização possa ser interpretada pelos profissionais de saúde como um “idioma de stress”, onde dentro de determinado contexto cultural funcionará para atingir objetivos pessoais e específicos, como libertação de um encargo, resolução de um problema familiar, etc.

Devem-se tentar criar estruturas de saúde que possibilitam olhar o “outro” como “nós” (Kleinman & Benson, 2006), assumindo uma competência cultural na saúde onde os sistemas de atendimento de saúde possam lidar de forma eficaz com as necessidades dos migrantes mas também com as suas particularidades. Um dos problemas que esta

boa-prática comporta, no entanto, é precisamente o condicionamento cultural e social em que por vezes são encerrados os doentes migrantes. A linguagem e diplomacia médica – muita ela hermética – poderá levar a uma interpretação estanque do conceito de competência cultural, considerando a cultura como estereotipada e sinónimo de nacionalidade ou de etnicidade, não percecionando a sua capacidade de mudança e inseparável de aspetos tão vastos como os políticos, económicos, religiosos, psicológicos, biológicos, de género, classe social ou mesmo faixa etária (Santinho, 2012).

Acrescenta-se que alguns autores – como Smaje (1995) – defendem que as práticas de saúde dos grupos étnicos são determinadas mais por fatores culturais associados à etnicidade do que pela etnicidade *por si*, ou seja, dá-se enfoque em exagero a este aspeto e que pode levar a uma ideia generalizada de que esta é a causadora de todos e quaisquer problemas e representações, onde uma explicação unicamente “culturalista” pode omitir fatores alternativos e exclusivamente pessoais, do mesmo modo que uma “culpabilização” da população migrante – pelos seus fatores de risco inerentes – pode surgir. A proliferação de discursos sobre as diferenças culturais em saúde pode propiciar à emergência de uma “arena de luta”, onde cultura e saúde se digladiam (Shaw, 2005).

II.7. A população chinesa migrante e a procura de cuidados de saúde

Quando se fala em indivíduos chineses, a imagem da prática de Medicina Tradicional Chinesa surge com frequência, e, de forma comum, associa-se que estes indivíduos a pratiquem em detrimento de outra. De facto, a MTC é uma parte integrante da cultura chinesa (Xu & Yang, 2009), uma vez que constrói no individuo um quadro conceptual de doença e de saúde e onde os ideais sociais e culturais continuam a modelar o seu comportamento e as suas perceções – muitas vezes de forma inconsciente. No entanto, a prática de MTC é usada em conjunto com a Medicina Ocidental, onde estas duas abordagens dialogam permanentemente. Esta premissa é particularmente válida quando se fala de população chinesas migrantes, onde alguns trabalhos qualitativos (Green et al., 2006; Prior et al., 2000; Zhang & Verhoef, 2002), sugerem que estes grupos se movem entre os dois tipos de sistemas de saúde, usando-os consoante as suas necessidades, características e circunstâncias particulares.

Autores como Green et al. (2006) afirmam na sua investigação que os imigrantes chineses no Reino Unido integram com sucesso os dois tipos de conhecimento,

movimentando-se entre eles e negociando as suas utilizações consoante as suas necessidades e as barreiras instrumentais que vão surgindo no seu caminho. Deste modo, consideram que o acesso a estas deriva de três áreas: a relação que o imigrante mantém com a cultura onde está inserido – e se, fundamentalmente, não existe uma barreira linguística – o leque de soluções de saúde que se encontram à sua disponibilidade e, por último, o tamanho e a natureza da sua rede social. Assim, espera-se que um indivíduo que se encontre bem integrado, numa área com opções de saúde viáveis e com um círculo de referências amplas utilize os dois sistemas de saúde, ao contrário de um migrante sem suporte social ou com poucas referências em matéria de saúde – optando, segundo os autores, pelo uso de MTC.

Prior et al. (2000) refere que há três tipos de sistemas de tratamentos que os imigrantes chineses comumente seguem, que contemplam (1) o uso da medicina popular – como os chás, sopas, tónicos e preparações herbais; (2) a procura de ajuda “ocidentalizada” – médicos e hospitais e (3) praticantes de MTC – “incorporando uma série de teorias, terapias e práticas, algumas medicinais, outras físicas e algumas espirituais” (p. 824). Estes sistemas são usados com sequências várias, combinando-se entre si, de acordo com a expectativa do doente e da sua própria doença.

Seguindo a tónica enunciada, considera-se uma outra classificação (Lee,1981) onde a Medicina Chinesa comporta duas categorias que se dividem em tratamentos médicos formais e tratamentos médicos informais, onde a primeira se relaciona com tratamentos como fitoterapia ou acupuntura, baseados em conceções cosmológicas – como o Ying-Yang ou os Cinco Elementos- e elaborados, praticados e orientados por um profissional, e a segunda dimensão, a informal, que inclui uma panóplia de “tratamentos” mais simples, como dietética, uso de algumas ervas na comida e exercícios físicos que são ministrados por cuidadores informais – maioritariamente membros da família - quando os primeiros tratamentos não são realizados por constrangimentos financeiros ou usados como instrumentos de manutenção da saúde. Esse tipo de “tratamentos médicos informais” são amplamente partilhados e passados de geração em geração, constituindo um quadro de referência de cultura para muitas famílias que passam por experiências migratórias. Wu e colegas (2007), na sua análise, referem estes tratamentos informais são os mais praticados por imigrantes chineses nos Estados Unidos.

De ressaltar que Prior et al. (2000) reforçam que não há uma única maneira de se usar a MTC, e, socorrendo-se de Unschuld (1987), argumentam que a noção de coerência

na Medicina Chinesa é um ideal ocidentalizado, sendo este um sistema médico tão complexo e diverso como o próprio país que o produziu. Assim, práticas e ideais de MTC devem ser analisadas circunscrevendo-se às localidades, regiões e, sobretudo, às populações que as praticam.

Nos locais de acolhimento, e durante as experiências migratórias, são considerados frequentemente como uma população “invisível” nos serviços de saúde, sendo que D’Angelo, Lam & Sales (2010) associam essa percepção dos profissionais de saúde não só ao facto de os imigrantes chineses procurarem cuidados de saúde no país de origem mas também possuem um ideia estrutural diferente de saúde: validando a premissa de Tran (2006), os autores sugerem que, atualmente, os indivíduos etnicamente chineses compreendem a saúde como uma “ausência de doença”, e, na inexistência de sintomas de mal-estar, não fará sentido procurar cuidados de saúde. Deste modo, é deduzível que a procura de ajuda se dará em casos de necessidade, sendo pouco provável o uso de serviços preventivos. De igual forma os serviços de apoio à saúde mental são pouco procurados pelos migrantes chineses, mas, neste caso as razões prendem-se com o estigma relacionado com os transtornos mentais. Estes, de acordo com Mind (2006) são assuntos da esfera íntima, para serem “aliviados” com jogo, álcool ou demonstrações de raiva. O “orgulho” – característica que muitos investigadores associam a uma compleição chinesa – é impeditivo de procurarem ajuda fora da sua comunidade (D’Angelo et al., 2010).

É importante salientar que um dos fatores mais impeditivos da procura de cuidados de saúde nos países de acolhimento continua a ser a barreira linguística, havendo neste caso a necessidade de utilizar tratamentos de MTC informais para resolver problemas simples (Chau, 2014; Green et al., 2006). No entanto, fatores demográficos como idade, educação e género são também importantes a considerar (Prior et al. 2000).

A relação idade/migração sugere que migrantes mais idosos e que tenham nascido na China tendem a ter uma percepção mais positiva sobre a MTC do que os mais jovens e que já tenham nascido fora do país (MacEntee et al., 2012 ; Prior, et al., 2000). Bishop et al. (2009) na sua investigação sobre a percepção da medicina tradicional por estudantes de origem chinesa migrantes no Reino Unido, chega a uma interessante conclusão: os estudantes de ciências tendem a sentir-me mais confortáveis com a visão científica da medicina ocidental, enquanto que os estudantes de artes colocam mais ênfase no aspeto socio cultural e na identidade social que a MTC lhes proporciona. No entanto, o seu uso

é mais intenso quando se encontram na China e tende a diminuir quanto mais tempo passam afastados.

Alguns estudos apontam que muitos migrantes chineses não só não acham a medicina ocidental útil como também insuficiente, uma vez que atua nos sintomas mas não nas causas dos problemas (Chau et al., 2014). Huang et al. (2013) dão como o exemplo a diabetes, onde os tratamentos holísticos procuram otimizar as funções do organismo, de maneira a que este normalize e trate os desconfortos e complicações decorrentes da doença, em contraste com a medicina ocidental, que se foca no combate da hiperglicemia.

Em relação à procura de MTC formal (clínicas, consultórios ou gabinetes médicos) no país de acolhimento, um número significativo de chineses migrantes procura cuidados tradicionais na própria China, mesmo que existam praticantes no país onde vivem. Segundo Yu (2000) alguns indivíduos questionam se essas práticas são as mais eficazes e se os seus técnicos são os mais credenciados, sendo frequentemente o valor praticado considerado excessivo, levando o migrante a voltar à China e aí permanecer temporadas mais longas mas que visam um tratamento mais efetivo (Chau et al., 2014).

A manutenção da saúde e a cura de doença é frequentemente vista como um domínio familiar e não individual, onde o sujeito doente remete para a sua rede familiar a responsabilidade de o orientar em questões de saúde, decidindo em seu lugar quais as melhores abordagens resolutivas (D'Angelo et al., 2010; Kong & Hsieh, 2012). Esta abordagem é especialmente válida para a população chinesa migrante, uma vez que os valores culturais chineses são marcadamente familiares – Freedman (1979) salienta como características chinesas relevantes a existência de obrigações mediadas por relações de parentesco, a veneração dos ancestrais por base na moral confucianista e a piedade filial. Dado múltiplas gerações compartilham o mesmo espaço físico, é prática recorrente avós tomarem conta de filhos e netos, exercendo sobre estes grande influência – que incluiu, entre outras, questões de saúde (Goh, 2009; Jingxiong et. al, 2007; Kamo & Zhou, 1994).

Várias investigações (Lai et al., 2007; White et al., 2005; Wills & Morse, 2008) sustentam que o uso de MTC em contexto migratório é influenciado por crenças culturais, uma vez que são precisamente os indivíduos de primeira-geração de migrantes – nascidos na China- que mantêm as crenças culturais mais irrigadas, como, aliás, já anteriormente sustentado. Kong e Hsieh (2012) num projeto de investigação que visava justamente

explorar esta questão, identificaram que o uso de MTC para a população sénior migrante funcionava não apenas como prática de saúde mas também como reafirmação da sua identidade cultural como chineses – em contraste com os outros grupos étnicos que partilham o mesmo espaço físico – preenchendo um papel social e ajudando na manutenção do seu status dentro da família permitindo, de igual forma, que seja passado geracionalmente um conjunto de conhecimentos entendidos como herança cultural. A demonstração desta abordagem mais ampla – para além do uso primário como medicina – permite perceber que a MTC é uma ferramenta usada em contexto social e um produto de uma construção de significado diário na vida comum dos migrantes chineses. Ser chinês em contexto de migração, não pode ser entendido como uma garantia que se tem “à partida”, mas como Goffman (1959) advoga, é uma identidade que necessita ser reivindicada e desempenhada.

III. A Saúde Transnacional

III.1. O que é o transnacionalismo?

Se, no capítulo anterior, nos debruçamos sobre a temática imigrante – focando toda a atenção na saúde – neste capítulo o horizonte será expandido, não nos circunscrevendo a movimentos que se realizam dentro das fronteiras de um estado-nação mas sim observando os que são realizados em *continuum* e que se configura como um processo dinâmico nos quais os migrantes forjam e mantêm relações sociais, económicas e políticas nos vários níveis que ligam as suas sociedades de origem e de acolhimento e através das quais criam campos transnacionais que cruzam as fronteiras nacionais (Shiller, Bash & Blanc-Szanton, 1992)

Designado de *transnacionalismo* – e apesar de não ser um conceito recente (aparece pela primeira vez, segundo Portes (2006), num artigo clássico de R.S.Bourne em 1916) – tem sido utilizado de diversas formas e facilita a pesquisa e divulgação, em termos académicos, ganhando lugar cativo sempre que se fala em migrações internacionais. Com este conceito acentua-se as vantagens adaptativas que os países de destino auferem, relativamente aos países de origem, mas não deixa de parte as redes ativas que são mantidas entre os dois pólos: os indivíduos movimentam-se entre países, vivem e movem-se entre cidades cuja oferta é cada vez mais específica (Schiller & Çağlar, 2009). O transnacionalismo, criando mais conexão entre as pessoas, comunidades e sociedades através das fronteiras, traduz-se em mudanças nos panoramas sociais, culturais, económicos e políticos desde as sociedades de origem até às de acolhimento (IOM, 2010). No entanto, nem todos os migrantes se podem assumir como transmigrantes (Portes, 2004), dependendo, portanto, das atividades que desenvolvem nos locais de origem e nos de acolhimento.

Embora existam exemplos de transnacionalismo em toda a longa história da migração, o fato mais aceite entre os académicos da migração é que este fenómeno recebeu um definitivo impulso com as melhorias tão acentuadas nas áreas dos transportes e das telecomunicações: a facilidade com que indivíduos comunicam e se movimentam entre o seu país de origem e do acolhimento torna possível atos de transnacionalismo como nunca havia acontecido antes. Levitt & Schiller ([2004| 2010, p. 40) asseguram que “a migração transnacional constitui um processo e não um evento” e a sua visão de que a vida dos indivíduos não se restringe a fronteiras demarcada, quer físicas quer ideológicas

constitui um ponto marcante: “(...)embora os Estados-nação sejam ainda extremamente relevantes, a vida social não se encontra confinada aos seus limites” (p. 33). Para Vertovec (2003) é precisamente neste ponto que o estudo do transnacionalismo se torna imperativo: a importância das redes sociais e do capital social que compensam, em recursos sociais, o que faltaria em meios políticos e económicos.

Os movimentos transnacionais – e circunscrevendo-nos apenas às remessas – tornaram-se um ponto sensível quando nos debruçamos nas questões económicas: para além da perspectiva individual (onde o transmigrante envia com regularidade remessas monetárias para a sua família que ficou “para trás”, proporcionando, em muitos casos, melhorias significativas no seu estilo de vida), o impacto económico estende-se desde as comunidades até às próprias nações em causa (Portes, 2004). Assim, e para diversos autores (Levitt, 2001; Ostergaard-Nielsen, 2001) estas ações individuais, quando replicada milhares de vezes, têm a capacidade de se traduz em fluxos monetários de expressão considerável, passíveis de se tornar fonte primária de moeda estrangeira – por parte do país de origem – ou mesmo um dos pilares de estabilidade financeira e de perspectivas de desenvolvimento (Guarnizo, 2003).

Na sua vasta atuação, o transnacionalismo manifesta-se como uma transferência de ideias – “remessas sociais” (Levitt, 2001a) - onde os indivíduos migrantes podem participar socialmente e politicamente no seu país de origem e no seu país de acolhimento. Não obstante, o contacto com novas ideias e ideais no seu novo país, podem levar a um questionamento ativo das práticas e conceitos do seu país de origem, do mesmo modo que fomentam, mesmo que não deliberadamente, a uma melhor compreensão das diferentes culturas na sua sociedade de acolhimento. As conexões transnacionais que se estabelecem entre dois pólos tornam os indivíduos transmigrantes em agentes de mediação e de intercambio social e cultural – promovendo um enriquecimento extraordinário em atividades tão vastas como a gastronomia, as artes, a música, a promoção do turismo ou outros tipos de cuidados de saúde (Vertovec, 2009).

Neste ponto, é importante salientar que as atividades transnacionais são também afetadas pela forma como os imigrantes se incorporam nas sociedades de receção. Para Portes (2004), os que se dispersam na sociedade de acolhimento são menos propensos a atividades transfronteiriças, exatamente o contrário das concentrações co-étnicas, que geram no seu interior múltiplas atividades empreendedoras, estimulando assim as redes de trocas com o país de origem. O mesmo se passa em questões de discriminação, uma

vez que presenças discretas são alvos menores para atitudes discriminatórias e, conseqüentemente, possuem uma necessidade mais atenuada de ações transnacionais, enquanto que presenças mais notórias – com maior número de indivíduos, por exemplo - podem propiciar a um acolhimento mais hostil por parte da sociedade recetora e encetar, por esse motivo, maior contacto com a sociedade de origem (Portes, 2004). Não obstante, salienta-se que não apenas a relação com o país de acolhimento condiciona a forma como as atividades transnacionais são efetuadas mas também a proveniência dos indivíduos migrantes (Guarnizo et al., 1999; Landolt et al., 1999; Landolt, 2001; Menjivar, 2000, in Portes, 2004). Os imigrantes de zonas urbanas - procurando refúgio muitas vezes da violência lá experienciada – geralmente tendem a uma integração mais rápida na sociedade de acolhimento e a um menor envolvimento ativo com a de origem, contrastando fortemente com os indivíduos provenientes de localidades mais pequenas ou de países de origem em situação de paz, cuja tendência para se dedicarem a ações transfronteiriças – incluindo atividades de carácter político e de apoio cívico ao país de origem – é maior.

Existindo diferentes categorias de imigrantes – como sumariado no capítulo anterior – cada indivíduo pode se assumir como um agente e um sujeito do transnacionalismo, que empreende práticas em maior ou menor medida (IOM, 2010), não esquecendo que as famílias que permanecem nos países de origem também elas experienciam os efeitos dos movimentos transfronteiriços, recebendo não só remessas monetárias mas também informações que se podem traduzir em novos estilos de vida.

No entanto, a separação de elementos da família – muitas vezes pais e filhos – pode propiciar a problemas psicossociais, a distanciamentos emocionais e até a reformulações nos papéis sociais, como avós que se assumem novamente como educadores ou mulheres que acarretam maiores responsabilidades. O próprio indivíduo que perfaz as atividades transnacionais, num constante vaivém físico ou tecnológico, pode sentir uma perda de sentido de identidade ou de pertença. O ideal de “casa” (do inglês *home*, podendo também traduzir-se por “lar”) é muitas vezes alterado, não existindo essa sensação - de bem-estar, conforto, familiaridade ou segurança – em nenhum dos locais, seja o de origem ou o de acolhimento, mas sim no trânsito efetuado entre eles. A emergência de uma “identidade transnacional de casa” (Wang & Wong, 2007) é um dos muitos aspetos associados ao transnacionalismo migrante, que num mundo globalizado assume-se como “(...) um processo circular, começando na “casa

consistente”, passando para uma “casa dividida” e, finalmente, uma “casa simbólica” (p. 185).

Carsten e Hugh-Jones (1995) sugerem que a “casa” pode ser observada como uma extensão da pessoa, constituindo-se como um agente primordial de socialização. Partindo da tônica deixada por Lévi-Strauss – pioneiro na ênfase da relevância da casa no estudo da organização social – procuram expandir esta observação para uma abordagem mais abrangente, que integra elementos simbólicos e sociais: a casa é vista como um idioma simbólico, um “modelo cognitivo para estruturar, pensar e experimentar o mundo” (p. 3). Associada a determinadas atividades e papéis desempenhados no seu interior, constitui-se como um local útil para analisar relações sociais dentro/fora do domínio doméstico.

Pensar em “casa” enquanto produção de lugar (Olwig, 2007) sugere que a família e o *relatedness* (parentesco) são fenômenos culturais criados no decurso da vida social, num processo quotidiano em que os fluxos constantes e a mobilidade transnacional ocorrem. O parentesco e o local (*place, home*) são construídos como pessoas, através de “*statements* e de práticas, fornecendo substâncias específicas e significados a certos tipos de relacionamentos” (Carsten, 2000:24).

O tópico central da investigação de Olwig (2007) é precisamente o enfatizar de que a noção de *relatedness* que o indivíduo constrói dentro da sua rede social – definida como família e com a qual partilha uma origem comum num sítio particular – cria várias formas de pertença e de identificação como migrante. Ser caribenho – o grupo no qual Olwig (2007) se debruçou – faz parte da sua essência enquanto *background* familiar, que molda a sua vida diária e não algo que necessariamente se tenha de celebrar ou de demonstrar para o resto da sociedade, como uma reafirmação da sua etnicidade (como exemplo a não participação na festa “Caribana”, o carnaval caribenho realizado em Toronto). O seu “apego” à terra de origem deve ser interpretado num contexto mais específico moldado quer por uma trajetória de vida móvel quer por circunstâncias de relações interpessoais (p. 6).

Parece, então, cada vez mais necessário distinguir entre *homeland* (terra de origem) e *home* (casa/lar), dado a migração internacional “não apenas introduzir disjunções entre pessoas e a sua terra de origem mas também entre a sua terra de origem e a sua casa” (Tsuda, 2004:125): os migrantes podem – e constroem – cada vez mais os seus lares longe da sua terra de origem. A sua “casa”, por conseguinte, torna-se cada vez

mais móvel, multidimensional e desterritorializada, cujo conceito - de acordo com Rapport e Overing (2003:157) “deve considerar várias modalidades, como por exemplo a memória e a saúde; o convencional e o criativo; o ideacional, o afetivo e o físico; o espacial e o temporal; o local e o global; ambas com conotações positivas e negativas”.

Não explorando mais as tipologias para além do transnacionalismo “a partir de cima” e do transnacionalismo “a partir de baixo” (Portes, 2004), com o primeiro a relacionar-se com as atividades de governos e das empresas multinacionais e o segundo com os “indivíduos comuns”, para o efeito do presente estudo interessa particularmente os movimentos empreendido em torno de um objetivo que se prende com a saúde, que denomino de *saúde transnacional* e seguidamente passo a descrever.

III.2. O transnacionalismo e a saúde transnacional

Se o primeiro conceito – *transnacionalismo* – como foi descrito, se refere a toda a miríade de atividades transfronteiriças efetuadas por indivíduos que circulam entre realidades distintas - pertencentes a múltiplos espaços e que entram em contacto com diferentes poderes regulares de mais de um estado, se aplicadas primariamente a atividades económicas, financeiras, laborais e educacionais, poder-se-á considerar que são, também eles, aplicáveis aos recursos de saúde. Desta forma, os cuidados de saúde transnacionais abrangem o conjunto de trajetórias de cura adotadas pelo indivíduo cuja dupla pertença a redes e a contextos desterritorializados lhe permite aceder a recursos que não se encontram circunscritos pelas fronteiras de um único país ou Estado-nação. Podem, assim, incluir práticas de cuidados formais e informais, utilizados maioritariamente de forma sincrética (Glinos et al., 2010; Sargent & Larchanché, 2011; Sime, 2014; Thomas, 2010).

A pluralidade de estratégias terapêuticas empregues pelos migrantes é influenciada pela suas *racionalidades leigas*¹⁸ acerca da saúde e pelos contextos sócio

¹⁸ Este conceito – “racionalidades leigas”, é amplamente discutido por Silva (2008) e Alves (2011), que sugerem que o estudo das racionalidades leigas abre a possibilidade de tomar o senso comum, de origem prática, como forma de conhecimento válido que constitui uma forma de conceber e de intervir na realidade social. Vários autores, a nível internacional, se têm debruçado nesta temática (Blaxter (1983), Freidson (1984), Herzlich (1969), Kleinman (1980), entre outros).

culturais e políticos onde transitam. Essas mesmas estratégias são ativadas em simultâneo, originando múltiplas incursões por distintos percursos terapêuticos, sendo que em outros casos se ativam percursos diferentes de forma sequencial – quando a primeira trajetória adotada não satisfaz integralmente as necessidades sentidas. Estas conexões transnacionais mantêm ativas as relações pessoais e constituem “sistema de referência alternativos” (De Freitas & Mendes, 2013), uma vez que essa procura de cuidados de saúde transnacionais não é restrita ao país de origem, mas se pode estender aos vários países da diáspora. Porém, recorrer a cuidados de saúde transnacionais comporta algumas desvantagens, sendo necessário socorrer-se de meios adicionais, tais como conhecimentos acerca das particularidades dos sistemas de saúde estrangeiros, planeamento de viagens, licenças de trabalho e, claro, recursos financeiros. As redes sociais constituem os principais facilitadores de ajuda e contribuem para a formulação e sustentação de estratégias de procura de cuidados de saúde.

