



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Alves, Fátima; Bäckström, Bárbara

Lidar com a Doença Mental – a Pluralidade de Sistemas de Cuidados e de Itinerários  
Terapêuticos: análise comparativa de dois estudos efectuados junto de duas populações  
residentes em Portugal

Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 543-557

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263670003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Lidar com a Doença Mental – a Pluralidade de Sistemas de Cuidados e de Itinerários Terapêuticos: análise comparativa de dois estudos efectuados junto de duas populações residentes em Portugal<sup>1</sup>

Dealing with Mental Illness – the Plurality of Care Systems and of Therapeutic Itineraries: a comparative analysis of two studies carried out in Portugal

## Fátima Alves

Doutorada em Sociologia, Professora Auxiliar na Universidade Aberta, Investigadora no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI).

Endereço: Rua do Amial, 752, CEP 4200-055, Porto, Portugal.

E-mail: fatimaa@uab.pt

## Bárbara Bäckström

Doutorada em Saúde Internacional, Professora Auxiliar na Universidade Aberta, Investigadora no Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI).

Endereço: Universidade Aberta, Campus do Taguspark, Av. Jacques Delors, 211, Edifício Inovação I – Corpo I, CEP 2740-122, Porto Salvo, Portugal.

E-mail: barbarab@uab.pt

<sup>1</sup> A pesquisa empírica foi financiada pela FCT-MCT/FEDER – Programa Sapiens 2001 (POCTI/SOC/41088), desenvolvido no CEMRI (Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais) – Universidade Aberta.

## Resumo

Vários estudos apontam para a pluralidade dos sistemas de cuidados para lidar com a doença e neles integram o sistema profissional, popular e alternativo (inclui o complementar e o tradicional). Qual a sua configuração particular em cada sistema cultural é a questão norteadora das duas pesquisas efectuadas. O objectivo deste artigo é o de perceber como se lida com a doença mental, analisando os itinerários terapêuticos que se constroem entre sistemas de cuidados plurais, caracterizando em particular o recurso à medicina tradicional. A análise dos dois estudos (um efectuado na região Norte, outro em Lisboa) permitiu-nos interpretar essas práticas e problematizar os factores socioculturais que determinam e explicam as configurações encontradas. Ambas as pesquisas se enquadram numa metodologia qualitativa. Centrámos a pesquisa na análise dos discursos que obtivemos através de entrevistas semidiretivas, descrevendo-os, interpretando-os e comparando-os. Os resultados apontam para uma pluralidade de itinerários terapêuticos, que se tecem em torno de discursos públicos e privados, onde os sistemas explicativos do recurso à medicina ou às práticas tradicionais encontram sentidos, também eles plurais. As pessoas podem recorrer a estes sistemas de formas diversas, usando um só ou combinando mais do que um, de modo simultâneo ou sequencial, conforme o contexto e as necessidades

sentidas face à doença ou ao sofrimento mental. É no espaço de impotência e “incompetência” da medicina “sábia” que se desenvolvem outros sistemas terapêuticos, que é necessário conhecer, pelos resultados que alcançam e pelo seu poder heurístico de explicação da sociedade e da cultura.

**Palavras-chave:** Práticas tradicionais; Saúde mental; Migrações e saúde, multiculturalidade; Conhecimento leigo.

## Abstract

Several studies point to the plurality of care systems to deal with illness. They can be organized into professional, popular and alternative systems (the latter includes the complementary and the traditional ones). What the particular setup is in each cultural system is the core question of both the empirical studies we report. The purpose of this article is to understand how lay people deal with mental illness, examining the therapeutic itineraries that are constructed between plural care systems, featuring in particular the use of traditional medicine. The analysis of the two studies (one carried out in the north region and the other in Lisbon) allowed us to interpret these practices and discuss the social and cultural factors that determine and explain the settings that were found. Both researches fit into a qualitative methodology. In-depth, semi-structured interviews were performed and were analyzed using discourse analysis to describe and interpret data. The results point to a plurality of therapeutic itineraries, built around public and private speeches, where the explanatory systems underlying the use of official medicine and/or traditional practices found plural meanings. People may use these systems in several forms, using one or combining more than one, simultaneously or sequentially, depending on the context and on the needs they feel to face both illness and mental suffering. It is in between the space of the impotence and ‘incompetence’ of the ‘wise’ medicine that other therapeutic systems develop. It is important to understand those systems because of their achievements and their heuristic power to explain society and culture.

**Keywords:** Traditional Practices; Mental Health; Migration and Health, Multiculturalism; Lay Knowledge.

## Introdução

O pluralismo dos sistemas de cuidados para lidar com a doença pode ser organizado em sistema profissional, popular e alternativo (que inclui o complementar e o tradicional) (Kleinman, 1984). A ele fazem referência, para o caso português, vários estudos efectuados no âmbito da saúde e da doença (Nunes, 1987; Hespanha, 1987; Bastos e Lévi, 1987; Fontes e Sanches, 1999; Silva, 2008). No caso da doença mental, existem diferentes percepções sobre o tipo de sistemas de cuidados disponíveis para lidar com ela, o que deixa antever a construção e reconstrução constantes da experiência de sofrimento ou de doença mental, numa interação que se joga e negocia em torno de significados continuamente reconstruídos no contexto da cultura (Alves, 2011).