Os recursos de cuidados de saúde transnacionais alargam os âmbitos das escolhas de tratamentos para os indivíduos que deles necessitam, permitindo o restabelecimento de autonomia e instrumentalidade na seleção e cuidados, reforçando não só a autoconfiança como também reafirmando a legitimidade enquanto pacientes e cidadãos (De Freitas & Mendes, 2013). No entanto, quando os cuidados de saúde transnacionais são vistos como a única possibilidade de tratamento pode gerar-se um afastamento com a comunidade de acolhimento, impedindo não só a aquisição de informação e práticas necessárias para fazer uso correto do sistema de saúde local como também condicionar a capacidade de identificação de problemas no sistema e de soluções que teriam, num contexto de envolvimento efetivo, “ser apresentadas nos espaços participativos de controlo social em saúde” (De Freitas *in* De Freitas & Mendes, 2013, p. 88).

III.3. Motivações para o transnacionalismo em saúde

O que leva um migrante a procurar cuidados de saúde transnacionais? Autores como Glinos et al. (2010) identificaram quatro tipos de motivação pela procura de

soluções além-fronteiras e que se prendem com dimensões como a disponibilidade, a acessibilidade, a familiaridade e percepção de qualidade dos cuidados prestados.

A primeira dimensão relaciona-se com a quantidade e o tipo de serviço que se necessita, se este existe (ou não) no país onde se vive e em que termos se pode ter rápido acesso; a acessibilidade, por outro lado, foca-se nos custos monetários – se é possível fazer o mesmo por um menor custo; a familiaridade, no entanto, e na opinião de Glinos et al. (2010), constitui-se como a fator mais decisivo no que concerne à escolha de locais de tratamentos, uma vez que se sabe que os indivíduos, em termos de saúde, procuram locais cujo significado lhes seja mais prioritário. Esta dimensão não se prende exclusivamente com o local onde a família se encontra mas também todo o suporte – religioso, cultural ou histórico, que a comunidade lhe pode proporcionar. Por último, a questão de qualidade é também uma determinante, operando em dois sentidos: se o local de origem oferece melhor qualidade em termos de cuidados, ou se outro local é dimensionando como superior.

O surgimento de novas classes sociais que antes não existiam – em especial na Ásia, nos países do Golfo mas também na América do Sul e em determinados pontos de África – associando-se a novos poderes económicos, aumentam a procura dos cuidados de saúde mais seletivos, criando novas infraestruturas nos seus países ou melhorando as já existentes, na tentativa de cooptar os novos consumidores de saúde (Connell, 2015). Se se verifica uma tentativa de melhoria nos cuidados oferecidos a nacionais com novos poderes económicos, nos estudos migratórios mais recentes – com especial ênfase a diáspora e o transnacionalismo - percebe-se que os países com uma vertente de emigração mais demarcada se preocupam também cada vez mais com os seus cidadãos fora do território nacional e com as suas necessidades específicas em saúde (Lafleur & Lizin, 2014). Smith (2003) vai mais longe e nomeia “políticas de diáspora” que incluem várias iniciativas, com os governos nacionais a considerarem que os seus cidadãos emigrados não têm acesso apropriado a cuidados de saúde, quando em países de acolhimento, tentando proporcionar-lhes esses mesmos cuidados no país de origem.

Se pensar em cuidados de saúde transnacionais é pensar em termos de fluxos e de mobilidades, para Bertinato et al. (2005) e Rosenmoller et al. (2006) é possível, então, definir cinco categorias de mobilidade de doentes, que não agem de forma mutuamente exclusiva:

- Visitantes temporários: turistas que necessitam, de forma ocasional e muitas vezes de carácter urgente, de cuidados de saúde;

- Residentes a longo-prazo: associados aos movimentos efetuados por indivíduos já reformados das funções laborais, que recebem cuidados quer do país de origem, quer do qual estão a viver no momento. A sua extensão vai desde serviços públicos até serviços privados, pagos individualmente;

- *Commom-boarders*: muito comum em países que partilham fronteiras e, devido às suas pequenas dimensões são tratados dos dois “lados da fronteira” (p. ex. Bélgica e países vizinhos);

- Doentes vindos de fora: indivíduos que carecem de cuidados de saúde mais especializados, com diferente tecnologia ou mesmo mais céleres, e que são enviados de um país para outro por meio de acordos existentes entre esses mesmos países. Portugal constitui um exemplo devido aos acordos bilaterais com diversos países (enviando doentes para Cuba, recebendo doentes dos PALOP);

- Turismo médico: indivíduos cuja mobilidade é realizada mediante a procura de cuidados de saúde, mas operam-na segundo recursos próprios.

Desta forma, e com o que se tem vindo sumariar - excetuando o domínio do turismo médico - podemos considerar que os cuidados de saúde transnacionais surgem como resposta às dificuldades sentidas pelos imigrantes em território nacional, mas também pela diferença no sistema de crenças, *racionalidades leigas* e modalidades sociais, onde os exemplos abundam na literatura:

Horton e Cole (2011) salientam o regresso dos imigrantes mexicanos, desde os Estados Unidos da América até à terra de origem, por considerarem os cuidados no México mais eficazes – sendo que aqui a questão não se prende com a tecnologia mas sim com a compreensão do problema e com o nível de atenção que lhe é despendido; Thomas (2010) aborda a questão dos imigrantes Sul Africanos em Londres e o regresso destes à terra de origem com fins cerimoniais de apaziguamento de espíritos e tratamentos rituais, que obrigatoriamente terão de ser realizados em terra-mãe; Jenkins et al. (1996) reflete sobre os imigrantes vietnamitas, que procuram determinadas ervas e amuletos para tratamentos, que os leva muitas vezes a deslocações ao país de origem; Glinos, Doering & Maarse (2012), expõem que estudantes universitários alemães, em intercâmbio na Holanda, preferiam voltar a casa para consultar o “médico de sempre”, no sistema “se sempre”. Aqui as questões envolvidas não eram necessariamente financeiras,

desconhecimento de funcionamento do sistema de saúde ou entraves de linguística: “(...) o efeito da familiaridade é poderoso e complexo, (...) existindo a preferência de se ser tratado em casa” (43).

Tiilikainen & Koehn (2011) usando como exemplo os imigrantes somalis na Finlândia, referem que, apesar da opinião pública ser que estes imigrantes em específico abusam o sistema de saúde gratuito proporcionado por todos os cidadãos, o facto é que grande parte dos somalis imigrados, quando acometidos por uma questão séria de saúde - e os autores salientam a saúde mental- procuram tratamento preferencialmente na Somália. Isto traduz-se numa série de benefícios para os indivíduos, que para além de retornarem a casa, têm apoio da sua comunidade e religião, uma vez que os seus “(...) tratamentos focam nas causas espirituais e humanas das doenças” (p.522), que vai ao encontro dos seus esquemas mentais e de representação do mundo e da sociedade.

Salih (2002) corrobora esta ideia, afirmando que a realização de determinados rituais no país de origem – apesar de os indivíduos migrantes possuírem os recursos necessários para as perfazerem no seu país de acolhimento – contribui para a sua manutenção como membros da comunidade. A retoma a casa, mesmo que por tempo limitado, com o objetivo de concretizarem os rituais de cura, permite-lhes simultaneamente libertarem-se do stress cumulativo provocado pelo processo migratório, encontro com os seus pares, que partilham o mesmo ideal, a uma melhoria da alimentação e um menor consumo de drogas e álcool (Tiilikainen & Koehn, 2011).

A prática de rituais nos locais de origem constitui-se como um bom exemplo de movimentos transnacionais que são levados a cabo por migrantes, salientando, por último, as cerimónias fúnebres realizadas no país de origem – como ocasiões de demonstração de êxito pessoal conquistado pela sua saída, mas ao mesmo tempo a legitimação da sua pertença à comunidade (Gable, 2006). Mapril (2009), aplicando estes conceitos aos migrantes bangladeshianos em Lisboa, resume que uma doença grave ou morte de um parente pode conduzir a uma súbita viagem de regresso, onde o enterro preferencial se realiza no Bangladesh –a crença de que o individuo se deve reunir com os seus parentes é acentuada.

Ser enterrado em Portugal figura-se como uma “ideia de abandono” (p. 232), onde ninguém rezaria, faria súplicas ou orações pelo individuo falecido. Assumindo que a morte não é o fim mas sim um percurso que conduz a Deus, as orações pelo defunto são imprescindíveis para que ele percorra esse caminho – traduzindo-se na necessidade de

enterro perto de familiares, amigos ou conhecidos, que mais facilmente se lembrarão dele do que se for enterrado numa “terra onde existe um vazio de valores e de religião” (Mapril, 2009, p. 323).

A noção de “boa morte” é também explanada por Saraiva (2008) na sua investigação sobre práticas e rituais funerários de migrantes guineenses – em específico os Pepel – em Portugal: a manutenção de boas relações entre o mundo dos vivos e dos mortos é essencial para que os ancestrais se tornem espíritos benévolos e que protejam os seus familiares. Para essa transformação ocorrer é necessário praticar um conjunto específicos de ritos que vão desde sacrifícios animais, danças, oferendas de roupa – como símbolo de prestígio – e, mais importante, a realização de uma cerimonia fúnebre em terra Pepel. Uma vez mais, e apesar de existir uma adaptação a Portugal no que concerne ao funeral e ritos subsequentes, estes são considerados mais eficazes quando realizados na terra de origem.

Estas relações aliadas a circunstâncias transnacionais – incorporando ritos africanos num contexto europeu – traduzem-se num “continuo movimento de pessoas, espíritos e bens que circulam entre a Guiné-Bissau e Portugal” (Saraiva, 2008, p. 254).

IV. História das Migrações Chinesas e o caso de Portugal

Durante o percurso deste enquadramento teórico foram revisitadas ideias e conceitos que se assumiram como fundamentais para auxiliar a investigação. No entanto, este enquadramento não ficaria completo se não se localizasse, agora, na perspetiva da migração chinesa para Portugal.

Como tal, seguidamente dá-se a apresentação de como os movimentos chineses se processam pelo Mundo – e a sua antiguidade histórica – focando-se em seguida nos movimentos pela Europa e, mais fundamentalmente, por Portugal. Por fim, é imperativo proceder a uma caracterização dos migrantes chineses residentes em Portugal, utilizando textos de apoio, relatórios de migração e dados estatísticos de fontes oficiais, tentando sumariar algumas das características que serão fundamentais para perceber não só dinâmicas mas também a relevância e pertinência da história de vida que apresento.

IV.1. Movimentos pelo Mundo

Os chineses estão envolvidos em migrações internacionais desde séculos, as suas razões, origens e trajetórias são dispersas e prendem-se com a época em que se circunscrevem. De forma sucinta, para autores como Poston e Yu (1990) a história da migração chinesa pode ser dividida em quatro períodos, que facilitam o estudo da sua dinâmica: primeiro, o Período “Antigo”, que concernem as dinastias chinesas mais antigas (2000 a 3000 anos atrás) até a meio da dinastia Qing, no século XVIII; segundo, o Período da “Queda da China Imperial” até ao tempo da República, que visa o séc. XIX até finais dos anos 40 do séc. XX; um terceiro momento, composto pelas três décadas da República Popular da China, finais de 1940 até finais de 1970; e, por último, o período contemporâneo, desde a abertura da China, pelo Governo Chinês, aos estrangeiros (1978 como ponto-chave).

A história da emigração chinesa assume-se como uma antiguidade de mais de dois mil anos, sendo que a sua tipologia vai variando de acordo com os diferentes períodos em função de características internas e externas à própria China, que tanto poderiam estimular a migração ou refreá-la. Desta forma, e genericamente falando, as comunidades chinesas podem ser encontradas em praticamente todos os países do mundo – diferindo no seu tamanho e distribuição geográfica – como descreve o poema chinês “onde quer

que as ondas do mar toquem, há um chinês” (Poston & Yu, 1990). Estamos perante um movimento migratório de dimensão muito consideráveis: de acordo com Ma e Cartier (2003) em termos de quantidade o número efetivo de indivíduos chineses migrantes subiu de 12.7 milhões (incluindo Hong Kong com 3.2 milhões) para 32.8 milhões (valores que excluem Hong Kong) num período entre 1963 e 1997.

De acordo com investigadores como Trolliet (1994), a antiguidade dos movimentos migratórios chineses registados remonta do século III até à dinastia Tang (618 a 907), com uma tentativa inicial de comércio marítimo, peregrinações religiosas e visitas oficiais, estabelecendo-se, inicialmente, um grupo de indivíduos chineses em Nanyang (os Mares do Sul). Aquando a conquista do território chinês pelos mongóis (séc. XIII) muitos indivíduos procuram refúgio no Japão, Camboja e Vietname, sendo que estes movimentos continuam sob a Dinastia Mongol (1277 a 1367) em especial sob a rota comercial que une Camboja, Índia e Java (Trolliet, 1994). Seguidamente, nos tempos da dinastia Ming (1368-1644) o comandante Zheng He – entre 1405 e 1433 – desbravou mares do Sudeste Asiático e costa africana (Pan, 1994), que proporcionava ao imperador objetos de luxos e curiosidades diversas, atraindo a sua atenção para estes territórios. Neste sentido, alguns indivíduos chineses estabelecem-se em diferentes portos um pouco por todo o sudeste asiático.

Com a chegada dos europeus no séc. XVI assiste-se a uma diminuição do fluxo migratório, até à sua total proibição aquando a queda da dinastia Ming e ocupação pelos Manchus (1644), levando a uma forte instabilidade política e procura de refúgio em Taiwan e Vietname por parte dos indivíduos apoiantes do regime (Trolliet, 1994). Já no séc. XVIII, e até meados do século XIX, com ocupação dos britânicos dos “Strait Settlements” (Penang, Malaca e Singapura) assiste-se a um desenvolvimento de novas rotas comerciais e tendencialmente ao aumento do fluxo migratório. A explosão demográfica - e consequente desequilíbrio na produção de alimentos – em conjunto com uma série de catástrofes naturais e epidemias, leva a uma expulsão maciça de mão de obra chinesa. Não obstante, as mudanças mais significativas – e documentadas- no panorama migratório chinês surgem na segunda metade do século XIX. Para este aumento de mobilidade contribuíram, inicialmente, um período alargado de paz interna que culminou numa explosão demográfica sem precedentes (entre o início do século XIX e o ano de 1850 a população chinesa quase triplicou (Pan, 1994). Posteriormente, em meados do séc. XIX assistiu-se a uma recessão económica profunda, desencadeadas pela alteração na

comercialização do chá, Primeira Guerra do Ópio (1839-1842)¹⁹ e pela revolta de Taiping (1850-1864)²⁰.

Assistiu-se, ao longo dos séculos, a uma ênfase das potências ocidentais nas terras de oriente: com o final da Guerra do Ópio (Tratado de Nanking, 1842) deu-se a abertura forçada de novos portos ao comércio externo (imposto por britânicos e franceses em 1860). Para Pan (1994), este intrometimento tinha como principal objetivo, entre outros, suprir a falta crescente de mão de obra que se avizinhava nos países de grandes potências, propiciadas pela abolição da escravatura – permitindo a formação de *coolies* para as colônias recém-criadas. Os *coolies*, na esmagadora maioria dos casos, eram indivíduos do sexo masculino, recrutados nas zonas rurais para embarcarem rumo a novas colônias, estimando-se que entre 1801 e 1925 tenham emigrado cerca de três milhões de indivíduos neste sistema (Nieto, 2007), com os mais diversos destinos e ocupações: no Sudeste Asiático ocupavam-se principalmente das plantações, minas e construção de caminhos de ferro, estradas e pontes e na América do Norte dedicavam-se ao comércio e procura de ouro (Pan, 1994; Trolliet, 1994).

Este sistema foi proibido em 1874 – após a verificação das condições sub-humanas a que os indivíduos estavam sujeitos – mas só em 1930 é que é definitivamente encerrado, sendo aí substituído por um sistema mais controlado de emigração. Para alguns autores (Morimoto, 2004; Pan, 1999), nesses novos contextos os emigrantes, apesar das dificuldades, experimentaram uma oportunidade de crescimento económico, converter-se em agentes de negócios e abrindo caminho para a mobilidade social. Troillet (1994) acrescenta que todo este “potencial migratório” é também fomentado pela legalização da emigração voluntária e pela autorização do regresso dos emigrantes pelo Decreto Imperial de 1893.

A segunda vaga de emigração, compreendida entre 1900 e 1949 (Wickberg, 1994) ocorre, primariamente, motivada pela instabilidade política interna: implantação da República, invasão nipónica do território nacional, entrada na II Guerra Mundial, guerra civil entre o Kuomintang (Partido Nacionalista) e o Partido Comunista Chinês - que

¹⁹ Travada entre a Companhia Britânica das Índias Orientais e a Dinastia Qing, com o objetivo, por parte do primeiro combatente, de forçar a China a permitir o livre comércio de ópio.

²⁰ Conflito muito sangrento (calcula-se que entre 30 a 50 milhões de pessoas morreram em consequência direta) entre a China Imperial e um grupo místico liderado por Hong Xiuquan, baseado em ideologias cristãs e de igualdade social.

culminaria na implementação, em 1949, da República Popular da China. Esta instabilidade provocaria a saída em massa de muitos chineses: imediatamente após a implementação da RPC dá-se a saída estimada de 2 milhões de indivíduos, apoiantes do Kuomintang, onde os movimentos mais significativos se dirigiram para as periferias de Taiwan e de Hong Kong.

Entre 1949 e 1978 – o período da ditadura comunista liderada por Mao Tsé-Tung – a emigração internacional sofre um revés, ficando restringida e praticamente estagnada: a migração para o exterior era considerada uma traição à pátria e à revolução, onde a fronteira física do país era também simbólica - representando a divisão entre a China Socialista, de dentro, e o “Império Capitalista”, de fora. Simultaneamente os recém-criados estados do Sudeste Asiático impuseram severas restrições à entrada de emigrantes chineses, com o intuito de diminuir o poder económico das comunidades chineses já alojadas e pelo receio da política expansionista de uma China comunista. Após o encerramento deste ciclo, em 1978 dá-se início a uma nova etapa, onde o lançamento das reformas económicas e a abertura para o exterior se destacam com incentivo para a mobilidade dos indivíduos (Wickgerg,1994). Nesse ano, no 11º Congresso do Partido Comunista Chinês, o líder Deng Xiaoping assume sem reservas que os objetivos para uma China modernizada incluíam quer um misto de reformas internas e quer o incentivo a uma maior abertura ao exterior. Desta forma, às áreas tradicionais de emigração, como Guangdong, Fujian, Zhejiang e Hainan juntam-se outras novas rotas.

Thuno (1999) estima que o total de população emigrada oscile entre os 20 e os 50 milhões, sendo a área do Sudeste Asiático a mais prolifera- com cerca de 90% do total- e o resto habitando maioritariamente os países desenvolvidos, como os EUA, Canadá, Japão, Austrália e a Europa Ocidental (Poston & Yu, 1990). As suas características, que tomam a forma de diáspora, foram sendo moldadas quer pelos modelos políticos e económicos vigentes na China na sua época – como já explanado – quer pela discriminação contra os chineses no sudoeste asiático, pela globalização da produção e pelas mudanças nas políticas de imigração do EUA, Canada, Austrália, Nova Zelândia e países europeus (Ma & Cartier, 2003).

O Canadá torna-se atraente para a emigração chinesa – devido ao crescimento económico e demográfico – enquanto que outros países do Pacífico – como Austrália e Nova Zelândia, verificaram um aumento exponencial de imigrantes chineses, explicado por três principais fatores (Pookong & Skeldon, 1994; Troillet, 1994): o abandono da

política de uma Austrália “branca” em 1973, o encontro entre Mao Tse Tung e Nixon em 1972, e o surgimento de novas identidades, como Coreia do Sul, Singapura, Taiwan e Hong Kong - onde a instabilidade política destas duas últimas (séc. XX) promoveu um grande fluxo migratório (Wickberg,1994).

No que se refere ao Estados Unidos, as entradas de migrantes eram muito restringidas, sendo o exemplo mais paradigmático o *Chinese Exclusion Act* de 1882 (que impedia a entrada legal de imigrantes chineses em território norte-americano), tratando-se na primeira lei dos EUA que descriminava imigrantes com base unicamente na sua proveniência, seguindo-se em 1924 a *Immigration Act*, que proibia as famílias de qualquer classe social de chineses de entrarem em território nacional. Enquanto uma série de leis e de adendas foram sendo aprovadas a fim de controlarem a entrada e a permanência de chineses imigrantes nos EUA, onde os pseudo-cientistas se baseavam no Darwinismo Social²¹, enquanto teoria científica para validarem a ideia de que o chinês era um ser humano inferior, merecendo tratamento como tal. Não obstante, caracterizando-o não apenas como inferior mas também como selvagem ou mesmo não-humano.

Percebendo o seu enquadramento histórico, e numa tentativa de refúgio e de fuga aos conflitos crescentes, os imigrantes chineses assumiram uma postura defensiva: procuraram locais para viver onde o contacto com a população geral fosse diminuído, evitando confrontos e atitudes discriminatórias por partes destes, funcionando como uma *safety zone* (Yuan,1963). As zonas escolhidas das cidades seriam as que apresentassem um arrendamento mais económico, outrora nobres da cidade (centrais), mas em mau estado de conservação, para poderem, além da residência, estabelecerem alguma atividade laboral (pequenos negócios como vendas de diversos produtos, restaurantes e lavandarias). Estes locais – apelidados de *chinatowns*- encontram-se um pouco por todo

²¹ Nos anos seguintes à publicação da *Origem das Espécies* (1859) por Charles Darwin, alguns filósofos, psicólogos e sociólogos criaram uma doutrina a que apelidaram de Darwinismo Social. À semelhança da teoria da Seleção Natural –aplicada unicamente às espécies animais- alguns autores, como Herbert Spencer e William Graham Sumner, conotaram essa ideia à raça, género e classe humana: o homem mais desenvolvido e mais inteligente seria o Anglo Saxónico, e todos os restantes seriam inferiores (que inclui os asiáticos, negros, hispânicos, mais os elementos do sexo feminino, que seriam também, por questão de género, inferiores ao homem branco).

o lado, desde cidades nos EUA, Canadá, América do Sul, Europa ou Austrália. Wong (1995) salienta outras razões para a formação de uma *chinatown*, para além da tentativa de refúgio da discriminação: viver perto de parentes, que proporcionam entre-ajuda; a solidariedade de grupo; as dificuldades na linguagem; a tentativa de preservação da *chinese way of life*; a religião budista e o forte nacionalismo chinês. No entanto, dentro da própria *chinatown* há todo um sistema segmentário de organização, composto por sub-comunidades interligadas, que formam a base de uma identidade social partilhada, onde três identidades são importantes, como o apelido familiar, o dialeto que falam e o local ancestral da sua partida da China (Hong, 1976). Min Zhou (1992) tem, contudo, uma outra abordagem sobre as *chinatowns* e o seu enclave socioeconómico, defendendo que estas não condicionam a assimilação dos imigrantes chineses na sociedade, mas, ao invés, proporcionam uma alternativa de incorporação na sociedade que não entra em conflito com a sua distinção cultural.

Atualmente, as migrações chinesas continuam a ocorrer para os países que comportam já uma comunidade histórica chinesa – como países do Sudeste Asiático, América do Norte, Canadá, Austrália – não esquecendo que, apesar de em números mais reduzidos quando comparados com os anteriores, países da América Latina, América do Sul e Caraíbas possuem um histórico iniciado com os *coolies* mas que continuam nos dias atuais sob a forma de novas identidades. Dados oficiais revelam que os indivíduos migrantes chineses são a segunda maior força imigrante no México, mas que estes circulam de forma rotativa entre vários outros países, como Brasil, Equador, Peru ou Chile (Mazza, 2016).

No caso do Continente Africano, o número de indivíduos chineses permanentes continua a aumentar (Park, 2009), sendo os países com maior expressão numérica a África do Sul – seguindo-se por ordem decrescente – Nigéria, Sudão, Angola, Argélia e Mauritânia, reconhecendo-se, no entanto, distinção entre diferentes tipos de migrantes (Ma, 2008): empresários de corporações multinacionais, profissionais trabalhadores de indústria pesada (minas, petróleo, etc.) e migrantes de países europeus que migram uma segunda vez para ex-colónias do país europeu onde estavam inicialmente (Angola, Moçambique, Marrocos, Argélia, Senegal, etc.). De forma igual assiste-se a uma circulação de indivíduos chineses- como acontece entre países da zona Sul e Centro Americana - movendo-se constantemente entre países africanos em busca de trabalhos

mais competitivos, da África do Sul para Namíbia, Zâmbia e Botswana, por exemplo (Park, 2009).

Os “novos migrantes”²², salienta Thuno (2007) referindo-se às vagas migratórias pós-década de 70, seguem- conforme dito anteriormente - as tendências das tradicionais rotas de migração, mas percebe-se atualmente uma clara preferência pelas “cidades globais” da América do Norte, Europa e Austrália, em detrimento do Sudeste Asiático, como resultado de um capital acumulado e de uma procura de serviços quer de pessoal não especializado quer de muito especializado (Sassen, 1991). Nos novos locais de recepção, os migrantes chineses já não encontram as políticas étnicas restritivas como as do século anterior – nem a morada forçada em *chinatowns* – mas debatem-se com as leis de migração e restrição geral, como qualquer outro indivíduo migrante (Thuno, 2007).

Entre os novos migrantes inclui-se também uma categoria que não encontra par no seu passado histórico – os estudantes chineses (Xiang, 2003). No período entre os anos 50 e finais dos anos 70 do séc. XX, o principal local de estudo fora do país para os jovens chineses era a União Soviética – onde os estudantes que regressaram desempenharam importantes papéis na vida política e económica do país – tendo cessado este trânsito académico durante a Revolução Cultural. Em 1977/1978 o líder Deng Xiaoping estimula a saída de estudantes com a premissa de aprenderem tecnologias mais avançadas e suportarem o desenvolvimento do país e, desde então, o Governo Chinês apoia com veemência os estudos dos seus cidadãos no estrangeiro, através de bolsas escolares, acordos entre Universidades e políticas de encorajamento ao regresso (Xiang, 2003).

Salienta-se que, apesar da imigração de cidadãos chineses à escala mundial constituir um fenómeno já há muito existente, o que na realidade caracteriza as atuais migrações chinesas é a forma como essas experiências e esses fluxos são moldados e

²² “Novos Migrantes” comporta um estatuto quase meramente académico (Thuno, 2007), uma vez que o discurso oficial do Governo Chinês assume termos como *huaren* (descendentes chineses) e *huaqiao* (imigrantes chineses que mantêm a nacionalidade chinesa) quando se refere às comunidades chinesas migrantes (*overseas chinese*).

Deve-se salientar que comunidades migrantes são objeto de discurso frequente, como mostra de um nacionalismo de dimensão simbólica que não se circunscreve às fronteiras físicas de um país mas que engloba todos os indivíduos de pertença étnica (Nieto, 2007).

A diáspora chinesa é incentivada por parte oficial – como demonstrativo da grandeza da unidade da nação – e os seus preletores comportam-se com proximidade quer discursiva quer de ação.

A própria Lei da Nacionalidade Chinesa (datada de 1980) integra a componente *jus soli* e *jus sanguinis*, onde indivíduos nascidos fora do território nacional, mas de pais chineses são nacionais chineses. De igual forma existe a impossibilidade de manutenção de duas nacionalidades: requerendo a de país de acolhimento, o indivíduo deixa automaticamente de possuir a nacionalidade chinesa.

condicionados pelo capitalismo e pela importância económica, política e simbólica que a China possui no contexto mundial da atualidade (Thuno, 2007).

Quando comparado com o resto do globo – em particular com o Sudeste Asiático, América do Norte e Austrália – a emigração chinesa na Europa tem-se revelado um destino marginal, não se sabendo exatamente quantos chineses migrantes vivem na Europa – o número avançado pelo RPC de cerca de 200.000 indivíduos no ano 2000 (Laczko, 2003). A sua chegada a países europeus é tendencialmente dispersa e intermitente, mais uma vez sujeita a condicionantes internas e externa à nação, mas, como Heisei afirma (in Poston & Yu, 1990): "Um fator importante na mudança do padrão global da migração internacional durante os anos 1960 e 1970 (...) foi o crescimento económico da Europa setentrional e ocidental e o conseqüente aumento na demanda por trabalho".

Os primeiros registos de migrantes chineses vêm de Inglaterra, onde desde o século XVIII se regista a presença de marinheiros chineses mas em números muito insignificantes: segundo Pan (1994) em 1851 havia registo de 78 chineses em Inglaterra, em 1911 o registo de 1319, expandidos por Londres e outras cidades como Liverpool, Cardiff e Glasgow – sobretudo como trabalhadores marítimos. Em França a situação revela-se diferente: entre 1917 e 1918 (período da I Guerra Mundial) regista-se o recrutamento de mais de 200 mil trabalhadores chineses, para atividades ligadas à guerra (mas não combatentes). No entanto, só após a relativamente recente abertura da República Popular da China ao Ocidente, e particularmente após o acordo sino-britânico sobre Hong-Kong, se incentivou a uma nova emigração chinesa para destinos europeus (Pan, 1994).

Assume-se também (Pan, 1994; Trolliet, 1994), que as grandes vagas migratórias são resultado direto de conflitos decorrentes no Sudeste Asiático (independência do Vietname, ditadura no Camboja, comunismo na Malásia e Tailândia). Os emigrantes originalmente chineses oriundos de Hong Kong, Singapura e Malásia, nos anos 60 e 70 do séc. XX, fixam-se preferencialmente no Reino Unido, enquanto que os refugiados chineses do Suriname e da Indonésia procuraram a Holanda e os provenientes do Vietname e Camboja – devido às políticas locais – procuram refúgio em França (Trolliet, 1994).

Deste modo, os locais de imigração circunscreveram-se quase na sua totalidade a Inglaterra, Holanda, Bélgica, França e Alemanha. Só posteriormente, os países do sul da Europa, como Itália, Espanha e Portugal, se tornaram atrativos, mediante uma série de

fatores que King (2000 in Oliveira, 2000), sumariza como a modernização recente e o surgimento de mercados de trabalho – incluindo as atividades sazonais e flexíveis que obrigam a uma economia informal - os controlos fronteiras mais fracos e a facilidade de entrada com vistos de turismo, a própria paisagem de montanhas e ilhas que facilitam a entrada de clandestinos e as relações histórico-coloniais com a América Latina e África. A par destas características a própria emigração dos Países do Sul da Europa para outros países levou a uma procura de mão-de-obra não qualificada para substituir a autóctone, os decréscimo das taxas de natalidade e o envelhecimento demográfico sugerem o modelo que tornou a Europa do Sul como uma zona atrativa para a imigração. Por sua vez, os países da Europa Oriental, depois da queda do bloco comunista, surgem também como alternativas, em especial locais como Hungria, Roménia ou Bulgária, que nunca antes havia sequer presenciado migrantes chineses (Nyíri, 1999).

Os percursos migratórios dos cidadãos chineses para a Europa, cada vez mais valorizada geopoliticamente, baseiam-se principalmente em redes e estruturas familiares ou informais que medeiam estes processos desde a China até aos países de acolhimento (Thuno, 2007). Estas redes transnacionais – com base em familiares ou amizades – facilitam as migrações dos indivíduos entre os distintos países de acolhimento sempre que surgem novas oportunidades de trabalho, onde os indivíduos já estabelecidos fornecem alojamento, crédito e trabalho aos recém-chegados, reduzindo assim os riscos já inerentes ao processo migratório. A importância da família na sociedade chinesa²³, na imigração e nas atividades económicas que desenvolvem em conjunto, justificam a criação de laços estreitos entre os membros da família extensa, que se distribui por cidades, países e até continentes diferentes (Saíz-López, 2005).

Vários autores – como Li, 1999; Pieke, 1999; Thuno, 1999 – consideram que em determinados locais da China se gerou um *habitus* de emigração – no sentido bourdiano – conduzindo a uma cultura de emigração devido ao contacto com o capitalismo ocidental e às oportunidades cada vez mais disponíveis para deixar o país. Províncias costeiras

²³ Neste aspeto os trabalhos de James L. Watson (1975, 1982) e de Rubie Watson (1985, 1986) são fundamentais, explorando as dimensões familiares para além da importância do sistema patrilinear conhecido. A última autora debruça-se sobre o papel das mulheres numa sociedade fortemente masculinizada, dando como exemplo a importância do nome: um homem vai ganhando “nome” consoante a sua ascensão social, contrariando precisamente o trajeto feminino - que perde relevância através dos anos, desde o casamento até à idade sénior, ficando conhecida apenas como “old woman” (p. 619).

como Guangdong, Zhejiang e Fujian são, desde séculos, locais de emigração, constituindo um “ritual de passagem” para os homens (e cada vez mais para as mulheres) passar algum tempo fora do país. Segundo Li (1999) e Rodrigues (2012) os indivíduos mais jovens estão sob forte pressão social para enriquecer, sendo que a migração é vista como uma prova de coragem, de sucesso e de mérito pessoal.

IV.2. O caso de Portugal

Em Portugal, a migração chinesa reproduz-se pelos mesmos moldes da ocorrida na Europa, sabendo-se que muitos dos migrantes que chegam ao país já possuem um historial de emigração: são procedentes da Alemanha, França, Holanda e sobretudo de Espanha, o que consolida a teoria da expansão da rede migratória e a procura de novos mercados – a nível de restauração, lojas, empresas de importação e exportação (Oliveira, 2000; Rodrigues, 2008).

A presença de chineses em Portugal é um processo contínuo, arrastado no tempo e sem muita informação registada. No entanto, sabe-se pelo Arquivo Civil do Porto que a primeira comunidade chinesa se instalou naquela área na 2ª metade do séc. XX. (Oliveira, 2000). A grande novidade, porém, advém entre os anos 20 e 30 do séc. XX, em que grupos de chineses se movimentam pelas ruas das grandes metrópoles – Lisboa principalmente – vendendo gravatas de seda de forma ambulante, servindo de base para a formação de uma estratégia empresarial rudimentar: comprando seda em armazéns de revenda, o próprio vendedor muitas vezes a desenhava e utilizava o seu pescoço como “mostrador”, onde os preços de venda eram incomparáveis e os lucros se somavam, surgindo aí os primeiros comércios a retalho e os armazéns. Deste modo, comércio pode ser encarado como o “motor de expansão” (Matias, 2010) da presença da comunidade chinesa em Portugal, levando a sua expansão à chegada de vagas familiares e conterrâneas, no início dos anos 60, que ajudaram a aumentar o negócio, ampliando os rendimentos e dando possibilidades de aquisição de outros tipos de bens (casas, automóveis, etc.).

Estas comunidades foram-se multiplicando: a par dos filhos nascidos em território nacional somavam-se os familiares e amigos provenientes quer da China quer de outros locais para ajudar aos negócios (Matias, 2010). Entretanto, nos anos 50 e com uma Europa saída de uma pesada Guerra, a venda de gravatas dão lugar à de bijuteria – artigos vindos

da Alemanha, Áustria ou de Leste – comercializados a partir dos armazéns existentes no Porto. A era dos restaurantes surge também nesta fase: o mais antigo documentado é inaugurado em Lisboa, na Rua Barata Salgueiro em 1957, fruto de uma sociedade de cinco chineses provenientes da província de Zhejiang e muito frequentado por artistas de teatro (Oliveira, 2000). No entanto, na década de 70 os pioneiros chineses foram-se reformando ou morrendo e, como os familiares não deram continuidade aos negócios, várias foram as casas comerciais fechadas.

Coincidindo com o período da descolonização, anos de 1975-76, ingressam em Portugal uma série de indivíduos, etnicamente chineses, oriundos das ex-colónias, mais propriamente de Moçambique. Como anteriormente referido, muitos chineses emigraram para a África Oriental devido às condições existentes na terra natal: alta taxa demográfica, más condições sócio-económicas e que se aliaram à baixa densidade populacional existente em Moçambique e à existência de contratos comerciais entre estes dois continentes desde o século XIX.

Segundo Oliveira (2000), nos anos 60 estima-se que o número de chineses em Moçambique rondava os cerca de 2000 indivíduos, instalados em zonas citadinas, principalmente em Lourenço Marques e Beira, parecendo coerente considerar que a comunidade presente em Moçambique esteve bastante bem integrada na sua sociedade de acolhimento, inserida numa série de ramos comerciais, agrícolas, administrativos, bancários, industriais ou contabilistas. Documenta-se, de igual forma (Matias, 2010) que esta comunidade revelava um contacto mais ténue com a sua cultura e tradição de origem – mantidos essencialmente pela decoração das casas e da comida – onde muitos jovens, pouco incentivados à religião chinesa se converteram ao cristianismo. Aquando o processo de descolonização e a independência de Moçambique, muitas famílias chinesas optaram por sair do país, escolhendo Portugal ou outro destino para se fixarem.

Como tem vindo a ser descrito, a imigração chinesa para Portugal segue o mesmo tipo de padrão dos fluxos migratórios chineses para o resto da Europa (Rodrigues, 2008), uma vez que, apesar de remontar a finais do séc. XIX e princípios do século XX, é sobretudo a partir do início do século XXI que o seu ritmo acelera, representando a década de 2000 a altura em que os fluxos migratórios chineses se intensificam, devido ao aparecimento de novas leis de regularização dos imigrantes (Lei nº25/94 de 19 de Agosto) e à passagem da soberania de Macau para a China em 1999 (Gaspar, 2015).

Apesar da sua morfologia ser muito distinta da migração efetuada para locais como a América do Norte (Rodrigues, 2008), no caso dos residentes em Lisboa verifica-se uma grande concentração quer residencial quer laboral na zona do Martim Moniz e na Avenida Almirante Reis (Mapril, 2001; Rodrigues, 2008), mas que não toma a identificação de *chinatown*, salienta-se. Mesmo assim, esta zona histórica da cidade de Lisboa, é caracterizada pela sua grande variedade de espaços comerciais detidos pelos imigrantes chineses- como lojas, supermercados ou restaurantes- que aliam na mesma zona a sua atividade laboral e residência.

IV.2.1. Podemos falar numa só comunidade?

Os autores cujas investigações se debruçam sobre a comunidade chinesa em Portugal são unânimes no que concerne a esta temática: não podemos falar numa única comunidade, mas sim em várias comunidades. Fonseca e Malheiros (1996) sugerem que existem vários grupos que interagem sobre si, com origens comuns mas com realidades migratórias distintas, não se considerando eles próprios como comunidades únicas, possuindo cada grupo as suas especificidades. São quatro os grupos/comunidades a considerar:

- Os migrantes por motivos económicos, oriundos da província de Zhejiang e da cidade de Wenzhou, que se instalaram nas grandes metrópoles e chegados na década de 80 maioritariamente por via das redes familiares. São na sua maioria empresários, donos de restaurantes e de lojas de venda de retalho, constituindo-se claramente como o grupo mais numeroso, com características muito semelhantes às de outros países europeus e que se encontram principalmente em Lisboa e Porto (Matias, 2010; Oliveira, 2004). A migração numerosa da última década inclui-se neste grupo.
- Os indivíduos originários de Macau, com presença na sociedade portuguesa há décadas, provenientes sobretudo após a entrega da soberania de Macau para a China, em 1999. Os macaences representam um grupo socialmente “invisível”, bem integrados na sociedade portuguesa, estando vários deles naturalizados portugueses ou casados com cidadãos nacionais (Matias, 2010). Um símbolo de identidade deste grupo é a sua natureza híbrida, que resulta de uma valorização e identificação simultânea quer da cultura chinesa quer da cultura portuguesa.

- O grupo procedente de Moçambique, que se instalou em Portugal após a descolonização. A origem dos chineses neste país africano era extremamente diversa, tendo motivado uma integração e uma aculturação mais fácil através da aprendizagem da língua portuguesa, da sua inserção em ramos de atividade e de trabalho não étnicos, da adoção da cultura e da religião católica, e, em alguns casos, através dos casamentos com cidadãos autóctones. Como tal, a comunidade chinesa oriunda de Moçambique encontra-se melhor integrada na sociedade portuguesa devido ao seu grau mais elevado de ocidentalização, o que o distingue das outras comunidades geralmente mais fechadas e coesas (Matias, 2010).
- Devido à consolidação das relações institucionais entre universidades portuguesas e chinesas, assiste-se a um expressivo aumento de estudantes provenientes da China e Macau. Apesar de temporários, afirma-se que este tipo de imigração pode ser considerado como precursor de fluxos de imigrantes altamente qualificados, que usufruem do conhecimento e competências adquiridas para posteriormente se inserirem num mercado de trabalho e na sociedade do país de acolhimento (Oliveira, 2000).

Um último grupo de cidadão chineses que nos anos mais recentes tem vindo a adquirir visibilidade são os imigrantes qualificados (Gaspar, 2015) constituídos por quadros técnicos e intelectuais que beneficiam das oportunidades de trabalho que surgem em consequência do investimento chinês em sectores como o do turismo, bancária ou energia. Esta elite financeira e empresarial adquire residência em Portugal através das Autorizações de Residência para a Atividade de Investimento (popularizada por *Vistos Gold*), tratando-se de indivíduos bem diferenciados dos grupos anteriormente referidos, que requerem uma autorização de residência com o intuito de iniciar uma atividade de investimento – compra de imóveis, criação de postos de emprego ou realização de transferência de capitais.

Neves e Rocha-Trindade (2008) dissociam a imigração de empresários chineses em duas fases distintas: o grupo que imigrou nos anos 80, enquadrado na “imigração de necessidade”, motivada pelas dificuldades económicas que viviam na China – e escolhendo Portugal pelos laços familiares que mantinham com indivíduos já radicados em território nacional – e os imigrantes da segunda metade da década de 90, uma “imigração de oportunidade”, aproveitando a integração da economia chinesa no

panorama mundial – onde Portugal é escolhido com base nas oportunidades de negócio, sendo encarado como parte integrante do mercado europeu e não como um país isolado.

Em suma, de acordo com Gaspar (2015), Matias (2010) e Oliveira (2004;2000), pode-se assumir que a comunidade chinesa em Portugal se caracteriza essencialmente pela sua heterogeneidade, pela existência de vários grupos diferentes, com proveniências também elas distintas, com línguas diferentes (mandarim, cantonês e dialetos locais) em diferentes épocas e com perfis sócio económicos e culturais bem demarcados e que os torna únicos quando comparados com o resto da realidade europeia. Do mesmo modo estes grupos vão divergir como consequência das suas características diferenciadoras já enumeradas: quanto à sua identidade cultural e étnica, ao seu grau de integração na sociedade portuguesa e quanto à rede de contactos transnacionais que se estabelecem quer com a China quer com o resto do Mundo (Gaspar, 2015).

No entanto, e apesar de existirem no país os distintos grupos supra-referidos, e à semelhança de outros países europeus (Pina-Guerassimoff, 2006; Sáiz-López, 2005), os indivíduos pouco qualificados e cuja predisposição para a mobilidade migratória é fundamentalmente económica, são o grupo numericamente preponderante no território nacional, sendo uma das suas características mais reconhecidas e estudadas, o empreendedorismo (Batista, 2006; Góis, Marques & Oliveira, 2005; Mapril, 2001; Oliveira, 2005; Rocha-Trindade, Neves & Bongdart, 2006; Teixeira, 1995) e os elevados níveis de solidariedade – onde a intenção de acumular capital económico e social são os agentes motivadores (Rodrigues, 2012).

IV.2.2. Dados Estatísticos da população chinesa migrante em Portugal

Em 2015, segundo dados do SEF, existiam em território nacional 388.72 cidadãos estrangeiros com título de residência válido, dos quais 21.329 se identificam como habitantes chineses.

Desta forma, a comunidade chinesa representa 5% dos estrangeiros residentes em Portugal, estando no 5º lugar dos países com presença de mais imigrantes em Portugal – logo após o Brasil, Cabo-Verde, Ucrânia e Roménia²⁴.

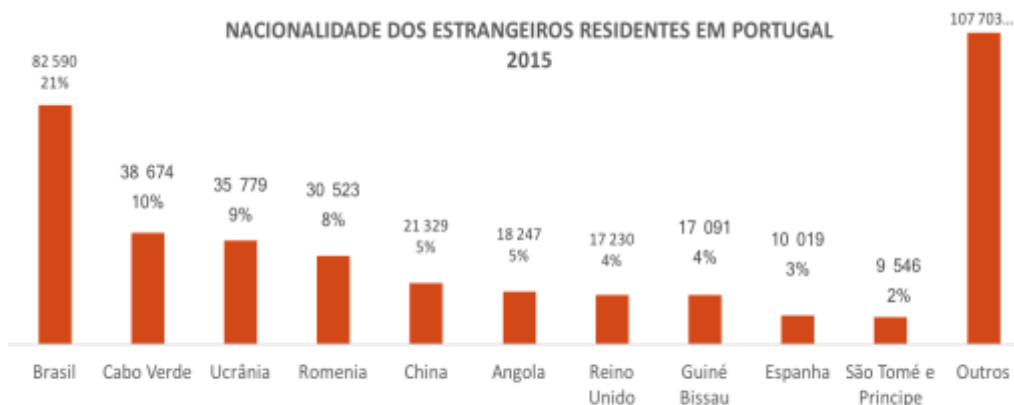


Gráfico 1: Nacionalidades mais representativas em 2015 (fonte Relatórios Estatísticos do SEF).

Do número efetivo (stock) de indivíduos chineses com título de residência válido, 10.850 tratavam-se de homens e 10.489 de mulheres.²⁵

De igual forma a distribuição pelo país segue a lógica já apresentada: maior expressividade em grandes centros urbanos, com Lisboa com 9430 indivíduos, seguindo-se o Porto (2149), Setúbal (1597) e Faro (1597)²⁶.

O número de indivíduos de nacionalidade chinesa tem vindo a aumentar gradualmente todos os anos, desde 1980 (244) até 2014 (21.402 – o seu número máximo), constatando-se que o aumento maior ocorreu a partir do ano 2000 pelas razões já explanadas anteriormente. Ressalva-se que os números retratados são fontes oficiais, mas não será de todo desprezível o número de indivíduos que residem no país sem título válido (Oliveira, 2000), e que permanecem em Portugal trabalhando clandestinamente em sistemas de economia familiar sem serem detetados por sistemas vigilantes.

²⁴ Fonte: Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2015, SEF.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Fonte: Portal de Estatística do SEF.

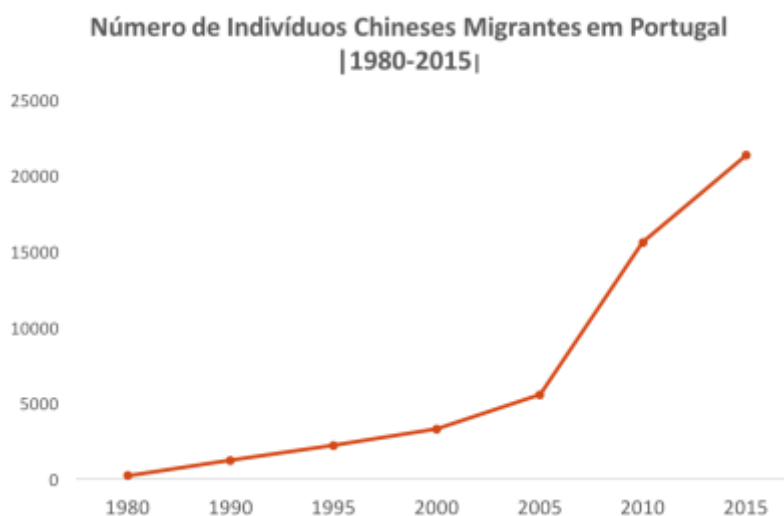


Gráfico 2: Número de Indivíduos Chineses Migrantes em Portugal (Fonte: Portal Estatística SEF – dados trabalhados).

Indicadores sociodemográficos

A análise de alguns dos indicadores sociodemográficos presentes no último recenseamento da população (Censos 2011) revelou que dos 10887 estrangeiros chineses (recenseados) a grande maioria provinha da China (relativamente a 31/12/2009), mas encontraram-se indivíduos que, nesse período, residiam – por ordem de importância- em Espanha, Itália, Alemanha, França, Reino Unido, EUA e Índia.

A nível de distribuição etária, verifica-se que a grande fatia de população chinesa residente se encontra entre os 20 e os 49 anos²⁷, sendo que a média de idades ronda os 30.1 anos. A maior percentagem concentra-se entre os 35 e 39 anos, verificando-se também um acentuado decréscimo da população com mais de 50 anos: a partir desta idade o número de residentes com nacionalidade chinesa cai de forma exponencial, sendo que em idades mais avançadas os números são mínimos.

²⁷ Fonte: XV Recenseamento Geral da População - Censos 2011.

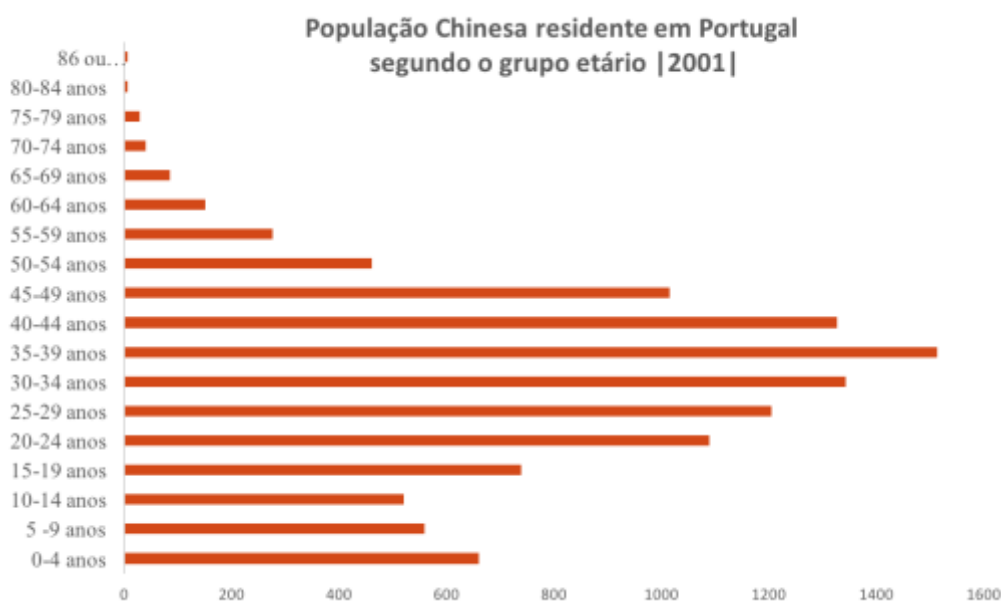


Gráfico 3: População Chinesa Residente em Portugal segundo o grupo etário (fonte Censos 2001 - dados trabalhados).

Os dados apresentados em seguida – considerados interessantes para a investigação em curso e demonstrativos da população em causa - baseiam-se num estudo de 2013, *Diagnóstico da População Imigrante em Portugal*, coordenado por J. Malheiros e que incidiu sobre a população imigrante presente em território nacional. Nesse estudo, de natureza quantitativa, foram aplicados e validados 5.669 questionários a imigrantes com mais de 16 anos, que permitiram caracterizar não apenas os respondentes mas também as suas famílias, num total de 13.520 pessoas. A aplicação efetuou-se em todo o território nacional, tendo sido a população selecionada aleatoriamente – mas estratificada de forma a que as proporções de inquiridos corresponderem às percentagens dos grandes grupos de estrangeiros não comunitários. Desta forma, 257 indivíduos naturais da China – 129 homens e 128 mulheres – foram considerados na total da população abrangida pelo estudo.

Em relação ao estado civil, 65,3% dos naturais da China estavam casados e 25,7% solteiros. De entres as comunidades comparadas (Brasil, América Latina, América do Norte; Subcontinente Indiano; Europa de Leste; PALOP; Outros África), são os que maior percentagem de indivíduos casados representa (Malheiros, 2013). O número de separados/divorciados é muito baixo, não ultrapassando os 0,8%.

Trata-se de uma população muito equilibrada no que concerne ao número de homens e mulheres, não se verificando uma relação de masculinidade muito marcada.

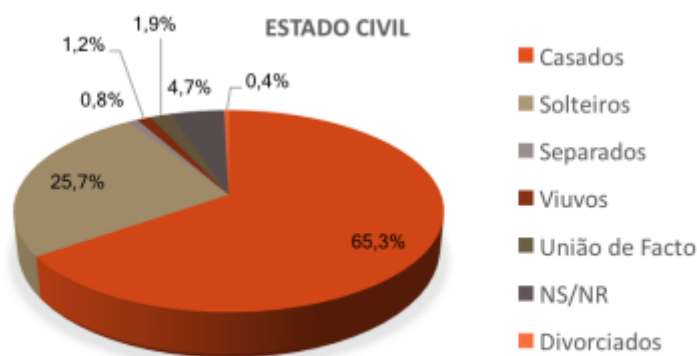


Gráfico 4: Estado Civil (Fonte: Diagnóstico da População Imigrante em Portugal – Malheiros (coord.) (2013) - dados trabalhados).

Ainda em relação ao número de indivíduos constituintes de uma família, percebe-se que a maior parte das famílias se constitui entre três e cinco indivíduos. Em relação à co-habitação com outros membros que não família, 53,8% asseguravam que viviam com outros elementos que não os do agregado familiar e 46,2% que não viviam com elementos para além dos familiares (Malheiros, 2013).

O índice sintético de fecundidade das mulheres chinesas residentes em território nacional, em 2001 era o mais elevado do país, com 5.61, contrastando fortemente com o 1.42 das portuguesas em igual período -de salientar que no país de origem, o índice sintético de fecundidade das mulheres chinesas cai drasticamente para 1.8 (Rosa, Seabra & Santos, 2003).

Em termos de escolaridade (Malheiros, 2013), 50% revela possuir o ensino básico (1o, 2o e 3o ciclos) e 28,9% o ensino secundário. Nos extremos encontram-se os iletrados (2,1%) e os licenciados e mestrados/doutorados (com 7% e 0,8%, respetivamente).

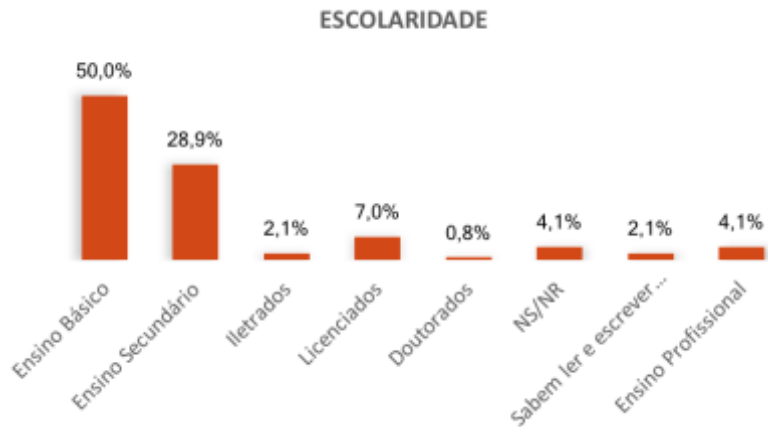


Gráfico 5: Escolaridade (Fonte: Diagnóstico da População Imigrante em Portugal – Malheiros (coord.) (2013) - dados trabalhados).

Em termos de principal meio de subsistência, 74,7% referem o trabalho, constituindo-se como a comunidade com maior percentagem de trabalho efetivo²⁸, sendo os restantes 19,8% assegurando estar a cargo da família. A percentagem de indivíduos que usufruem de apoio social ou subsídio de desemprego é praticamente nula (Malheiros, 2013).

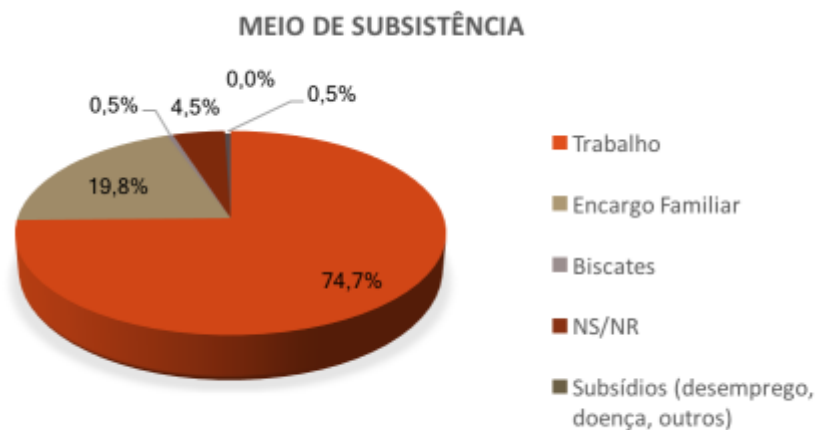


Gráfico 6: Meio de subsistência (Fonte: Diagnóstico da População Imigrante em Portugal – Malheiros (coord.) (2013) - dados trabalhados).

²⁸ Quando comparada com as restantes comunidades evidenciadas no estudo (Brasil, Países da América Latina e Caraíbas, América do Norte, Sub-Cont Indiano, Outros Ásia e Oceânia, Países EU, PALOP, Europa Leste; Outros África).

Em termos de profissões executadas, concentram-se em dois grandes grupos: 33,3% assumem-se como “quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas” e 57,9% como “pessoal de serviços e vendedores”. Restantes valores, que não ultrapassam os 2%, são especialistas em “profissões intelectuais e científicas” e “pessoal administrativo e superior”. “Profissionais de agricultura, pesca”, “operários de instalação de máquinas e trabalhadores de montagem” apresentam valores de 0,0%.



Gráfico 7: Profissão (Fonte: Diagnóstico da População Imigrante em Portugal – Malheiros (coord.) (2013) - dados trabalhados).

Em relação à situação na profissão, 24,1% é trabalhador por conta de outrem, 36,9% é trabalhador por conta própria sem empregado e 35,8% é trabalhador por conta própria, mas com empregados a cargo. Só 3,2% se considera trabalhador familiar não remunerado. Os cidadãos oriundos da China são aqueles que apresentam taxas superiores de trabalhadores por conta própria: esta característica em torno das atividades comerciais tem sido amplamente estudada (Oliveira, 2005 e 2008; Neves e Rocha-Trindade, 2008), na qual os diferentes autores acentuam que tal característica pode ser parcialmente explicada pelas teorias que alegam que os grupos em que os membros não são fluentes na língua do país de receção têm maiores possibilidades de empreendedorismo, uma vez que a base de comunicação é mais fácil com co-étnicos. (Evans, 1989 *in* Malheiros, 2013). Observa-se, de igual forma, uma dicotomia entre patrão e empregado do mesmo grupo étnico, fazendo supor a existência de uma “economia étnica” ou de “economia migrante”

(como proposto por Jan Rath).

Em termos de processos migratórios, o motivo pelo qual deixou o país de origem, 70,5% dos respondentes revelam uma motivação económica/emprego, 18,8% a reunião familiar, 3,6% acompanhar os pais e 2,7% estudar. Motivações que se prendam por questões de saúde ou políticas não encontram expressão. Em continuum, revela-se que a principal razão (42,9%) de escolha de migração ter recaído para Portugal, se deve a ter tido conhecimento de oportunidades de emprego país, sendo que as outras razões são o reagrupamento familiar (24,1%) e a facilidade de entrada (22,3%). Razões de proximidade cultural e conhecimento da língua revelam valores muito baixos (nunca ultrapassando os 0,9%) e motivações políticas ou inerentes à saúde correspondem novamente a 0,0% (Malheiros, 2013).



Gráfico 8: Motivos para Migração.

(Fonte: Diagnóstico da População Imigrante em Portugal)

– Malheiros (coord.) (2013)
- dados trabalhados).



Gráfico 9: Motivos para Migração para Portugal.

(Fonte: Diagnóstico da População Imigrante em Portugal)

– Malheiros (coord.) (2013)
- dados trabalhados).

A forma de imigração para chegar a Portugal divide-se, maioritariamente, entre duas formas: sozinho e utilizando meios próprios ou familiares (42,9%) ou com a família, usando meios próprios ou familiares (40,2%). Esta última referência à viagem em família é muito particular da comunidade chinesa, que contrasta fortemente com as imigrações de países como PALOP, Europa de Leste, Subcontinente Indiano, etc., onde o existem um número elevado de migrações em grupo e não familiar.

Em termos de ajudas monetárias, 85,7% revelaram que não pagaram “ajuda” para a vinda para Portugal, e 13,4% assumiram que sim. Deste modo a China localiza-se em quarto lugar (entre 11 possíveis) na escala das “ajudas”, imediatamente atrás da Europa de Leste, Subcontinente Indiano, e outros países de Ásia e Oceânia (Malheiros, 2013).

Malheiros e colegas (2013), revelam que a maioria dos imigrantes de origem chinesa (45,2%) não tencionam obter a nacionalidade portuguesa, sendo que só 28,8% o afirmam e o restante (quase o mesmo número) ainda não sabe. De facto, é a comunidade apresenta o número mais baixo de intencionalidade, como reitera os números de pareceres de nacionalidade emitidos pelo SEF em 2008. De igual modo em relação à frequência de cursos de língua portuguesa destinados a estrangeiros, 67,3% (a percentagem mais elevada dos analisados) revelou que nunca frequentou por não ter tido oportunidade e apenas 1,0% (a percentagem mais baixa dos analisados) frequenta atualmente. Os que frequentaram e concluíram são 13,5%, com baixas taxas de desistência a meio do curso.

IV.3. Práticas identitárias

Outro aspeto que podemos analisar são as práticas identitárias postas em ação mais frequentemente, que incluem a comida e a compra de produtos típicos do país de origem; ouvir música e assistir a canais televisivos e a leitura de jornais e revistas do país de origem. Assim, nestes aspetos mencionados, a comunidade chinesa, quando comparada com as restantes, apresenta sempre uma grande adesão às práticas identitárias diárias. De igual forma, no que concerne às práticas do país de receção (como a leitura de jornais/revistas portuguesas, assistir programas portugueses; ouvir música portuguesa, etc.) são os que assumem que raramente/quase nunca o fazem.

Não se pode deixar de realçar no que o que toca a atividades lúdicas, seja bailes de associações, atividades culturais (filmes, música, concertos, etc.), atividades desportivas ou religiosas, mesmo organizadas pelos promotores do país de origem, a

comunidade chinesa é a que apresenta sempre uma das menores adesões.

Assim, no que concerne à rede de amizade, a *comunidade* chinesa revela a interação fundamentalmente entre o grupo étnico e apenas com a comunidade exterior por questões laborais. Por fim, e para terminar a caracterização da população chinesa em Portugal, em termos de discriminação sentida, 51% identifica que existe discriminação e 49% assume que não. No entanto, em termos de experiência real de discriminações só 25,5% assume terem tido uma experiência nesse sentido, sendo que os restantes 74,5% nunca tiveram uma experiência discriminatória (Malheiros, 2013).

As investigações desenvolvidas até ao momento referem que este grupo de imigrantes vive num ambiente social e familiar endogâmico, dentro de relações sociais co-étnicas e que reforçam a existência da mesma identidade e a manutenção de uma língua comum (Góis, Marques & Oliveira., 2005). A inserção no mercado de trabalho dos imigrantes chineses é facilitada pelas oportunidades laborais concedidas por outros conterrâneos (Costa, 2002; Góis, Marques & Oliveira, 2005; Mapril, 2001; Neves e Rocha-Trindade, 2008; Teixeira, 1999, 1998) e por uma estrutura familiar caracterizada pelo “familismo empresarial” (Teixeira, 1999; Wong, 1989), conduzindo assim a que integração económica e legal seja fomentada pelos recursos étnicos e familiares (Oliveira, 2004, 2005).

Pode-se considerar, porém, que a maior visibilidade da *comunidade* chinesa perante o grupo envolvente será nas celebrações de Ano Novo Chinês Lunar, que ocorrem em forma de festividade abertas a todos, realizadas num espaço público na zona do Martim Moniz/Intendente²⁹. Organizadas pela Câmara Municipal de Lisboa e pela Associação de Comerciantes e Industriais Luso-Chineses, com o apoio da Embaixada da República Popular da China e da Junta de Freguesia de São Jorge de Arroios, comportam desfiles – na Avenida Almirante Reis e na Rua da Palma, desde a Igreja dos Anjos até à Praça de Martim Moniz – a tradicional dança do Dragão e a dança do Leão, acrobacias e *workshops*, promovendo a visibilidade dos migrantes chineses em Portugal, algumas das suas atividades e a interação destes com a população geral.

²⁹ Informação disponível em <http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/ano-novo-chines-no-martim-moniz>

V. Trânsitos Terapêuticos: uma História de Vida

O uso da história de vida de um indivíduo como base etnográfica é bastante comum nas Ciências Sociais – em especial na Antropologia – cuja beleza encerra muitas vezes o facto de se dar voz a quem de outro modo nunca teria a sua história contada. Há uma série de textos clássicos de Antropologia que encerram precisamente este tipo de atividade - o colocar um indivíduo a contar a sua história- que, usada em conjunto com as observações e ilações do etnógrafo, se torna numa narrativa fértil.

Nisa: The life and words of a !Kung woman de M. Shostak (1981) constitui um desses exemplos, onde a autora expõe as conversas que teve com uma mulher da tribo !Kung, caçadores-recolectores africanos, e que lhe chamou a atenção por precisamente usar uma narrativa vívida dos factos passados da sua vida. Ao longo dos capítulos da sua obra, Shostak transcreve excertos das suas conversas com Nisa, sobre assuntos tão diversos como a sua infância, os casamentos, a vida comunitária ou as crenças religiosas. Na introdução do livro adverte que esperava encontrar resposta a duas questões: “como é ser mulher numa sociedade tão diferente da minha? Se há respostas universais, até que ponto sou capaz de as identificar?” (p. 8), onde a sua obra, através das palavras de Nisa, afigurar-se como resposta.

Outras duas obras de importância significativa, *Tuhami: portrait of a Moroccan* de V. Crapanzano (1985) e *Worker in the Cane: a Puerto Rican Life History* de S. Mintz (1960), explanam ambas a vida de um indivíduo numa perspectiva antropológica. No primeiro caso, Crapanzano observa os contos de luta contra entidades demoníacas que Tuhami - um marroquino que acredita estar casado com um demónio – lhe conta, observando-os numa perspectiva de “interpretação dos seus elementos simbólicos” (p. 75), enquanto que Mintz, ordena as diferentes conversas que teve durante anos com Anastasio “Taso” Zayas - um porto riquenho de cinquenta anos que trabalha desde a infância no cultivo das canas de açúcar- apresentando-as em capítulos que seguem uma cronologia da sua vida real. A maioria da sua narrativa constitui-se pelas palavras de Taso, desde o seu trabalho, vida familiar, a doença e posterior conversão religiosa, tendo-se convertido num profundo documento social, no qual é possível analisar a história social de Puerto Rico através da história de vida de Taso.

Mais recentemente, *George Woke Up Laughing* (2001), relata as realidades, dilemas e dificuldades que passam muitos migrantes do Haiti nos Estados Unidos. A sua personagem principal, George Eugene Fournon, assume-se como co-autor, juntamente com N. Glick Schiller que resgata, também, o seu passado familiar de migração desde a Polónia e a Rússia, numa obra que combina história, autobiografia e etnografia.

Servindo estes autores como inspiração, segue-se a apresentação da história de vida que serviu por base deste trabalho, sendo narrada numa lógica temporal – começando pela vida na China, a infância e a mudança para Portugal, passando por assuntos de dinâmicas familiares, as questões relativas a processos de saúde e de doença e terminando com algumas ideias de futuro.

V.1. A História de Vida de Mei H.

Mei H. nasceu a 16 de setembro de 1989 na China, na Província de Zhejiang, na cidade de Wenzhou, como a segunda filha de Chang H. e Lu Li. A sua irmã mais velha, Chun, tinha nascido dois anos antes, sendo que a chegada de um novo elemento à família decorreu de forma não planeada - a política de filho único estava instituída³⁰ no país e os pais de Mei receberam a aplicação de sanções:

"Não podiam ter mais filhos. Eu apareci, mas correu tudo bem. Não pagaram muita nem nada. Mas tudo era caro, o meu pai precisou de emprego melhor, mas não havia emprego melhor na China".

O pai, Chang H., com cerca de 30 na altura, decidiu que seria a altura de sair do país, seguindo o percurso da sua irmã mais velha, Mingze H., que tinha deixado o país há alguns anos atrás – década de 90 – para se juntar ao marido que estava na Europa. Mingze e o marido, Xian, geriam na época um restaurante de comida chinesa no sul de Espanha, abrindo posteriormente mais dois na mesma cidade. O irmão de Mingze irá ajudá-los durante o início da sua estadia na Europa, como antes os irmãos já tinham feito.

³⁰ Política imposta pelo governo chinês no final da década de 70, visando combater o crescimento populacional excessivo, sendo abolida em outubro de 2015.

Lu Li, a mãe de Mei, junta-se ao marido passado dois anos deste sair da China, deixando as duas filhas entregues aos cuidados familiares – Mei tinha 4 anos e Chun 6 anos. É desde essa altura que Mei e a irmã vivem sem os pais presentes, habitando inicialmente com a avó materna – que lhe deu o nome de Mei e posteriormente com a avó paterna. Os avós, quer do lado materno quer do lado paterno já tinham falecido, e Mei viveu na companhia da irmã e das avós, e, ocasionalmente com algumas primas que passavam temporadas na China.

"Eu gostava muito da minha avó. Foi ela que me chamou de Mei porque via na televisão uma Mei, que era muito feliz. Ela queria que eu também fosse assim".

A família de Mei é composta por vários tios e primos, uma vez que a mãe tem uma irmã e um irmão, e o pai duas irmãs e um irmão. Do lado materno, os tios permaneceram em Zhejiang, são ambos casados e com um filho cada um, sendo que a tia trabalha num cabeleireiro e o tio já está reformado – era proprietário de uma loja de animais. Do lado paterno assiste-se a uma situação oposta, uma vez que todos os irmãos do pai passaram por experiências migratórias para a Europa semelhantes a Chang, têm mais filhos – cada irmã com duas filhas e o irmão com três filhos, todos nascidos na Europa, com exceção do mais velho. São também eles proprietários de mais do que uma empresa, que varia entre restauração, import/export de material de bijutaria e lojas de variedades, mas, no entanto, encontram-se já todos reformados, ajudando apenas os filhos na continuação dos negócios familiares e oscilando a permanência entre a Europa (França, Espanha e Portugal, onde têm negócios) e Zhejiang.

A vida na China e a mudança para Portugal

Mei e Chun, após a mudança dos pais para a Europa, viveram primeiramente com a avó materna e depois com a avó paterna, onde a mudança se deveu à obrigação escolar:

"A cidade de Wenzhou é muito grande, tem muita gente e muitos carros, demora-se muito tempo para se ir de um sítio para outro... e a casa da avó era muito mais próxima da escola."

“Gostava mais da avó |materna|, a casa era mais bonita (...) na casa da outra avó |paterna| tinha sempre mais gente, muitas primas que vinham de férias à China, às vezes era muita confusão e eu só queria que elas fossem embora!”

E, em relação às primas (filhas dos irmãos do pai, que viviam na Europa – Mei não consegue localizar o país onde estavam na época):

“As minhas primas vinham muitas vezes, umas três ou quatro vezes por ano, passear e fazer compras (...) íamos às ruas das compras e também ver filmes.”
“Eram mais velhas do que eu, uma não muito (...) agora somos muito amigas. Gostavam de mim e compravam-me bastantes coisas, roupa, sei lá, coisas de raparigas (risos)”.

O percurso escolar na China foi feito com normalidade, onde as duas irmãs, sempre com aproveitamento escolar regular, seguiam as rotinas diárias de todas as crianças chinesas: para além dos estudos ocupavam-se de tarefas domésticas, com tempos livres para brincar e alguns passeios – ocasionais, devido à idade avançada das avós.

“Era normal. Ia à escola, brincava com a minha irmã e com as minhas primas. Não saí nunca de Wenzhou, a cidade é grande. Muito barulho, muito fumo no ar. Gostava de escola, mas tinha tantos trabalhos de casa! A avó cozinhava muito bem, a Chun aprendeu melhor do que eu a cozinhar. Eu tinha de lavar as coisas (...) não gostava nada.”

Em 1997, Mei tem um segundo irmão, Jin - que nasceu no sul de Espanha, onde os pais residiam (Mei não consegue relacionar qual a cidade). No entanto, no ano 2001 a família nuclear – pais e irmão – mudam-se para Lisboa e, passados dois anos, Mei, com 14 anos, e Chun, com 16 anos, deixam a China e rumam à Europa – a Lisboa - para se reunirem com os pais.

Esse ponto de inflexão não constitui surpresa para Mei, uma vez que nas visitas dos pais à China – nunca visitas de Mei ao novo país de acolhimento– a ideia de um dia

se reunirem com os pais e começarem um negócio era algo presente e aceite sem contestação³¹.

*"Era normal. As minhas primas também vieram antes. Tinha amigos que também vinham para a Europa. Eu sabia que também vinha, os pais só estavam há espera que eu acabasse a escola."*³²

"Sim, não me importava nada de vir. Que ia fazer em Wenzhou? Não há nada lá para fazer (...) não se ganha bem."

"A irmã da minha mãe não saiu |da China| e continua a trabalhar muito e nunca tem dinheiro para nada. Por isso também nunca a via (...) só quando os meus pais me iam visitar à China e ela vinha para estar com a minha mãe".

A tia de Mei, Mingze H., decidiu acompanhar o irmão para Lisboa, deixando Espanha, a fim de ajudar na educação das sobrinhas que vinham da China. Com ela vieram as filhas, já casadas, para abrirem outro negócio em Portugal. O marido de Mingze reformou-se e, prática corrente, decidiu voltar para a China.

O motivo de mudança de Espanha para Portugal não parece suscitar interesse a Mei. Na sua ótica o sul da Europa é todo ele um *continuum* com formas de estar semelhantes, tem a perceção, porém, que no Norte da Europa as coisas são diferentes – em especial o clima – e que no Sul poderá ter mais oportunidades de negócios. A sua noção de realidade europeia fica-se por aqui, uma vez que o seu círculo de relacionamentos está centrado neste momento em Portugal.

³¹ A este propósito Stafford (2000a) sugere que as comunidades separadas são cada vez mais centrais na identidade cultural chinesa. Pensar a sociedade e a cultura chinesa através dos “filtros de separação” (p.27) pode dar outras luzes sobre aspetos já tao debatidos, como o género, religião, historia, politica ou parentesco. Os idiomas que alternam separação e reunião influenciam não apenas as ligações pais-filhos, sentimentos familiares mas também solidariedades coletivas e mesmo narrativas de unidade da nação. No entanto, o autor afirma que esta não é uma característica exclusivamente chinesa – encontram-se muitos exemplos em narrativas não-chinesas sobre os sentimentos de separação. O sentimento de separação é, aos olhos de Stafford (2000a), universal: as emoções de separação pessoal não são mais intensas na China do que noutra sitio qualquer, no entanto, os rituais e as narrativas de separação e de reunião são “invulgarmente elaboradas, invulgarmente explicitas e invulgarmente literais” (p.177).

³² Na RPC a escolaridade mínima obrigatória é de 9 anos.

"Está cá a família toda. Pais, irmãos, tios, primos. Na China só alguns tios e primos. Alguns primos de primos estão na Europa também, em Espanha e em França. Mas os que eu mais gosto estão em Lisboa."

Quando abordada sobre a importância do relacionamento familiar, Mei assume que a família é o centro da sua ação, mas que o tempo que passou à distância afetou de forma profunda o seu relacionamento com a mãe.

"Gosto dela, mas não tenho tanto amor por ela. Acho normal, não a via muito. Ela ia de férias 2/3 vezes por ano à China, ficava uns tempos. Mas não é a mesma coisa. Não falamos muito, falamos de trabalho, não é muito carinhosa. Gosto mais da tia Mingze, traz-me doces que eu gosto, fala comigo, pergunta se estou bem. A minha mãe é só trabalho, trabalho, trabalho!"

Uma vez em Lisboa, Mei e Chun prosseguiram os estudos obrigatórios para Portugal, numa escola pública em Lisboa, onde Chun fez o ensino básico até ao 9º ano de escolaridade, enquanto Mei fez o 7º ano:

"Não tinha cabeça para estudar. Nunca gostei muito de estudar. Não era difícil mas não me apetecia aprender tantas coisas que não ia nunca precisar. Tinha alguns amigos, alguns colegas de escola. Eram simpáticos, metiam-se comigo por ser chinesa mas não eram maus, eram só curiosos. Havia alguns chineses na escola, não muitos, falava mais com eles. Depois da escola ajudava os meus pais no restaurante, servia às mesas, fazia as contas..."

Foi, aliás, a falta de ambição académica futura que ditou o fim precoce do percurso escolar de Mei: o seu objetivo era ter um negócio próprio e não prosseguir estudos universitários. Deste modo iniciou a sua vida profissional a ajudar nos negócios dos pais, na restauração, adquirindo mais experiência com o tempo e quando fez 22 anos passou a gerir uma loja *import-export* de material de bijutaria localizada no Martim Moniz. Com a mudança de localização – o restaurante gerido pelo pai fica em Queluz – Mei prefere mudar-se sozinha para a zona do Martim Moniz, para ficar mais próxima do negócio.

"A minha prima já tinha uma loja de bijuteria, aprendi com ela. Ela disse-me onde comprar as coisas na China, como vender. Tenho muito trabalho, muita gente compra essas coisas para fazer. A minha loja é muito desorganizada, mas não consigo arrumar tudo..."

É o negócio que ocupa e preenche quase toda a vida de Mei. Trabalha de segunda a sábado, entre as 10h e as 20h/21h, reservando o domingo para fazer as coisas que mais gosta. Na sua perspectiva o facto de não trabalhar ao domingo funciona como uma "rebeldia" para a sua família: a mãe e o pai trabalham todos os dias. O pai trabalha diariamente no restaurante – que tem grande afluência na zona (trata-se de uma buffet com comida chinesa, japonesa e portuguesa, com karaoke e especializado em grandes festas) - enquanto que a mãe transita entre o restaurante e a loja de Mei, auxiliando no que for possível.

"Eu sei que eles não percebem porque não trabalho ao domingo, mas preciso de descansar e sair da loja. Também ao domingo ninguém compra muitas coisas, por isso prefiro estar em casa".

A família nuclear e as relações de amizade de Mei

Chun, a irmã de Mei, casou com um amigo de infância de Zhejiang e tem dois filhos, Bianca, com quatro anos e, Mike, um menino de um ano. Após o casamento de Chun, em 2009, o pai propôs que a filha, à semelhança de Mei, pudesse gerir o seu próprio negócio.

Uma vez que vários clientes do restaurante lhe tinham falado nos Açores, Chang H. realizou uma visita de prospeção por algumas ilhas para decidir onde montar o negócio: em 2010 Chun e o marido Yan, abrem uma loja de variedades (vulgarmente apelidadas de loja "dos chineses") na ilha de São Miguel.

Apesar da distância geográfica Mei e Chun mantém uma relação muito próxima, além de falarem semanalmente ao telefone, Mei visita o Faial com regularidade, duas a três vezes por ano, com o intuito de ajudar a irmã com os sobrinhos ou levar mercadoria para a loja, que compra na China.

A relação de Mei com o irmão Jin é já bastante diferente: a sua reunião deu-se quando Mei tinha 14 anos e o irmão 7 anos e esta diferença de idade e de trajetórias provoca um afastamento bastante marcado. Jin frequenta o ensino superior – Faculdade de Engenharia da Universidade de Lisboa (Mei não sabe qual o curso que Jin está, apenas que tem “computadores”) – não ajuda Mei no comércio e vive com os pais. Deste modo, os encontros com o irmão são mais esporádicos e resumem-se a festas familiares.

"Ele é muito diferente. É rapaz, tem as coisas dele. Temos uma diferença de idades muito grande, ele é muito novo. E não conheceu a China como eu, nasceu aqui...só nos vemos quando vou a casa dos meus pais, e nem sempre, ele lá tem a vida dele. Deve estar com a namorada [risos]".

A namorada de Jin é portuguesa, Mei pressupõe que se tenham conhecido na universidade. Sobre o facto de não ser chinesa Mei não vê problema, afirmando que a família também não, uma vez que, aliás, uma das primas de Mei mais próxima também se casou com um português. O círculo de amigos do irmão também difere muito dos de Mei: são predominantemente portugueses e colegas da universidade. Os amigos de Mei são praticamente mulheres ainda jovens e que têm algum tipo de comércio na zona do Martim Moniz. As suas amigas mais próximas são Xiaoli e Yen, ambas da mesma idade de Mei, trabalhando em lojas da família na mesma zona de Lisboa. No entanto ambas são casadas e com filhos pequenos, ao contrário de Mei que não tem um relacionamento – e que provoca lhe bastante insegurança, mas mais expressa verbalmente pela tia Míngze.

“Está sempre a tentar arranjar-me namorado.”

“Quando vou à China e ela vem comigo vamos só a casa das amigas dela que têm filhos solteiros (risos)”

Mei, que gosta muito de crianças, procura ajudar as amigas sempre que possível, muitas vezes tomando conta dos filhos destas quando estas não podem. É também nos seus tempos livres que procura ter algum tempo para si e realizar algumas atividades que lhe confere prazer: ver televisão, estar por casa, fazer compras ou, quando o tempo o permite, ir à praia.

"Preciso de descansar muito. O trabalho na loja é muito, tenho muitos clientes, estou lá sempre. Almoço lá, janto lá... a minha tia leva-me comida do restaurante do meu pai muitas vezes, ela sabe o que eu gosto. Ao domingo fecho a loja, a minha mãe não gosta nada! Mas com ela é só trabalho, trabalho, trabalho! Não faz mais nada, não sai com amigas, só vê televisão à noite e adormece [risos]... eu gosto de ver televisão ao domingo".

Mei não é adapta de leitura ou cinema, os canais de televisão que vê são os chineses e em relação à música é a mesma situação. Não pratica desporto, participa em algum culto religioso ou pertence a alguma associação.

"Gosto muito de roupa, compro muita para mim quando vou à China (...) compro também para a família que está lá, as amigas ou as primas."

Quando questionada sobre que membro da família passa mais tempo por escolha é, a par da irmã Chun, a tia Mingze. A tia, cujo marido reformado está na China, tem duas filhas que estão a viver em Lisboa, sendo que cada uma das filhas também têm filhos: a mais velha tem três filhas e um filho, a seguinte tem uma filha.

Parte do tempo de Mingze é destinado a tratar dos netos, no entanto, ajuda Mei quase diariamente na sua loja, muitas vezes levando refeições desde o restaurante do seu irmão Chang até ao Martim Moniz para que a sobrinha possa comer o que mais gosta.

Com a mãe, Lu Li, a relação é menos calorosa – pelo motivo anteriormente referido. O seu tratamento é mais cordial e respeitoso, como convém a uma pessoa mais velha, mas também menos afetuoso quando comparado com a maneira como falada da tia Mingze. A sua relação de proximidade também se estende às filhas da tia, suas primas, e aos filhos destas. É, aliás, à tia Mingze que Mei recorre sempre que tem algum problema.

Questões de saúde e de doença

Determinada vez questionei Mei sobre o que era, para ela, a saúde. A pergunta apanhou-a de surpresa, não creio que alguma vez alguém lhe tenha perguntado isso.

"Saúde é não estar doente."

A sua visão de saúde cai num campo hermético que se define pela ausência de doença, não avançando mais para outras explicações, nem ao longo das outras conversas onde esperava que pudesse elaborar mais a resposta. De novo questionada sobre problemas de saúde, num plano hipotético ou relacionado com o passado Mei é muito perentória: não compreende o Serviço Nacional de Saúde de Portugal. A divisão entre cuidados de saúde primários – centros de saúde – e hospitais não segue a sua lógica interna. Assim, quando está doente a sua primeira abordagem para procurar uma resolução centra-se na farmácia da zona.

“Se doí a barriga procuro remédio para barriga, se doí a cabeça procuro remédio para cabeça, vou à farmácia e a doutora de lá ajuda-me, até já me conhece.”

“Na farmácia é mais rápido, trago logo tudo para casa”

Quando a situação se intensifica o plano seguinte passa por uma consulta de urgência, num hospital público – nomeadamente o Hospital São José, devido à proximidade geográfica.

“Já fui [ao Hospital São José] algumas vezes, às urgências. Tinha dor de barriga que não passada. Outra vez tinha gripe. Mas demora tanto tempo a ser atendida! Às vezes a tarde toda... E depois o médico é rápido, quase que não olha para mim. “toma isto e isto e fica boa” diz ele. Às vezes é sempre a mesma coisa, mesmo se for dor na barriga ou gripe.”

Em outra situação diferente:

“A médica era muito simpática, perguntava se eu aceitava [o tratamento], se estava tudo bem... queria saber se eu tinha percebido tudo. Gostei muito dela, não me tratou como uma criança como às vezes fazem.”

Na sua memória, terá recorrido umas 4/5 vezes ao serviço de urgência do Hospital de São José- sempre o mesmo – desde que está em Portugal. Os motivos são constantemente os mesmos: dor de barriga, gripe e uma queda há uns anos atrás.

Em relação a cuidados de saúde primários, que incluem vigilância e promoção da saúde, consultas de rotina com médico de família, consulta de planeamento familiar – com exames incluídos e vacinação, não fazem parte do panorama de vivências de Mei.

"Se não estou doente para que vou ao médico? Não faz sentido!"

"Tomei as vacinas quando cheguei |a Portugal| agora não preciso de mais (...) só as crianças precisam de vacinas."

"As crianças precisam de ir ao médico, os adultos não, só mesmo quando estão muito doentes vão ao hospital."

Mei atualizou o seu boletim de vacinas quando migrou da China para Portugal – de acordo com o Plano de Vacinação em vigor em Portugal – mas desde então não fez mais nenhuma atualização (a vacina do tétano deve ser revalidada a cada 10 anos), nem pondera fazer – excetuando se engravidar. As consultas de rotina ginecológica, aconselhadas pelo SNS a uma jovem mulher, também não são cumpridas por Mei, que não vê qualquer necessidade:

"Se estiver doente depois trato."

"Perde-se muito tempo nos hospitais."

No entanto, a sua irmã que passou por duas gravidezes em Portugal, fez consultas de seguimento numa cadência adequada no Hospital São Francisco Xavier, preferindo ser seguida em Lisboa em detrimento do Hospital Regional de São Miguel, que considerava *"muito pequeno"*.

Os hospitais particulares também são locais de alguma visita regular mas por motivos distintos: Mei tem algumas cicatrizes na face e preocupa-se bastante com esta situação, recorrendo frequentemente a tratamentos estéticos para melhorar o aspeto.

Quando confrontada com a hipótese de vir a lidar com uma doença, Mei não inviabiliza a hipótese de voltar para a China para se socorrer, como, aliás, já aconteceu (à cerca de 2/3 anos, sem conseguir exatamente precisar).

“Fui [à China] para me tratar. Aqui ia demorar muito tempo e eu não queria perder tempo. Também é mais barato lá. E melhor (...) eu acho que lá é muito melhor!”

A única altura que Mei se recorda de sofrer de algum problema de saúde – cujo diagnóstico não tem a certeza – iniciou o seu trajeto da forma comum: em primeiro procurou a farmácia para alívio da sintomatologia (dores abdominais) que não reverteram à medicação analgésica. Seguidamente, procurou um serviço de urgência, no Hospital São José, no qual foi atendida após “longa espera” e que resultou no pedido de “muita coisa”: análises ao sangue, ecografias e possível cirurgia.

A expectativa de Mei era que o problema ficasse sanado naquela altura, no entanto a ideia de que se tinha iniciado apenas um processo de cura – um caminho a percorrer com diferentes etapas- deixava-a frustrada.

“Não percebo, se tinha de ser operada porque não era já? As análise ao sangue demoravam dias, depois tinha de ir fazer mais exames, já não sei bem quais... e depois ia ao médico de família para ele ver(...)não percebo, se o médico do hospital é médico porque não vê tudo logo?”

Apesar de comunicar bastante bem em português – com alguma dificuldade com os tempos verbais e falta de vocabulário mais específico – Mei sentiu que da parte dos seus interlocutores no hospital não havia um entendimento completo: não percebeu exatamente o que tinha nem o que tinha de fazer para resolver a situação – rapidamente, como pretendia.

Sem hesitações partiu para a China, na companhia da tia Mingze – os pais ficaram a tomar conta dos negócios em Lisboa. Na sua cidade natal, Wenzhou, procurou um hospital “qualquer”, que lhe foi indicado por uma tia que vive na China, onde foi vista pelo médico. Passado umas horas estava na sala de cirurgia e no dia seguinte “ou dois dias, não me lembro bem” em casa, a recuperar. Depois disso ainda viu o médico algumas

vezes, que além da medicação lhe mandou tomar chás de ervas específicos “*muito maus, difíceis de engolir*”.

“Claro que lá é mais fácil, falam chinês como eu. Eu percebo o que me dizem e eles percebem qual o meu problema. Aqui às vezes não tenho as palavras.”

O facto da sua escolha de tratamento ter recaído pela terra de origem prende-se não apenas por uma questão emocional “*sentia-me melhor lá*”, “*as pessoas percebem melhor o que eu digo*”, mas fundamentalmente pela funcionalidade.

O facto da maioria das farmácias da China terem um médico de serviço também facilita a resolução da maior parte dos problemas menos graves.

“Os médicos são melhores lá, mais rápidos. Sabem logo o que tenho e se tenho de ser operada sou logo, logo”.

É comum no seu discurso Mei referir o Sistema de Saúde português como confuso, lento e sem respostas concretas. Deste então, sempre que tem algum problema de saúde, procura respostas na China. Para o tratamento das suas cicatrizes também o tentou lá: ervas, pomadas ou máscaras faciais, nas múltiplas clínicas e centros de bem-estar que povoam Wenzhou. No entanto, e na esperança de um tratamento mais efetivo, procurou um local em Portugal com vertente estética para tratamentos com “*lasers e coisas mais avançadas*”, que expectava encontrar na Europa.

A mesma situação é transversal aos outros elementos da família – quer os pais, irmã, tios e primos, mesmo estando há muitos anos em Portugal – alguns há mais tempo no país do que efetivamente na China – quando confrontados com uma situação de emergência procuram o serviço de urgência de um hospital público, preferencialmente de grandes dimensões. Se a situação ficar resolvida o caso dá-se por encerrado, se tal não acontecer o passo seguinte passa por, quase invariavelmente, retomar à terra de origem para procurar uma solução.

“A minha mãe e a minha tia também estiveram doentes. Não sei o que foi (...) Foram ao hospital [São José] à urgência e ficaram melhores. Mas elas não falam

bem português, foi muito difícil... A tia Mingze não gostou nada, disse-me que a médica a mandou despir e ela nem tinha nada para [se] tapar. Não gostou mesmo nada, nunca mais lá voltou... Agora quando volta à China [para ver o marido] vai sempre ao médico dela, para ver se está bem, tomar os chás e não ficar doente. Não quer mais ficar doente cá."

A seu historial clínico comporta pouco desenvolvimento, devido à sua juventude, contando apenas de uma cirurgia abdominal e algumas doenças em criança- que não sabe sumariar mas se deduz de pouca relevância - recorrendo aos hospitais em Wenzhou quando estava doente. Mei não se recorda de ir a centros de saúde quando vivia na China, nem tão pouco de ter a perceção de estes existirem em quantidade, mas refere que não é prática da sua família a ida frequente ao médico, exceto em casos de necessidade absoluta.

Quando questionada sobre a sua experiência com Medicina Tradicional Chinesa, Mei é perentória: nunca experimentou acupuntura ou moxabustão e não acredita na Medicina Tradicional. Considera-a ultrapassada e só usada pelos mais idosos.

"A minha mãe fez [acupuntura] quando estava mal das costas. Fez aqui no Martim Moniz, com um senhor que ela conhece. Ficou melhor mas depois piorou outra vez. Acho que quando vai à China faz algumas coisas, vai às pessoas que conhece."

"Eu nunca fiz nada, não acredito nisso. Só os mais velhos da minha família fazem essas coisas".

No entanto, sabe que a tia Mingze usa algumas plantas na comida, para "*melhorar a pele*", "*ficar brilhante*" ou "*evitar gripes*", que considera tão normal que não se questiona sobre isso. O mesmo diz respeito aos chás, mandados ingerir pelos médicos na China: fazem parte do tratamento como os comprimidos.

Em relação aos praticantes de MTC em Lisboa, como algumas clínicas que existem pela zona do Martim Moniz, refere nunca ter tido contacto com nenhuma, nem as suas primas ou amigas. Imagina que sejam mais vocacionadas para pessoas mais velhas, com mais problemas e que não podem ir à China com regularidade tratar-se.

“Se eu quisesse fazer alguma dessas coisas não fazia cá, ia à China ter com as pessoas que conheço”.

Considera “*engraçado*” que muitos ocidentais estejam cada vez mais interessados na MTC, mas não os vê a circular pela zona em busca desses cuidados, associando a frequência dos centros terapêuticos a imigrantes chineses com poucas possibilidades financeiras e a imigrantes de outros grupos étnicos que partilham a zona de habitação e de comércio- como indianos, paquistaneses ou bangladeshianos.

Perspetivas de Vida

Mei e a família deslocam-se com frequência à China, cerca de 2 a 3 vezes por ano – as viagens são sempre de curta duração, entre duas a três semanas. Os pais costumam viajar em conjunto mas Mei vai quase sempre sozinha. Os motivos são primariamente tratar de negócios – fazem importação de materiais para Portugal – mas também passar uns dias com a família e descansar, e, uma vez que tem tias e primos em Wenzhou, Mei fica sempre em casa de algum familiar.

A irmã, devido aos filhos pequenos, reduz as viagens – só ou com o marido- a uma vez por ano, tratando Mei dos negócios de importação para a sua loja e para a loja da irmã. O irmão, Jin, não frequenta este roteiro familiar: quando mais novo ia com os pais, no intuito de conhecer a família que está na China, mas desde que está na Universidade não demonstra muito interesse em repetir as viagens.

“Que vai lá fazer ele? Não trata dos negócios como eu! Eu gosto de ir ver as minhas primas, ele não liga muito. Diz que são muitos, falam muito e prefere ficar cá, tem muito para estudar aqui. Ah, e tem a namorada! [risos].”

Quando questionada sobre a possibilidade de retorno a tempo inteiro à China, Mei desvaloriza: acredita que os pais possam voltar assim que se reformarem – o que está na iminência de acontecer, uma vez que já passaram a idade dos 50 anos- mas seria por períodos e intervalando a permanência em Portugal e na China, devido à existência de netos. Tal como a tia Mingze, que passa parte do tempo na China com o marido mas a

maior parte em Lisboa a ajudar na educação dos netos, Mei acredita que a mãe seguirá o mesmo caminho quando Mei tiver filhos.

O marido da tia Mingze vive permanentemente na China, no entanto Mei espera que o seu pai não siga este exemplo, mais comum nos homens, uma vez que o pai está há mais anos na Europa e tem uma rede social que inclui não só amigos chineses mais também alguns portugueses. É também o olhar de Mei que assegura que o pai é o mais *ocidentalizado* da família. A sua experiência de restauração – uma vez que se trata de um restaurante chinês com comida portuguesa e com vocação para festas, não frequentadas por chineses- assegura uma maior abertura deste ao mundo ocidental. A mãe, pelo contrário, vive na permanência do trabalho, falando muito pouco português.

"A minha mãe nunca aprendeu muito bem o português, como não falava com as pessoas nunca precisou muito. Está sempre a ajudar, no restaurante arruma coisas, aqui arruma coisas. Vai muitas vezes ao Açores ver a minha irmã, ajudar com as crianças, que dão muito trabalho. Às vezes vai também à China e fica mais tempo, quase um mês. Ela pensa em voltar, não me diz, mas eu sei que ela gostava de voltar a viver em casa dela."

Mei, pelo contrário, não se imagina a voltar para a China. Gosta do país – apesar de não sair com regularidade, conhecendo apenas o Porto – do clima, da temperatura, da pouca poluição, e especialmente da vida tranquila e segura que aqui vive. O facto da sua família mais próxima e amigas viverem em Portugal contribui muito para a vontade de permanecer.

"Estão todos cá, a minha família toda. E gosto disto, é calmo, não tem fumo demais como na China. E tem praia! (risos). Posso ir lá de vez em quando para fazer outras coisas mas não quero voltar a viver lá. Se sair de Portugal vou para a Europa, mas no sul. No norte faz muito frio e as pessoas são menos simpáticas. E agora eu também falo melhor português, não quero aprender outra (língua)."

"Casa é aqui. Tenho cá a minha família toda, pelo menos os mais próximos. Pais, irmãos, tios e sobrinhos estão em Portugal. Mas a China também é casa. Não sei responder a isso... |risos| (quando interrogada onde é a "sua casa")."

Uma possível leitura interpretativa

Partindo do enquadramento teórico que fui desenvolvendo, e adicionando conteúdos extraídos do trabalho no terreno, a questão inicialmente colocada – que se pretendia que norteasse a investigação, comporta uma série de apontamentos que se poderão traduzir em hipóteses de resposta.

Procurando descodificar as trajetórias encetadas na procura de soluções em termos de cuidados de saúde, deve-se perceber, em primeiro lugar, que essas trajetórias são fundamentalmente definidas pela gravidade do problema e da sua urgência de resolução, obedecendo a uma “hierarquia de recursos” - como proposta por Helman (1994|1990). Deste modo, para uma situação de doença aguda, que exija cuidados imediatos, a escolha recai pela procura dos Serviços de Atendimento Permanente de algum hospital de grandes dimensões – Hospitais Centrais – para corrigir o problema.

Caso o problema esteja resolvido – a sintomatologia controlada – encerra-se a questão. No entanto, na eventualidade da doença permanecer, tende a deslocar-se ao país de origem para procurar ajuda.

As práticas transnacionais, efetuadas pelos indivíduos que circulam entre realidades de distintos países, ajustam-se a este exemplo (Sargent & Larchanché, 2011; Glinos et al. 2010; Thomas, 2010; Sime, 2014), onde as opções terapêuticas não são delimitadas pelas fronteiras de um estado-nação e os indivíduos – quando reunidas as condições que tornem possível a deslocação – tendem a procurar outras soluções.

Se, por um lado, Mei questiona “*se não estou doente, porque vou ao médico?*”, percebe-se que no seu meio envolvente a procura de cuidados de saúde deve ser feita em causa de doença e, como tal, o hospital é a resolução certa. É expectável que os indivíduos migrantes reproduzam no seu país de acolhimento práticas e ideais de saúde que fazem parte do seu fundo familiar e que por vezes não são totalmente sobreponíveis com os praticados no novo ambiente que habitam: a não procura de serviços de saúde preventivos – como os praticados no centro de saúde – pode ser interpretada, por um lado, pela inexistência de consciência da importância destes, por outro, pela ausência da sua familiaridade, dado os cuidados de saúde primários – que a OMS (1988) define como “o primeiro nível de contacto com os indivíduos, as famílias e as comunidades dentro do sistema nacional de saúde” e que proporciona uma melhoria efetiva nas condições de saúde, além de diminuição de custos e de internamentos desnecessários– estão a tentar

ser implementados com veemência na China (Wang, Gusmano & Cao, 2011; Wong et al., 2012). No entanto, os cidadãos raramente usam estes apoios, preferindo recorrer diretamente a hospitais centrais (Zeng et al. 2015).

Por outro lado, os imigrantes chineses são reconhecidos como um grupo que circunscreve nos indivíduos que nele se movimentam quais os comportamentos adequados a ter: Mei muitas vezes referencia a família como o centro da sua ação e mesmo a sua “independência” possui limites, não impostos por palavras mas por ideais e por atuações. Freedman (1979) – como referido anteriormente – salienta a importância da família chinesa como unidade social fundamental, principalmente no que concerne aos grupos patrilineares descentes. Subsequentemente, Stafford (2000b) sugere que o paradigma de linhagem da antropologia chinesa sustentou a impressão de que a parentesco chinês, na sua essência, é uma versão extrema as patrilinearidade - um grupo agnático rígido, dominado por homens e no qual as mulheres são postas de parte. Propõe, então, que a acompanhar o sistema patrilinear – que sem dúvida carrega um peso grande na China, existe outros sistemas que mimetizam a sua força, relativamente incorporativos: esses sistemas são chamados de “ciclo de yang” (relação pais-filhos) e o “ciclo de laiwang” (que se centra, sobretudo, na relação com os amigos e vizinhos, observando-se a produção de *relatedness* (“parentes”).

O fato de a mãe de Mei ser devota do trabalho contínuo constitui para a filha uma obrigação para que trabalhe de igual forma, correndo o risco de ser tomada por desmazelada ou preguiçosa se não o fizer. Esta característica de trabalho contínuo é associada à ambição de “fazer dinheiro” como meio de prestígio e sucesso social – particularidades estas da imigração chinesa para o mundo (Rofel, 2007; Thuno, 2007). Como muitas vezes referiu, é habitual os indivíduos chineses trabalharem muitas horas, não sendo socialmente aceite que passem demasiado tempo fora dos locais de trabalho – mesmo por questões de saúde.

Essa mesma “saúde” é considerada como pertencente à esfera pessoal e familiar, não sendo comum nem bem aceite queixas em público sobre aspetos que se devem remeter ao foro pessoal:

“Não fica bem falar sobre isto ou aquilo, que dói isto ou aquilo. O que vão os outros pensar? Se tenho algum problema falo com a minha irmã, a minha mãe ou a minha tia.”

Deste modo, ir com frequência a uma instituição de saúde não é vista como um bom prenúncio de saúde – a superstição chinesa assume aqui um papel importante – e sinónimo de desleixo no trabalho, que poderá acarretar consequências sociais negativas. A exceção encontrada remete para a vigilância da gravidez – que aconteceu por parte da irmã de Mei – realizada dentro dos padrões de segurança protocolados pelo Serviço Nacional de Saúde Português.

Nesta ótica, o indivíduo socialmente adequado autoposiciona-se como saudável e o “estar doente” seguramente se constitui como uma perturbação do quotidiano, que visa tratamento urgente para retomar as funções laborais, familiares e sociais com a máxima celeridade possível.

Apesar de no seu discurso Mei desvalorizar a Medicina Tradicional Chinesa, remetendo-a para práticas ancestrais, ela está presente na sua vida de maneira a que não consegue separar da sua realidade, tal forma a sua envolvimento. Tomar “chás”, beber bebidas preparadas através de ervas, colocar ervas na comida para prevenir determinados estados, fazem parte da prática informal de MTC (Lee, 1981) mas que se dilui nos comportamentos inconscientes, fazendo parte de uma prática fundamentalmente cultural. De igual forma, a ida à China para tratamentos de saúde parece não ser apenas por questões de foro prático – língua e rapidez – mas também um sentido de que a medicina lá praticada é em algum caso “superior” à realizada no país de residência.

“Aqui muitos não são simpáticos, querem despachar mas depois não saio do hospital bem e tenho de fazer mais coisas.”

“É diferente, olham para mim, perguntam como como, como durmo, se me sinto bem(...)Querem saber mais coisas sobre mim”

A abordagem dos problemas de saúde do doente é realizada de forma distinta – no país de acolhimento a prática limita-se a um modelo mecânico – que parece não se compatibilizar com os ideais de tratamento que Mei tem interiorizados e valoriza. Neste ponto, é importante salientar que existe uma dualidade e práticas nos hospitais chineses que integram modelos complementares de tratamento (Sheid, 1999; Robinson, 2006; Chan, 2015). Essa reunião de modelos – por um lado uma medicina baseada na mecanicidade, por outro uma abordagem holística milenar, a Medicina Tradicional

Chinesa – formam um padrão único e que são percebidos pela população chinesa como “normais”, uma vez que assentam nos padrões culturais e sociais em que esta está imersa. Como tal, a oposição conceptual que se coloca entre medicina baseada no modelo biomédico e medicina tradicional, para Mei não existe: não há uma fronteira definida onde começa um e acaba o outro modelo.

O facto de a China ter passado por períodos em que os cuidados de saúde eram quase inacessíveis para a população geral pode, de alguma forma, ter também influenciado a forma como os indivíduos se posicionam em relação aos tratamentos médicos, em especial indivíduos mais velhos e que viveram na China mais tempo – como o caso dos pais e tios de Mei – criando um hábito de não procurar cuidados de saúde sem uma necessidade de carácter urgente, pela sua inacessibilidade financeira.

Essa inacessibilidade geral da população chinesa aos cuidados de saúde surge no período pós-1978, onde Deng Xiaoping toma o comando da nação chinesa depois da morte de Mao Tsé-Tung, direccionando o país para uma série de reformas que visaram uma reestruturação económica sem precedentes e cujas áreas privilegiadas foram a agricultura, a indústria, a defesa nacional e a tecnologia e ciência. Através da descoletivização da terra e da introdução de investimentos estrangeiros – que trariam não apenas capital económico mas também tecnologias novas e métodos de administração modernos – deu-se uma melhoria acentuada nas condições de vida da população chinesa e aumento de renda *per capita* (Silva, Vargas & Venturini, 2013). No entanto, no que concerne ao sistema de saúde atingiu-se uma situação oposta: as reformas efetuadas alteraram profundamente o sistema maoista, que era universal e coletivo, tentando agora com que os indivíduos cooperassem com o governo central no que se referia ao encargo financeiro, levando à redução do orçamento do Governo para com os hospitais públicos. Essa redução traduziu-se na necessidade de estes captarem fundos de forma pouca lícita – maximizando conta médicas para os doentes e promovendo as prescrições excessivas – onde os custos de uma consulta médica dificilmente poderia ser suportada por uma família de renda média, levando a que mais de 63% dos pacientes urbanos não procurassem atendimento hospitalar quando necessário (Liu, Emsley & Dunn, 2013).

Esta situação de precariedade em cuidados de saúde na China é mudada radicalmente nos anos 2000: para autores como Jian e Gong (2013) e Wang, Gusmano e Cao (2011), um dos pontos de inflexão foi o ano de 2003, precisamente pela epidemia mundial de SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave), registada primeiramente na

província de Guangdong, mas que depressa se espalhou por algumas partes do globo – Sudeste Asiático, EUA e Canadá principalmente – levando a centenas de mortes, à exposição da fragilidade do Sistema de Saúde chinês e à consequente demissão do Ministro da Saúde da altura. Esta situação dramática tornou-se motivadora, onde na Sexta Sessão Plenária do Comité Central do Partido Comunista, em 2006, se sublinhou a necessidade de uma reforma no sistema de saúde, tornando-se uma prioridade nacional e comprometendo-se a atingir uma cobertura de saúde nacional até 2020 (Ramesh & Wu, 2009). Em 2009 o Governo chinês anuncia uma série de reformas no sistema de saúde - por um lado o aumento do orçamento do Governo para financiar os hospitais e instalações de saúde públicas, por outro a expansão do seguro de saúde para a população que não estava coberto por qualquer forma de proteção (Ramesh & Wu, 2009) - que se traduziu num crescimento exponencial de hospitais, clínicas e cuidados de saúde em geral. Os preços para hospitalizações, serviços em ambulatório, medicamentos e terapêuticas são agora estabelecidos pelas autoridades chinesas, de maneira a tornar financeiramente acessíveis os serviços de saúde (Chen et al., 2015), encontrando aqui a explicação para Mei enfatizar tantas vezes que na China os cuidados de saúde são “*mais rápidos*” e “*mais baratos*”.

Outro fator que se deve ter também em consideração – encontrado na resenha teórica e reafirmado no discurso de Mei – é o ideal de retorno a casa para tratamentos médicos, que não se efetua apenas por questões de facilidade de língua comum e entendimento do sistema de saúde mas comporta também a necessidade de “estar em casa”, pelo conforto emocional que este confere. É interessante notar que esta ideia de “casa” é, para Mei, simbólica, uma vez que a sua “casa” física e onde se encontram os seus familiares e amigos próximos está em Lisboa, no entanto, as suas *raízes* encontram-se em Wenzhou, assumindo um padrão já descrito como a identidade transnacional de casa (Wang & Wong, 2007). A perspectiva de não regresso permanente por Mei defendida é também ele característica da nova imigração chinesa (Thuno, 2007).

Não se deixa de observar, porém, que a procura mínima de cuidados de saúde em Portugal e a trajetória de volta para a China em caso de necessidade comporta não apenas fatores culturais e sociais mas também é revelador dos impedimentos que a população chinesa sente nos cuidados de saúde nacionais.

A perceção de que os serviços de saúde são confusos e de funcionamento letárgico é comum para a comunidade imigrante (Dias et al., 2004; Fennely, 2004), ao mesmo

tempo que reconhecem em alguns profissionais de saúde pouca empatia ou vontade que os doentes não autóctones percebem efetivamente qual o problema que os afeta e qual a sua resolução. A barreira linguística constitui-se, no entanto, como o maior fator de exclusão dos cidadãos chineses aos serviços de saúde nacionais – como Dorr e Faist (1997); Green et al. (2006) e Chau (2014) já tinham alertado.

As quatro motivações para a procura de cuidados de saúde transnacionais enunciadas por Glios et al. (2010) são aqui preenchidas: a disponibilidade (através a ideia que na China a resolução é mais rápida); a acessibilidade (cuidados mais baratos do que em Portugal); a familiaridade (com suporte cultural e uma medicina mais aproximada do seu ideal de tratamento) e perceção de qualidade (como já descrito, Mei defende que “(...) *são melhores lá*”).

VI. Conclusão

Em suma, parece correto afirmar que os trajetos de saúde encetados pela minha interlocutora no país de acolhimento sofrem de forças internas e externas que, exercidas sobre ela, condicionam a forma não só como vive a saúde e a doença, mas também como procura uma resposta para os casos de doença. Os dois trajetos são diametralmente opostos: ir às urgências no país de acolhimento ou viajar para o país de origem para receber cuidados. Na primeira realidade deve-se ter em consideração a inoperabilidade de um sistema de saúde que coloca barreiras de acesso aos imigrantes e a imersão num contexto social e cultural profundamente distinto do de origem, sendo que segunda trajetória comporta elementos como a familiaridade, rapidez e eficácia que encontra nos tratamentos realizados no país de origem e a existência de um pluralismo terapêutico num mesmo sistema de saúde que vai ao encontro dos padrões conceituais de cuidados já formulados e aceites.

Por fim, não se pode deixar de tentar analisar uma questão que foi surgindo como pertinente ao longo deste estudo. Na imersão no trabalho de campo, e através das leituras exploratórias prévias, estava expectante que iria encontrar um exemplo de como a procura de cuidados de saúde seria influenciada pela ideia de que o sistema ocidental se constitui como limitado a uma prática resolutiva e que a MTC seria exaltada como mais eficiente – embora previsse que a juventude de Mei poderia não revelar exatamente este quadro (foram bastantes úteis neste aspeto os trabalhos de Bishop et al., 2009; Kong & Hsieh, 2012 e Prior et al., 2000).

Contudo, foi com muita surpresa, que recebi informações como “*não acredito na MTC*” e “*só os mais velhos da minha família fazem essas coisas*”, assumindo um discurso de rutura com a prática ancestral. Este tipo de discurso disruptivo revela uma noção de modernidade que tem sido amplamente difundida pela China atual, principalmente na época pós-Maoista de abertura ao Ocidente em 1978, onde o “desejo de modernidade” (Rofel, 2007) se constitui na prática como uma vontade expressa pelos cidadãos chineses de romperem com ideais do passado e que são atualmente vistos como fontes de atraso para o país.

Este discurso de mudança, porém, comporta a sua génese numa época anterior à abertura da China ao Ocidente, remontando as suas origens para meados do séc. XIX, onde múltiplas ocorrências opuseram a nação Chinesa aos estrangeiros

ocidentais³³, demonstrando à Nação Imperial que esta não estaria na posição de superioridade que se intitulava (Schwartz, 1986). Seria então desde essa altura que a elite chinesa intelectual³⁴ começaria a olhar para o Ocidente como um modelo de inspiração para transformar a China numa “nação moderna”, questionando as suas tradições – nomeadamente o Confucianismo – e exaltando a ciência, o racionalismo, a tecnologia e os modelos políticos sociais, democratas e capitalistas. Esta tendência, coincidente com o período de Governo do Partido Nacional – que em 1929 apelida a Medicina Tradicional Chinesa de não-científica, tentando erradicar a sua prática através da proibição de escolas de MTC, práticas hospitalares e disseminação de conhecimento, substituindo-a pela “Medicina Moderna” (Jiang & Gong, 2013) – é suspensa durante a época de governação Maoista e retomada posteriormente com Deng Xiaoping e o objetivo expresso de modernização da nação. Tem-se observando-se, desde aí, a idealização do Ocidente e os seus objetos representativos, que passam a ser considerados detentores de status e símbolos de progresso e modernidade (Rodrigues, 2012). A migração internacional em busca de prestígio, ascensão social, acumulação de capital económico e imagem de sucesso no país de origem constitui também uma das facetas do desejo pelo cosmopolitismo e modernismo (Rofel, 2007; Thuno, 2007).

No entanto, é interessante notar que este discurso de modernidade “contra a MTC” constitui um paradoxo com a prática realizada. Embora não utilize efetivamente técnicas formais de MTC, como acupuntura ou moxabustão, a minha interlocutora não procura receber tratamentos de saúde no país ocidental onde se encontra, mas sim no país de origem, contrariando subtilmente o que advoga, combinando numa lógica própria valores antigos e recentes. A sua vontade em querer “tudo rápido”, fruto da necessidade de “trabalhar mais, ganhar mais, gastar mais” contrasta fortemente com o ideal ancestral confucianista, exigindo, por um lado, celeridade na resolução de problemas de saúde, por outro que seja observada no domínio da sua totalidade. A sua visão instrumental de saúde – existindo como “ausência de doença” – é também ele um discurso de desejo de cosmopolitismo e que vai ao encontro da ideia de modernidade assumida.

³³ 1ª e 2ª Guerra do Ópio, instalação de mais estrangeiros nos portos marítimos e movimento migratórios de mais indivíduos chineses (Pan, 1994).

³⁴ Um dos movimentos a assinalar nesta época é o *May Forth Movement*, como retaliação à fraca resposta do governo ao Tratado de Versailles, pouco benéfico para a China. Num sentido geral, fala-se em *May Forth Movement* para se referir ao período de 1915-1921, também chamado de *Novo Movimento Cultural* (Schwartz, 1986).

Esta ambivalência, contudo, é bastante comum— designada de “cosmopolitismo com características chinesas” (Rofel, 2007) — tendo sido assinalada já em trabalhos anteriores, como o de Rodrigues (2012), onde se demonstra que a migração “para fazer dinheiro” e as necessidades de reconhecimento social interage num plano próprio e não estão em colisão com ideias ancestrais nem práticas populares de jogos ou adivinhações. Não sendo uma ideia nova, o conceito de “indigenização da modernidade” proposto por Sahlins (1999) deve ser tido em conta para estudar estes fenómenos.

Bibliografia

Abukumail, N., Carreira, M., Alarcão, V. & Bernardo, M. (2007). Avaliação do Acesso aos Cuidados de Saúde Oral e Nível de Saúde Oral das Comunidades Imigrantes de Origem Africana e Brasileira em Portugal. Poster apresentado no ‘V Congresso de Epidemiologia’, Lisboa, 14 a 16 de Novembro de 2007.

Alarcão, V., Carreira, M., Godinho, M., Portugal, R. & Miguel, J. P. (2008a). Utilização de métodos contraceptivos pelas mulheres imigrantes das comunidades de origem africana e brasileira em Portugal. Poster apresentado no ‘VI Congresso de Epidemiologia’, Porto, 23 e 24 de Outubro.

Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (2008). *Relatório Anual de Execução, Maio 2007- Maio 2008. Plano para a Integração dos Imigrantes*. Lisboa: ACIDI I.P.

Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades Leigas de saúde e de doença*. Porto: Afrontamento.

Andrade, I. M. (2008). *Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa*. Observatório da Imigração, Coleção Teses. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Arroain, K.J., Wu, B. & Tran, T.V. (2005). Healthcare and social service among Chinese immigrant elders. *Research Nursing & Health*, 28 (2), 95-105. DOI: 10.1002/nur.20069

Atkinson, R. (2002). The life story interview. In Jaber F. G. & James A. H. (eds.) *Handbook of Interview Research* (121-140). Thousand Oaks: Sage Publications.

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

Backstrom, B. (2009 [2006]). *Saúde e Imigrantes, As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*. Observatório da Imigração, Coleção Teses. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Bashin, V. (1997). Medical Pluralism and Health Services in Laadakh. *Journal of Human Ecology* (1), 43-69.

Batista, J.A. (2006). *Os Chineses em Portugal: percursos migratórios e estratégias de implementação*. Azeitão: Autonomia 27.

Becker, H.S. (1986). Biographie et mosaïque scientifique. *Actes de la research em Sciences Sociales*, 62-63. DOI: 10.3406/arss.1986.2323

Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 29 (4), 1-23. Disponível em <http://preval.org/files/14BERTAU.pdf>

Bertinato L., Busse R., Fahy N., et al. (2005). Cross-borders health care in Europe. Denmark: Policy Brief. WHO on Behalf of the European Observatory on Health *Systems and Policies*.

Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/108960/E87922.pdf

Bhugra, D. (2000). Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 [Suppl. 407], 68-73. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.00015.x

Bishop, F. L.; Lim, C. Y.; Leydon, G., M. & Lewith, G. T. (2009). Overseas Chinese Students in the UK: Patterns and correlates of their use of Western and traditional Chinese medicine. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 8-13. DOI: 10.1016/j.ctcp.2008.09.005

Blaxter, M. (1983). The causes of diseases: women talking. *Social Science & Medicine*, 17 (2), 59-69. DOI: 10.1016/0277-9536(83)90356-8

Bourdieu, P. (1986). L 'illusion biographique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62-63. DOI: 10.3406/arss.1986.2317

Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7), 539-545. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/71937/1/bulletin_2003_81\(7\)_539-545.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/71937/1/bulletin_2003_81(7)_539-545.pdf)

Brito, D.O. (2014). *Os imigrantes ucranianos e a procura de cuidados de saúde*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.

- Calado, B., Silva, L., Guerreiro, D. & Barreiras, E. (1997). Incentivos à Vigilância Pré-natal: Resultados Parcelares. *Saúde em Números* 12 (4), 29-31.
- Carballo, M. (2007). *The challenge of migration and health*. Antwerp: International Centre for Migration and Health.
- Carballo, M., & Nerukar, A. (2001). Migration, Refugees and health risks. *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), 556-560. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/pdf/11485671.pdf>
- Carsten, J. (2000). Introduction. In J. Carsten, (Ed.). *Cultures of Relatedness: New Approaches to the Study of Kinship*, 37-54. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carsten, J. & Hugh-Jones, S. (1995). Introduction: About the House: Lévi-Strauss and Beyond. In J. Carsten & S. Hugh-Jones (Eds.). *About the House: Lévi-Strauss and Beyond*, 1-46. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carreira, M., Alarcão, V., Gonçalves S., Costa, J. & Carballo, M. (2007). Diabetes e Imigração: Percepções e Controlo da Diabetes de Tipo II', poster apresentado no 'V Congresso de Epidemiologia', Lisboa, 14 a 16 de Novembro de 2007.
- Carta, M. G. *et al.* (2005). Migration and Mental Health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1. DOI: [10.1186/1745-0179-1-13](https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13)
- Chan, K. (2015). Understanding interactions between chinese medicines and pharmaceutical drugs in integrative healthcare. *Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*, February, 21(2),83-89. DOI: [10.1007/s11655-014-1794-y](https://doi.org/10.1007/s11655-014-1794-y)
- Chau, R.C.M., Yu, S.W.K. & Law, C.S.F. (2014). Culturally Sensitive Health Care Services for Chinese People in Britain. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 23 (3-4). DOI: [10.1080/15313204.2014.942939](https://doi.org/10.1080/15313204.2014.942939)
- Chen, J. A., Hung, G., Chin-Lun, Parkin, S. & Fava, M. (2015). Illness beliefs of Chinese American immigrants with major depressive disorder in a primary care setting. *Asian Journal of Psychiatry*, 13, 16-22. DOI: [10.1016/j.ajp.2014.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.12.005)

Connell, J. (2015). From medical tourism to transnational health care? An epilogue to the future. *Social Science & Medicine*, 124, 398-401. DOI: [10.2015/j.socscimed.2014.11.015](https://doi.org/10.2015/j.socscimed.2014.11.015)

Costa, F.L. (2002). O Contributo das associações para a migração: o caso da comunidade chinesa em Portugal. *Administração*, 56 (15), 667-689.

Costa, I. & Mota, T. (2000). Mental health access in Portugal. *Boletim do Núcleo de Psiquiatria Transcultural (NPT) do Hospital Miguel Bombarda* 4.

Crapanzano, V. (1985). *Tuhami, portrait of a Moroccan*. Chicago: University of Chicago Press.

D'Angelo, A., Lam, T. & Sales, R. (2010). *Chinese Older People in Haringey: meeting the needs of an "invisible" community*. Haringey Chinese Centre: Middlesex University. Disponível em https://eprints.mdx.ac.uk/5544/1/Haringey_Chinese_Report_final.pdf

De Freitas, C. (2003). Identification Study. Report on Portugal. In C. Watters; D. Ingleby; M. Bernal; C. De Freitas; N. De Ruuk; M. Van Leeuwen & S. Venkatesan (Eds.). *Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees. Final Report of the project for the European Commission (European Refugee Fund)*. Canterbury: University of Kent.

De Freitas, C. & Mendes, A. (2013). A resiliência da saúde migrante: itinerários terapêuticos plurais e transnacionais. *Revista Internacional de Mobilidade Humana*, XXI (40), 69-72. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/05.pdf>

Dias, I. S. (2005). Uma Viagem Psicológica pela Migração. *PsiLogos*, 2 (2), 6-12.

Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M., & Fernandes, M.J., (2004). Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. *Acta Médica Portuguesa*, II Série, 17 (3), 211-218. Disponível em http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/02062_1085-1641-1-PB.pdf

Dias, S. & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. In Dias, S. (org.) *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde*, 1. Lisboa: ACIDI.

Dias, S., Severo, M. & Barros, H. (2008). Determinants of Health Care Utilization by Immigrants in Portugal. *BMC Health Service Research* 2008, 8, 207. Disponível em

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-207.pdf>

Dias, S. et al. (2004). Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. *Acta Medica Portuguesa*, 17, 211-218. Disponível em http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/02062_1085-1641-1-PB.pdf

Dias, S., Matos, M. & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença* 3 (1), 89-102.

Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a06.pdf>

Dias, S. & Rocha, C.F. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*. Observatório da Imigração. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.)

Dixon, A., LeGrande, J., Henderson, J., Murray, R. & Poteliakhoff, E. (2003). *Is the NHS Equitable?*. Discussion Paper, 11. London: LSE. Disponível em http://www.lse.ac.uk/intranet/LSEServices/communications/pressAndInformationOffice/PDF/DP11_2003_Is_the_NHS_equitable.pdf

Dorr, S. & Faist, T. (1997). Institutional conditions for the integration of immigrants in Welfare states: A comparison of the literature on Germany, France, Great Britain and Netherlands. *European Journal of Political Research*, 31 (4), 401-426. DOI: 10.1111/1475-6765.00323

Durkheim, E. (1996 [1897]). *O Suicídio*. Lisboa: Editora Presença.

Eisenberg, L. (1977). Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23. DOI: 10.1007/BF00114808

Essen, B. et al. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 79, 737-742. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2000.079009737.x

Faria, D. & Ferreira, H. (2002). Infeção HIV e imigração em Portugal. *Paper presented at the 3rd HIV-AIDS virtual Congress*. Lisboa, 20 Outubro de 2002. Disponível em <http://www.aidscongress.net/pdf/109.pdf>

Fennely, K. (2004). *Listening to the Experts: provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees*. Malmo: Malmo University.

Ferrinho, P. M. (2003). *Prevalência da ferropénia em crianças da comunidade imigrante africana em Portugal – Um estudo transversal*. Projecto de investigação (em curso). Lisboa: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta.

Fonseca, M. L. & Silva, S. (2010). *Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça*. Observatório da Imigração: ACIDI I.P.

Fonseca, M. L., Esteves, A., McGarrigle & Silva, S. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. In S. Dias (Org.), *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde (27-52)*, 1, Lisboa: ACIDI. Disponível em http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art2.pdf a 10-10-2007

Fonseca, M. L. & Malheiros, J. (2004). Immigration and Globalisation from Below: The Case of Ethnic Restaurants in Lisbon. *Finisterra*, (77), 129-156.

Freedman, M. (1979). *The study of Chinese Society*. California: Stanford University Press.

Friedson (1979). *The Social Construction of Illness*. London: Collier Macmillan Publishers.

Freidson, E. (1984). *La Profession médicale*. Paris: Payot.

Gable, E. (2006). The funeral and modernity in Manjaco. *Cultural Anthropology*, 21(3), 385-415. DOI: 10.1525/can.2006.21.3.385

Gaspar, S. (2015). *A Comunidade Chinesa em Portugal: percursos migratórios, contextos familiares e mercados de trabalho*. Lisboa: CIES e-Working Paper n. 201. Disponível em https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/9897/1/CIES-WP201_Gaspar.pdf

- Gil, A.C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M. & Maarse, H. (2010). A Typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16:1145-1155. DOI: 10.1016/j.healthplace.2010.08.001
- Glinos, I. A., Doering, N. & Maarse, H. (2012). Travelling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: Results of survey among German students at Maastricht University. *Health Policy*, 105, 38-45. DOI: 10.1016/j.healthpol.2011.12.008
- Godinho, M., Carreira, M.; Alarcão, V.; Abukumail, N., Platier, T. & Portugal, R. (2007). Nível de Saúde e Acesso aos Cuidados de Saúde nas Comunidades Imigrantes de Origem Africana e Brasileira – Resultados Preliminares', comunicação apresentada no 'II Fórum das Cidades Saudáveis', Viana do Castelo, 25 a 27 de Outubro de 2007.
- Goh, E.C. L. (2009). Grandparents as childcare providers: an in-depth analysis of the case of Xiamen, China. *Journal of Aging Studies*, 23 (1), 60-68.
DOI: 10.1016/j.jaging.2007.08.001
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. London: Penguin.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. United States. Anchor Books.
- Góis, P., Marques, J. C. & Oliveira, C. (2005). *Dévoilement des Liens Transnationaux des Migrants Chinois au Portugal*. Coimbra: CES. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/241.pdf>
- Gold, J. & DesMeules, M. (2004). National Symposium on Immigrant Health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 95 (3), 1-3.
- Gonçalves, A. (2003), Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, J. & Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de Comunidades Migrantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), 55-

64. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-06-2003.pdf>

Good, B. (1977). The heart of what's the matter: semantics and illness in Iran. *Culture, Medical Pshychiatry* (1), 108-138. DOI: 10.1007/BF00114809

Gordon, D.R. (1988). Tenacious assumptions in Western Medicine. In Lock, M. & Gordon, D.R. (eds.) *Biomedicine examed* (16-56). Dordrecht: Kluwer Publishing.

Granovetter, M. (1985). Economic Action and Social Structure, the problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91 (3), 481-510. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/2780199>

Green, G., Bradby, H., Chan, A. & Lee, M. (2006). “We are not completed westernized: dual medical systems and pathways to health care among Chinese immigrant woman in England. *Social Science Medicine*, 62 (6), 1498-1509. DOI: [10.1016/j.socscimed.2005.08.014](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.014)

Guan, X. (2000). China's social policy: reform and development in the context of marketization and globalization. *Social Policy & Administration*, 34 (1), 115-130. DOI: 10.1111/1467-9515.00180

Guarnizo, L.E. (2003). The Economics of Transnational Living. *International Migration Review*, 37 (3), 666-699. DOI: 10.1111/j.1747-7379.2003.tb00154.x

Guérios, P. R. (2011). O estudo de trajetórias de vida nas Ciências Sociais: trabalhando com as diferenças de escalas. *Campos* 12 (1), 9-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/cam.v12i1.28562>

Guo, Z. (2000). *Ginseng and Aspirin: Health care alternatives for aging Chinese in New York*. Ithica: Cornell University Press.

Halbwachs, M. (1952|1925|). *Les cadres sociaux de la mémoire*. Paris: Les Presses universitaires de France, Nouvelle édition.

Harding, S., Santana, P., Cruickshank, J. K. & Boroujerdi, M. (2006a). Birth Weights of Black African Babies of Migrant and Non-migrant Mothers Compared With Those of

Babies of European Mothers in Portugal. *Annals of Epidemiology*, 16 (7), 572-579.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.10.005>

Harding, S., Boroujerdi, M., Santana, P. & Cruickshank, J. K. (2006b). Decline in and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal. *International Journal of Epidemiology*, 35 (2), 270-276. Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/ije/dyi225

Harding, S., A. Teyhan, M. Rosato & P. Santana (2008). All cause and cardiovascular mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 15 (6), 670-676. DOI: 10.1097/HJR.0b013e32830fe6ce.

Helman, C. G. (1994|1990). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.

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

Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Perspective*. Academic Press.

Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: École des Hautes Études em Sciences Sociales.

Hicks, A. (1998). *A Medicina Chinesa*. Lisboa: Editorial Presença.

Hoering, E. & Alheit, P. (1995). Biographical socialization. *Current Sociology*, 43, (2/3), 101-114.

Hong, L. (1976). Recent Immigration in the Chinese-American Community: Issues of Adaptation and Impacts. *International Migration Review*, 10 (4), 509-514. DOI: 10.2307/2545082

Hong, F.F. (2004). History of medicine in China: when medicine took na alternative path. *McGill Journal of Medicine*, 8, 79-84.

Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Lusociência. Loures.

Horton, S. & Cole, S. (2011). Medical return: Seeking health care in Mexico. *Social Science & Medicine*, 72, 1846-1852. DOI: [10.1016/j.socscimed.2011.03.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.035)

Hsiao, W. C. L. (1995). The Chinese health care system: lesson for other nations. *Social Science & Medicine*, 41 (8), 1047-1055. DOI: [10.1016/0277-9536\(94\)00421-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00421-0)

Hsu, P., Tsai, Y., Lai, J., Wu, C., Lin, S. & Huang, C. (2014). Integrating traditional chinese medicine healthcare into diabetes care by reducing the risk of developing kidney failure among type 2 diabetic patients: a population-based care control study. *Journal of Ethnopharmacology*, 156, 358-364. DOI: [10.1016/j.jep.2014.08.029](https://doi.org/10.1016/j.jep.2014.08.029)

Huang, C.Y., Tsai, Y.T, Lai, J.N., & Hsu, F.L. (2013). Prescription pattern of Chinese products for diabetes mellitus in Taiwan: a population-based study. *Complementary and Alternative Medicine*, 2013. DOI: [10.1155/2013/201329](https://doi.org/10.1155/2013/201329)

Hyman, I. (2007). *Immigration and Health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada*. CERIS Working Paper 5. Disponível em http://ceris.ca/wp-content/uploads/virtual-library/Hyman_2007.pdf

Hyman, I. & Guruge, S. (2002). A Review of theory and health promotion strategies for new immigrant women. *Canadian Journal of Public Health*, 93(3), 183- 187. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/41993474>

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

Iglesias, E., Robertson, E., Johansson, S.E., Engfeldt, P. & Sundquist, J. (2003). Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. *Social Science and Medicine*, 56 (1), 111-124. DOI: [10.1016/S0277-9536\(02\)00013-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00013-8)

Ingleby, D. (2005). The Role of Health in Integration. In M. L. Fonseca, & J. Malheiros (Coords.), *Social Integration & Mobility: Education, Housing & Health — Immiscoe Cluster B5 State of the Art Report* (101-137), Estudos para o Planeamento Regional e Urbano, 67. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.

International Organization for Migration (2003). *World Migration Report 2003*:

Managing Migration, Challenges and Responses for People on the Move. Geneva: IOM Publications.

International Organization for Migration (2010). *Diálogo Internacional sobre la Migración. Taller Intermedio relativo a Migración Y Transnacionalismo: Oportunidades Y desafíos* – Documento de Trabajo.

International World Migration (2010). *World Migration Report 2010. The Future of Migration: Building Capacities for Change*. Geneva: IOM. Disponível em http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2010_english.pdf

Jette, S. & Vertinsky, P. (2011). Exercise is medicine: understanding the exercise beliefs and practices of older Chinese women immigrants in British Columbia, Canada. *Journal of Aging Studies* (25), 272-284. DOI: 10.1016/j.aging.2010.10.001

Jian, X. & Gong, Y. (2013). The development of health care in China in the context of social and economic transformation. *The International Journal of Health, Wellness and Society*, 2, 89-100.

Jingxiong, J., Rosenqvist U., Huishan, W., Greiner, T. *et al.* (2007). Influence of grandparents on eating behaviors of young children in Chinese three-generation families. *Appetite*, 48(3): 377-83. DOI: 10.1016/j.appet.2006.10.004

Jolly, S. & Reeves, H. (2005). *Gender and Migration: Overview Report*. Brighton: Bridge/Institute of Development Studies. Disponível em <http://www.bridge.ids.ac.uk/sites/bridge.ids.ac.uk/files/reports/CEP-Mig-OR.pdf>

Judge, K., Platt, S., Costongs, C. & Jurczak, K. (2006). *Health Inequalities a Challenge for Europe*. Europe Commission: UK Presidency for the EU.

Kamo, Y. & Zhou, M. (1994). Living arrangements of elderly Chinese and Japanese in the United States. *Journal Marriage Family*, 56 (3), 544-558. DOI: 10.2307/352866

Kandula, N. R.; Kersey, M. & Lurie, N. (2004). Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. *Annual Review of Public Health*, 25. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123107

Kleinman, A. ([1988|1980). *A patient and healers in the context of culture. Na exploration of the borderland between anthropology. Medicine and pshchyatry*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med*, 3(10): e294.

DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294

Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, Illness and Care: Clinical lessons from Anthropology and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.

Disponível em

<http://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/ShlavB/culture%20illness%20and%20care.pdf>

Kong, H. & Hsieh, E. (2012). The social meanings of Traditional Chinese Medicine: elderly chinese immigrants' health practice in the United States. *Journal Immigrant Minority Health*, 14, 841-849. DOI: [10.1007/s10903-011-9558-2](https://doi.org/10.1007/s10903-011-9558-2)

Kornosky, J. K. *et al.* (2007). Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10 (2), 135-143.

DOI: 10.1007/s10903-007-9064-8

Kristiansen, M., Mygind, A. & Krasnik, A. (2006). Health effects of migration. *Ugeskrift for Laeger*, 168 (36), 3006-3008.

Laczko, F. (2003). Introduction: Understanding Migration between China and Europe. *International Migration*, Special Issue: Understanding Migration Between China and Europe, 41(3), 5-19. DOI: 10.1111/1468-2435.00239

Lafleur, J. M. & Lizin, O. (2014). Transnational health insurance schemes: a new avenue for Congolese immigrants in Belgium to care for their relatives' health from abroad. *Conference "Following the Flows. Transnational approaches to intangible remittances"*. Princeton University.

Lahire, B. (2005). Patrimónios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 49, 11-42. Disponível em <http://sociologiapp.iscte-iul.pt/pdfs/49/517.pdf>

Lai, D.W., Tsang, K.T., Chappell N., *et al.* (2007). Relationships between culture and health status: a multi-site study of the older Chinese in Canada. *Canadian Journal Aging*, 26(3): 171-184. DOI: 10.3138/cja.26.3.171

Landy, D. (1977). *Culture, Disease and Healing*. London: Collier Macmillan Publishers.

Langdon, E.J. & Wiik, F. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (3). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf

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

Leandro, M. E., Plácido, M. & Carvalho, D. (2002). Os males do corpo em terra estrangeira. In M. E. Leandro (Org.), *Saúde: As teias da discriminação social*. Actas do Colóquio Internacional ‘Saúde e Discriminação Social’, 181-210. Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.

Lechner, E. (2005a). Imigração e Saúde Mental – O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas. *PsiLogos* 2 (2), 15-18. Disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/575/1/Lechner%2c%2015-18.pdf>

Lechner, E. (2005b). Uma aproximação à diferença: imigração e cuidados de saúde. *Transcultural* 2.

Lechner, E. (2007). Saúde mental e imigração’, *Migrações – Imigração e Saúde* 1, 79-101.

Disponível em

http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_art4.pdf/12d73655-7500-4668-8a39-ebd0e346c291

- Lee, R.P.L. (1981). Chinese and Western Health Care Systems: Professional Stratification in a Modern Society. In Y.C. Ambrose & R.P.L. Lee (Eds.), *Social Life and Development in Hong Kong*. Hong Kong: The Chinese University Press.
- Levitt, P. (2001a). *The Transnational Villagers*. U.C. Press.
- Levitt, P. (2001). Transnational Migration: Taking Stock and Future Directions. *Global Networks*, 1 (3), 195-216. DOI: 10.1111/1471-0374.00013
- Levitt, P. & Jaworsky, N. (2007). Transnational migration studies: past developments and future trends. *Annual Review of Sociology*, 33, 129- 156. Disponível em www.jstor.org/stable/29737757
- Levitt, P. & Schiller, N. G. (2004). Conceptualizar a simultaneidade: uma visão da sociedade assente no conceito de campo social transnacional. In M. M. Marques (Org.), *Estado-Nação e Migrações Internacionais* (27-61). Lisboa: Livros Horizonte.
- Lewis, O. (1961). *The Children of Sanchez*. New York: Random House.
- Li, M. (1999). To get rich quickly in Europe! – Reflections on Migration Motivatiob in Wenzhou. In F. Pieke & H. Mallee (Eds.), *Internal and International Migration: Chinese Perspectives* (181-198). Surrey: Curzon.
- Lin, V. (2012). Transformation in the healthcare system in China. *Current Sociology*, 60(4), 427-440. DOI: 10.177/0011392112438329
- Ling, R.E.; Liu, F.; Lu, X.Q. & Wang, W. (2011). Emerging issues in public health: A perspective on China's healthcare system. *Public Health*, 125, 9-14. DOI: 10.1016/j.puhe.2010.10.009
- Liu, H., Emsley R. & Dunn, G. (2013). China's 2009 health reform: what implications could be drawn for the NHS Foundation Trust reform? *Health Policy and Technology*, Amsterdam, 2, 61-68. DOI: 10.1016/j.hlpt.2013.03.004
- Lopes, L. C. (2007). *Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa. Observatório da Imigração, Colecção Teses. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Ma, L. & Cartier, C. (2003). Introduction. In L. Ma & C. Cartier (Eds.). *The Chinese Diaspora. Space, place, mobility and identity*. USA: Rowan & Littlefield Publishers.

Ma, M. (2008). Chinese Migration and China's Foreign Policy. *Journal of Chinese Overseas*, 4(1), 91-109. DOI:10.1353/jco.0.0004.

MacEntee, M.M., Mariño, R., Wong, S.; Kiyak, A.; Minichiello, V. *et al.* (2012). Discussion on oral healthcare among elderly Chinese immigrants in Melbourne and Vancouver. *Gerodontology* 29:e822-e832. DOI: [10.1111/j.1741-2358.2011.00568.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00568.x)

Machado, F.L. (2007). Migrações, saúde e doença – que investigação em Portugal. In S. Dias (Org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*. Setembro (1), 201-203. Lisboa: ACIDI. Disponível em http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_art14.pdf/fc3d6927-b134-498d-b9be-a7d2ced242b2

Machado, M. C., Santana, P.; Carreiro, M. H.; Nogueira, H., Barroso M. R. & Dias A. (2006). *Iguais ou diferentes? - Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Laboratórios Bial.

Malheiros, J. (Coord.) (2013). *Diagnóstico da população imigrante em Portugal: Desafios e Potencialidades*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Manuel, H. I. B. (2007). *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa. Observatório da Imigração, Coleção Teses. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Mapril, J. (2009). “Aqui ninguém reza por ele!” Trânsitos fúnebres entre o Bangladesh e Portugal. *Horizontes Antropológicos*, 15 (31), 219-239.

Mapril, J. (2001). Os Chineses no Martim Moniz: Oportunidades e Redes Sociais. *Working Papers* 19. Lisboa: SociNova.

Matias, A. (2010). *Imagens e Estereótipos da sociedade portuguesa sobre a comunidade chinesa: interação multissecular via Macau*. Observatório da Imigração, Coleção Teses. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Matos, M. G., Gonçalves A. & Gaspar, T. (2005). *Aventura social, etnicidade e risco: prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes*. Publicação IHMT/CMDT/UNL.

Markowitz, F. (2004). The home(s) of homecomings. In A.H. Stefansson & F. Markowitz (Eds.), *Homecomings: Unsettling paths of return*, Lanham, MD: Lexington Books, 21- 33.

Martínez- Hernández, A. (2000). *What's behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Massé, R. (1995). *Culture et Santé Publique*. Montréal: Gaetan Morin Éditeur.

Mazza, J. (2016). Chinese Migration to Latin America and the Caribbean. *The Dialogue*. Disponível em <http://1m1ntzpbhl3wbhghahbu4ix.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2016/10/Chinese Migration to LAC Mazza-1.pdf>

Mckay, L.; Macintyre, S., & Ellaway, A. (2003). *Migration and health: a review of the international literature*. Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit. Disponível em www.sphsu.mrc.ac.uk/library/occasional/OP012.pdf

Mehler, P. et al. (2001). Russian immigrant cardiovascular risk assessment. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 12 (2), 224-235. Disponível em <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0822>

Miltiades, H.B. & Wu, B. (2008). Factors affecting physician visits in Chinese and Chinese immigrant samples. *Social Science & Medicine*, 66, 704-714. DOI: 10-1016/j.socscimed.2007.10.016

Minayo, M.C. (1991). Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista Saúde Pública*, 25 (3), 233- 238. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n3/12.pdf>

Mind (2006). *Mental Health of Chinese and Vietnamese people in Britain*. Factsheet. Disponível em www.mind.org.uk

Mintz, S. W. (1960). *Worker in the Cane: a Puerto Rican Life History*. New Haven: Yale University Press.

Monteiro, A. (2008). Migration Integration and internationalization of health care: Immigration, Mental Health of Eastern European immigrants in Portugal. Comunicação apresentada no workshop do IMISCOE (Cluster B5) *Migration, Integration and the Internationalisation of Healthcare*. Lisboa, 17 de Abril 2008, Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.

Monteiro, A. (2006). Imigração e saúde: imigrantes da Europa de Leste em Portugal. *Referência*, 2 (9-20), II série. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem.

Monteiro, I. (2007). *Ser Mãe Hindu. Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração*. Observatório da Imigração, Coleção Teses. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Morimoto, A. (2004). *Cuando oriente llegó a América. Contribuciones de inmigrantes chinos, japoneses y coreanos*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Mosher, W. D. et al. (2004). Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. *Advanced Data*, 350, 1-36. Disponível em <https://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad350.pdf>

Nanjunda (2014). Social Construction of Health and Illness: a theoretical revisiting on diverged dimensions. *International Journal of Basic and Applied Medical Sciences*, 4 (3), 184-191. Disponível em <http://www.cibtech.org/J-MEDICAL-SCIENCES/PUBLICATIONS/2014/Vol 4 No 3/JMS-34-35-AUG-081-NANJUNDA-SOCIAL-DIMENSIONS.pdf>

Nascimento, M.C. & Nogueira, M.I. (2014). Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. *Forum Sociológico*, série II (24), 79-87. DOI: 10.4000/sociológico.1084

Neves M. & Rocha-Trindade, M. (2008). As diásporas e a globalização – a comunidade de negócios chinesa em Portugal e a integração da China na economia global. In C. Oliveira & J. Rath (Org.), *Revista Migrações, Número Temático Empreendedorismo Imigrante*, 3, 175-189. Disponível em http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/Migr3_Sec2_Art3_PT.pdf/0f5811db-a1d9-46d1-92bd-a8e1e2263b40

Nicola, P. & Carreira, M. (2007). *Prevalência, conhecimento e controlo da hipertensão e adesão à terapêutica anti-hipertensiva nas comunidades imigrantes Africana e Brasileira em Portugal*. Projecto em Curso na Unidade de Epidemiologia do Instituto de Medicina Preventiva, Universidade Nova de Lisboa.

Nieto, G. (2007). *La inmigracion china em España: una comunidad ligada a su nación*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Nossa, P. N. (2002). Mobilidade Populacional. Recomendação de “Boas Práticas” para a Prevenção do VIH Junto à População Migrante. In L. Araújo, M. M. Lobo de Costa, & M. Silva (Org.), *Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social*. ICS: Universidade do Minho.

Nossa, P. N. (2000). Epidemiologia, Mobilidade e Comportamento Social – o caso do VIH. *Sociedade e Cultura* 1. Cadernos do Noroeste, Série Sociologia, 1. OECD

Nyíri, P. (1999). *New Chinese Migrants in Europe. The case of the Chinese Community in Hungary*. Alershot: Ashgate.

Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde de Médicos do Mundo (2007). *Relatório do Observatório Europeu de Acesso à saúde de Médicos do Mundo*. Disponível em http://www.medicosdomundo.pt/uploads/cms/20130401192639_resumo_dos_resultados_inquerito_mdm.pdf

Oliveira, C. (2005). *Empresários de Origem Imigrante - Estratégias de Inserção Económica em Portugal*. Lisboa: ACIME.

- Oliveira, C. (2004). Estratégias empresariais de origem imigrante em Portugal: oportunidades étnicas e estruturais e recursos pessoais. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 45. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292004000200005&lng=pt&tlng=pt
- Oliveira, C. (2000). Chineses em Portugal: Comunidade ou comunidades? *Working Papers*. Lisboa: SociNova.
- Olwig, K.F. (2007). *Caribbean Journeys: an ethnography of migration and home in three family networks*. Durham and London: Duke University Press.
- Ostergaard-Nielsen, E. (2001). Transnational Practices and the Receiving State: turks and Kurds in Germany and the Netherlands. *Global Networks*, 1 (3), 261-281. DOI: 0.1111/1471-0374.00016
- Padilla, B. (2013). Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *Revista REMHU XXI*, 21 (40), 49-68. Disponível em: <http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/viewFile/363/322>
- Padilla, B. & Portugal, R. (2007). Saúde, Migrações: boas práticas na União Europeia. In S. Dias (org), *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde*. Setembro, 1. Lisboa: ACIDI
- Pan, L. (1994). *Sons of the Yellow Emperor*. New York: Kodansha Globe Books.
- Park, Y. (2009). *Chinese Migration in Africa*. Occasional Paper nº 24. South African Institute of International Affairs. Disponível em <http://www.saiia.org.za/occasional-papers/132-chinese-migration-in-africa/file>
- Parsons (1951). *The Social System*. Illinois: The Free Press.
- Pereira, M. A. (2009). *A comunidade chinesa imigrante em Portugal e os cuidados de saúde: um estudo na Região de Lisboa*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pieke, F. (2012). Immigrant China. *Modern China*, 38 (1) Special Issue: New and Old Diversities in Contemporary China, 40-77. Disponível em www.jstor.org/stable/23216934

Pieke, F. (1999). Introduction: Chinese Migration Compared. In F. Pieke & H. Mallee (Eds.), *Internal and International Migration: Chinese Perspectives* (1-26). Surrey: Curzon.

Pina-Guerassimoff, C. (2006). Gender and migration networks: new approaches to research on Chinese migration to France and Europe. *Journal of Chinese Overseas*, 2 (1), 134-145. DOI:10.1353/jco.2006.0009.

Pookong, K. & Skeldon, R. (1994). The Migration and Settlement of Hong Kong Chinese in Australia. In R. Skeldon (Ed.), *Reluctant Exiles? Migration from Hong Kong and the New Overseas Chinese*. New York: M. E. Sharpe.

Portes, A. (2006). *Estudos sobre as Migrações Contemporâneas. Transnacionalismo, empreendedorismo e a segunda geração*. Fim de Século.

Portes, A. (2004) Convergências teóricas e dados empíricos no estudo do transnacionalismo imigrante. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 69, 73-93. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/69/RCCS69-073-093-Alejandro%20Portes.pdf>

Poston, D. & Yu, M. (1990). The Distribution of the Overseas Chinese in the Contemporary World. *The International Migration Review Studies*, 24 (3), 480-508. Disponível em www.jstor.org/stable/2546370

Prior, L., Chun, P.L. & Huart, S.B. (2000). Beliefs and account of illness from two Cantonese-speaking communities in England. *Social Health & Illness*, 22 (6), 815-839. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/1467-9566.00232/asset/1467-9566.00232.pdf?v=1&t=iw3a3c36&s=5cd117ad2b5f54a81742f7b2ee98d9b979cea586>

Pussetti, C. G. (Coord.) (2006). *Public health policies and therapeutic practices: suffering and treatment strategies of migrants in the Greater Lisbon area*. Projecto a decorrer no Centro de Estudos de Antropologia do ISCTE.

Pussetti, C.; F., Júlio F.; Lechner, E. & Santinho, C. (2009). Migrantes e Saúde Mental – A construção da competência cultural. Observatório da imigração. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Pussetti, C. & Barros, V. (2012). Outros corpos: imigração, saúde e etnopolíticas da cidadania. *Forum Sociológico*, 22. DOI: 10.4000/sociológico.691

Ramesh, M. & Wu, X. (2009). Health policy reform in China: lessons from Asia. *Social Sciences & Medicine*, 68, 2256-2262. DOI: [10.1016/j.socscimed.2009.03.038](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.038)

Ramos, N. (2007) Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169.

Rapport, N. & Dawson, A. (1998). *Migrants of Identity: Perceptions of Home in the World of Movement*. Oxford, New York: Berg.

Ravenstein, E. (1885). The Laws of Migration. *Journal of the Statistical Society of London*, 48(2), 167-235. DOI:10.2307/2979181

Reijneveld, S. (1998). Reported Health, lifestyles and use of healthcare of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 (5), 298-304. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/25568675>

Rhoades, E., Price, F. & Perigoe, C.B. (2004). The Changing American Family & Ethnically diverse children with hearing loss and multiple needs. *The Volta Review*, 104(4), 285-305. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/216258736_The_changing_American_family_and_ethnically_diverse_children_with_multiple_needs

Ribeiro, J.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Robinson, N. (2006). Integrated traditional Chinese medicine. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 132-140. DOI: [10.1016/j.ctcp.2006.01.006](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2006.01.006)

Rocha-Trindade, M.B., Neves, M.S. & Bongardt, A. (2006). *A Comunidade de Negócios Chinesa em Portugal. Catalisadores da Integração da China na Economia Global*. Oeiras: INA.

Rodrigues, I. (2012). *Flows of Fortune: The Economy of Chinese Migration to Portugal*. Tese de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

Rodrigues, I. (2008). *No feminino singular*. Lisboa: ISCSP.

Rofel, L. (2007). *Desiring China: Experiments in Neoliberalism, Sexuality mas Public Culture*. Durham: Duke University Press.

Rosa, C. (2007). *Saúde Mental e Contexto Migratório. Um estudo na região de Lisboa*. Tese de Mestrado em Relações Interculturais. Lisboa: Universidade Aberta.

Rosa, M.; Seabra, H. & Santos, T. (2003). *Contributos dos Imigrantes na Demografia Portuguesa – O papel das populações de nacionalidade estrangeira*. Lisboa: ACIME.

Rosenmoller, M., McKee, M. & Baeten, R. (Eds.) (2006). *Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/120332/E88697.pdf

Rubia, M. *et al.* (2002). Increased risk of heart disease and stroke among foreign-born females residing in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 22 (1), 30-35. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00400-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00400-7)

Sahlins, M. (1999). What is Anthropological Enlightenment? Some Lessons of the Twentieth Century. *Annual Review of Anthropology*, 28, i-xxiii. DOI: 10.1146/annurev.anthro.28.1.0

Sáiz-López, A. (2005) La migración china en España: características generales. *Revista CIDOB D'Afers Internacionals*, 68, 151-163. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1112150>

Salih, R. (2002). Reformulating tradition and modernity: Moroccan migrant women and the transnational division of ritual space. *Global Networks*, 2(3), 219-231. DOI: 10.1111/1471-0374.00038

Santana, P. (Coord.) (2007). *A Cidade e a Saúde*. Coimbra: Ed. Almedina.

Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências*

em Portugal. Coimbra: Ed. Almedina.

Santana, P. (2004). *Saúde, Território e Sociedade*. Coleção Textos Pedagógicos. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Santana, P. (2002). Poverty, Social Exclusion and Health. *Social Science & Medicine* 55, 132-145.

Santana, P. & Nogueira, H. (2005a). AIDS-HIV mortality in Portugal in the 90s. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 23 (1): 57-68.

Santana, P. & Nogueira, H. (2005b). The geography of HIV/AIDS in Portugal. *Femina International Geographical Journal* 182 (2): 95-108. Lisboa: ENSP, Universidade Nova de Lisboa.

Santinho, C. (2012). A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Forum Sociológico*, 22, 73-81. DOI: 10.4000/sociológico.594

Santos, A.C.B; Silva, A.F.; Sampaio, D.L. et al. (2012). Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. *Revista NUFEN*, 4 (2), 11-20.

Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003

Saraiva, C. (2008). Transnational Migrants and Transnational Spirits: An African Religion in Lisbon. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34 (2), 253-269. DOI: 10.1080/13691830701823921

Sargent, C. & Larchanché, S. (2011). Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness and Access to Care. *Annual Review Anthropology*, 40, 345-361. DOI: 10.1146/annurev-anthro-081309-145811

Sassen, S. (1991). *The Global City: New York, London, Tokyo*. Princeton: Princeton University Press.

Scheid, V. (1999). The globalization of Chinese medicine. *The Lancet*, 354, December.

Disponível em

<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673699903537.pdf>

Schiller, N. G. Bash, L. & Blanc-Szanton, C. (1992). Transnationalism: A New Analytic Framework for understanding Migration. *Annals of New York Academy of Sciences*, 645, 1-24. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1992.tb33484.x

Schiller, N. G. & Çaglar, A. (2009). Migrant Incorporation and City Scale: Towards a Theory of Locality in Migration Studies. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 35(2), 177 — 202. Disponível em

https://is.muni.cz/el/1423/podzim2013/SOC585/um/43504953/glickschiller_on_theories_of_locality_and_scale.pdf

Schiller, N.G. & Fouron, G.E. (2001). *George woke up laughing: long distance nationalism and the search for home*. Durham: Duke University Press.

Schwartz, V. (1986). *The Chinese Enlightenment: intellectuals and the legacy of the May Fourth Movement of 1919*. Berkeley: University of California Press.

Seeman, T.E. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6, 442-451. DOI: [10.1016/S1047-2797\(96\)00095-6](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(96)00095-6)

SEF (2015). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Disponível em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2015.pdf

Shaw, S.J. (2005). The Politics of Recognition in Culturally Appropriate Care. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 19 (3), 290-309. DOI: 10.1525/maq.2005.19.3.290

Shostak, M. (1981). *Nisa: The life and words of a !Kung woman*. Cambridge: Harvard University Press.

Silva, L.F. (2008). *Saber prático de saúde: as lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Afrontamento.

Silva, L.F. (2005). *Saúde/doença é questão de cultura – Atitudes e comportamentos de saúde maternal das mulheres ciganas em Portugal*. Lisboa: ACIME.

Silva, A. I., Vargas, N. & Venturi, R. (2013). *Histórico a atualidade da política de saúde na República Popular da China*. Vitória: UFES. Disponível em www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=1050

Sime, D. (2014). "I think that Polish doctors are better": Newly arrived migrant children and their parents' experiences and views of health services in Scotland. *Health and Place*, 86-93. DOI: [10.1016/j.healthplace.2014.08.006](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.08.006)

Singh (2008). *Socio-cultural Dimensions of Health Care Practices in India*. New Delhi: Serial Publications.

Smaje, C. (1995). *Race and Ethnicity: making sense of the evidence*. London: King's Fund Institute.

Smith, R.C. (2003). Diasporic Memberships in Historical Perspective: Comparative insights from Mexican, Italian and Polish Cases. *International Migration Review*, 37, 722-757. DOI: [10.1111/j.1747-7379.2003.tb00156.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2003.tb00156.x)

Sousa, J. E. (2006). *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. *Observatório da Imigração*, Coleção Teses. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Stafford, C. (2000a). *Separation and Reunion in Modern China*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stafford, C. (2000b). Chinese patriliney and the cycles of yang and laiwang. In J. Carsten, (Ed.). *Cultures of Relatedness: New Approaches to the Study of Kinship*, 37-54. Cambridge: Cambridge University Press.

Stimson, G.V. (1974). General Practitioners, 'Trouble' and types of patients. *The Sociological Review Monograph Series: The Sociology of the National Health Service*, 22 (S1), 43-60. DOI: [10.1111/j.1467-954X.1974.tb00017.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1974.tb00017.x)

Sundquist, J. (1995). Ethnicity, social class and health. *Social Science and Medicine*, 40 (6), 777-787. DOI: [10.1016/0277-9536\(94\)00146-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00146-K)

Távora-Tavira, L., Teodósio, R., Seixas, J., Prieto, E., Castro, R., Exposto, F. & Atougua, J. (2007). Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em

Portugal: estudo de base resultante do projecto EpiMigra. *Migrações – Imigração e Saúde* 1, 129-139.

Taylor, K. (2005). *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945- 63: A Medicine of Revolution*. London, New York: Routledge.

Teixeira, A. C. (1999). As influências da estrutura familiar na organização das atividades empresariais dos chineses na diáspora. In A. M. Amaro & C. Justino (Coords.). *Estudos sobre a China*. Lisboa: ISCSP.

Teixeira, A. C. (1998). A importância económica da diáspora chinesa no mundo: o caso dos empresários chineses em Portugal. In A. M. Amaro & C. Justino (Coords.). *Estudos sobre a China*. Lisboa: ISCSP.

Teixeira, A. C. (1995). *Diáspora e Cultura Empresarial: os empresários da comunidade chinesa em Portugal*, Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

Thomas, F. (2010). Transnational health and treatment networks: Meaning, value and place in health seeking amongst southern African migrants in London. *Health & Place*, 16, 606-612. DOI: 10.1016/j.healthplace.2010.01.006

Thompson, E. P. (1978). *The Poverty of Theory and Other Essays*. London: Merlin.

Thuno, M. (2007). Introduction. In M. Thuno (Ed.) *Beyond Chinatown – New Chinese Migration and the Global Expansion of China*, (1-31). Copenhagen: NIAS Press.

Thuno, M. (1999). Moving stones from China to Europe: the dynamics of emigration from Zhejiang to Europe. In F. Pieke & H. Mallee (Eds.) *Internal and international migration: chinese perspectives*. Londres: Curzon Press.

Tiilikainen, M. & Koehn, P. (2011). Transforming the Boundaries of health care: Insights from Somali migrants. *Medical Anthropology*, 30 (5), 518-544. DOI: 10.1080/01459740.2011.577288

Trolliet (1994). *La Diaspore Chinoise*. France: Press Universitaires de France.

Tsuda, T.G. (2004). When home is not the homeland: the case of Japanese Brazilian ethnic return migration. In F. Markowitz & A. H. Stefansson (Eds.). *Homecomings: Unsettling paths of return*. Lanham: Lexington Books.

Vaught, L.M., Jacquez, F. & Baker, R.C. (2009). Cultural health attributions, beliefs and practices: effects on healthcare and medical education. *The Open Medical Education Journal*, 2, 64-74. DOI: 10.2174/1876519X00902010064]

Vertovec, S. (2009). *Transnacionalism*. London & New York: Routledge.

Vertovec, S. (2003). Migration and other Modes of Transnationalism: Towards Conceptual Cross-Fertilization. *International Migration Review*, 37 (3), 641-665. DOI: 10.1111/j.1747-7379.2003.tb00153

Viana, V. C. (2010). *Saúde Mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa*. Observatório da Imigração, Coleção Teses. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

Wagstaff, A., Lindelow, M., Wang, S. & Zhang, S. (2009). *Reforming China's Rural health system*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Disponível em http://siteresources.worldbank.org/CHINAEXTN/Resources/318949-1248160372290/rural_health_full_report_en.pdf

Wang, H.; Gusmano, M. K. & Cao, Q. (2011). An evaluation of the policy on community health organizations in China: will the priority of new healthcare reform in China be a success? *Health Policy*, 99 (1), 37-43. DOI: [10.1016/j.healthpol.2010.07.003](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.07.003)

Wang, C. & Wong, S. (2007). Home as a Circular Process: The Indonesian-Chinese in Hong-Kong. In M. Thuno (Ed.) *Beyond Chinatown – New Chinese Migration and the Global Expansion of China*, (pp.182-209). Copenhagen: NIAS Press.

Watson, J. L. (1986). Anthropological overview: the development of chinese descent groups. In P. Ebrey & J. L. Watson (Eds.). *Kinship Organization in Late Imperial China*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Watson, J. L. (1982). Chinese Kinship Reconsidered: Anthropological Perspectives on Historical Research. *China Quarterly*, 92, 589-622. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/653680>

Watson, J. L. (1975). *Emigration and the Chinese Linage: The Mans in Hong Kong and London*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Watson, R. (1986). The Name and the Nameless: Gender and Person in Chinese Society. *American Ethnologist*, 13 (4), 619- 631. Disponível em <http://links.jstor.org/sici?sici=00940496%28198611%2913%3A4%3C619%3ATNATNG%3E2.0.CO%3B2-Q>

Watson, R. (1985). *Inequality among brothers: class and kinship in South China*. Cambridge: Cambridge University Press.

White, P., Smith, S.M., O'Dowd, T. (2005). The role of the family in adult chronic illness: a review of the literature on type 2 diabetes. *Journal Psychology Medical*, 26 (1-2), 9-15. DOI: 10.1080/03033910.2005.10446204

Wickberg, E. (1994). Overseas Chinese adptative Organizations, past and presente. In R. Skeldon (Ed.) *Reluctant exiles? Migration from Hong Kong and the new overseas chinese*. London: M. E. Sharpe.

Williamson, L., M. Rosato, A. Teyhan, P. Santana & S. Harding (2008). AIDS mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Sexually Transmitted Infections*. Revista online disponível em <http://sti.bmj.com/cgi/content/abstract/sti.2008.034066v1>

Wills B.S. & Morse, J.M. (2008). Responses of Chinese elderly to the threat of severe acute respiratory syndrome (SARS) in a Canadian Community. *Public Health Nursing*. 25 (1): 57-68. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2008.00680.x

Wolffers, I., Verhis, S. & Marin, M. (2003). Migration, human rights and health. *Lancet*, 362 (9400), 2019-2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)15026-X

Wong, K. (1995). Chinatown: Conflicting Images, Contested Terrain. *MELUS*, 20 (1), 3-15. DOI: 10.2307/467850

Wong, S. L. (1989). *Emigrant entrepreneurs. Shanghai industrialists in Hong Kong. Hong Kong: Oxford University Press.*

World Health Organization (2003). *International migration, health and human rights.* Geneva: Health and Humans Rights Publication Series. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42793/1/9241562536.pdf>

Wu, A.P., Burke, A. & LeBaron, S. (2007). Use of traditional medicine by immigrant Chinese patients. *Family Medicine*, 39 (3), 195-200. Disponível em <http://www.stfm.org/fmhub/fm2007/March/Amy195.pdf>

Xiang, B. (2003). Emigration from China: A Sending Country Perspective. *International Migration*, Special Issue: Understanding Migration Between China and Europe, 41(3), 21-48.

Xu, J. & Yang, Y. (2009). Traditional Chinese medicine in the Chinese Health Care System. *Health Policy*, 90, 133-139. DOI: [10.1016/j.healthpol.2008.09.003](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.09.003)

Yip, W. & Hsiao, W. (2009). China's Health Care Reform: a tentative assessment. *China Economic Review*, London, 20 (4), 613-619. DOI: [10.1016/j.chieco.2009.08.003](https://doi.org/10.1016/j.chieco.2009.08.003)

Yu, W.K. (2000). *Chinese older people. A need for social inclusion in two communities.* York, UK: The Policy Press.

Yuan, D.Y. (1963). Voluntary Segregation: A Study of New Chinatown. *Phylon*, XXIV (3), 255-332. DOI: [10.2307/273399](https://doi.org/10.2307/273399)

Zeng, J.; Shi, L.; Zou, X.; Chen, W. & Ling, L. (2015). Rural-to-urban migrants' experiences with primary care under different types of medical institutions in Guangzhou, China. *PloS One* 10 (10). DOI: [10.1371/journal.pone.0140922](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140922)

Zhang, J. & Verhoef, M.J. (2002). Illness management strategies among Chinese immigrants living with arthritis. *Social Science & Medicine*, 55 (10), 1795-1802. DOI: [/10.1016/S0277-9536\(01\)00311-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00311-2)

Zhou, M. (1992). *Chinatown: The Socioeconomic Potential of an Urban Enclave.* Philadelphia: Temple University Press.

Zhu, C. (2012). Healthcare system reform in China. *World Medical Journal*, Regional and NMA News China, 1 (59), 8-12. Disponível em <http://www.wma.net/en/30publications/20journal/pdf/wmj201301.pdf>

Sítios da Internet consultados

Alto Comissariado para as Migrações: <http://www.acm.gov.pt/inicio> [última vez acedido a 28 de Outubro de 2016.]

Câmara Municipal de Lisboa: <http://www.cm-lisboa.pt/> [última vez acedido a 27 de Dezembro de 2016.]

Gabinete de Documentação e Direito Comparado: <http://www.gddc.pt/> [última vez acedido a 11 de Novembro de 2016.]

International Organization for Migration: <http://www.iom.int/> [última vez acedido a 10 de Novembro de 2016.]

Instituto Nacional de Estatística:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE [última vez acedido a 25 de Novembro de 2016.]

Legislação: http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/Leis_area_saude.aspx [última vez acedido a 5 de Outubro de 2016.]

Ministério da Saúde: <https://www.sns.gov.pt/institucional/ministerio-da-saude/> [última vez acedido a 5 de Outubro de 2016.]

Organização Mundial de Saúde: <http://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt/> [última vez acedido a 11 de Novembro de 2016.]

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras: <http://www.sef.pt/portal/v10/PT.aspx/page.aspx> [última vez acedido a 28 de Outubro de 2016.]