No contexto da imigração, é sabido que as condições em que a migração se processa podem constituir um factor condicionante da vulnerabilidade em saúde das populações (IOM, 2004). Esta está normalmente associada a factores de risco a que estas populações estão muitas vezes expostas nos países de acolhimento, onde se confrontam com um contexto completamente novo a nível social, estrutural, cultural, linguístico, entre outros (Dias e Gonçalves, 2007; Kandula, 2004). Estas circunstâncias, muitas vezes, associam-se a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao seu país de origem pois, ao imigrar, o indivíduo traz consigo o seu perfil de saúde, o qual reflete a sua história médica e a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis no seu país de origem (Ackerhans, 2003). As perdas associadas ao processo migratório acarretam uma maior vulnerabilidade aos transtornos mentais e às perturbações emocionais (Desjarlais e col., 1995; Bibeau, 1997; Kirmayer e Minas, 2000; Murray e Lopez, 1996).

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

A configuração particular dos sistemas de cuidados e dos itinerários terapêuticos em cada sistema cultural espacio-temporalmente determinado é a questão norteadora das duas pesquisas empíricas

que reportámos. Procurámos perceber como se lida com a doença mental, analisando os itinerários terapêuticos que se constroem entre sistemas de cuidados plurais, caracterizando em particular o recurso à medicina. A análise de dois estudos efectuados em duas amostras de população residente em Portugal – uma de imigrantes Cabo-Verdianos a viver em Portugal (40) e outra de população geral do Norte de Portugal (68) – permite-nos interpretar essas práticas e problematizar os factores sociais e culturais que determinam e explicam as configurações encontradas.

## Métodos e Amostras

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

### Estudo efectuado na região Norte

A pesquisa efectuada na região Norte no ano de 2008 integrou uma amostra de 68 sujeitos (que concordaram em participar e dos quais se reserva neste texto a sua identidade), diversificada quanto ao sexo, idade, posição social, zona geográfica (rural/urbana) de residência, com o objectivo de abarcar quer a diversidade social quer as várias dimensões diferentes mas complementares do objecto de estudo. Trata-se de uma amostra que não é representativa do ponto de vista estatístico, mas que pode ser considerada representativa do ponto de vista de uma análise sociológica em profundidade na medida em que procura identificar tipos de situações e compreender as relações sociais que nelas se estabelecem (Lima, 1981). Esse estudo circunscreveu-se à região Norte do país. Optou-se por centrar a realização das entrevistas individuais em quatro áreas fundamentais: o Grande Porto, Vale de Cambra, Viana do Castelo e Bragança.

Os discursos foram analisados tendo em conta procedimentos de análise de conteúdo (Bardin, 1979) e da teoria enraizada (Glaser e Strauss, 1967).

## Estudo efectuado em uma comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa

A pesquisa efectuada junto de uma amostra de imigrantes Cabo-verdianos no ano de 2006, circunscreve-se à área metropolitana de Lisboa, reconhecendo essa comunidade de imigrantes como uma das comunidades com uma permanência mais prolongada em Portugal, mas mantendo ainda traços culturais de origem muito acentuados e condições de integração que, para uma grande parte da sua população, são ainda precárias quanto a oportunidades e direitos sociais. O ponto de partida analítico considera as experiências de vida dessa comunidade como estando divididas entre uma cultura de base de raízes cabo-verdianas e uma cultura “urbana” dominante, desenrolando-se entre uma e outra um lento processo de adaptação e aculturação que encerra múltiplas conflitualidades. Assumindo a heterogeneidade social interna e a fluidez das fronteiras que marcam a divisão estrutural entre classes sociais nessa comunidade, constituíram-se dois grupos de análise, a partir do acionamento do local de residência, dos níveis de escolaridade, da atividade profissional e da situação económica, como critérios de inclusão em cada um dos grupos definidos. A condição de análise que estipulou como comum a ambos os grupos foi a de serem compostas por cabo-verdianos de primeira geração, ou seja, terem nascido e residido em Cabo Verde até aos 17 anos. A investigação foi efectuada junto de uma população de 40 Cabo-Verdianos, que aceitaram participar, mantendo neste texto a omissão da sua identidade. Decidimos utilizar os termos de grupo “popular” e de grupo de “elite” para distinguir dois grupos sociais, sem conotação directa com a ideia de “classe social” (Bäckström, 2009a). Os mesmos procedimentos para analisar o conteúdo do estudo efectuado na região Norte foram utilizados neste estudo.

## Resultados

Em termos globais, constatámos que os serviços e os profissionais relatados nos discursos de ambos os estudos não são apenas os da medicina oficial. A coexistência de racionalidades que fogem ao paradigma biomédico na forma de encarar a saúde e a doença é uma realidade (Bäckström, 2009a, 2009b, 2010; Alves, 2011).

A gestão dos percursos terapêuticos no enfrentamento da doença mental é complexa e resulta da gestão dos saberes e dos poderes de os influenciar. Poderes estes que se jogam em vários campos – não apenas o da medicina oficial com os seus serviços e os seus profissionais, mas também o das relações interpessoais e comunitárias. As explicações encontradas nos diversos campos são diferentes. Muitas vezes, em vez de se aderir a uma, combinam-se todas simultaneamente, numa tentativa de que alguma resulte na solução ou na cura. Outras vezes combinam-se sequencialmente. Curioso é por exemplo constatar que muitas vezes as pessoas referem que apesar de irem à bruxa ou ao curandeiro ou aos espíritos e também ao médico, não informam o médico do percurso que fizeram ou decidiram fazer (Bäckström, 2009b; Alves, 2011).

A maior parte das vezes, os diversos campos também não comunicam nem articulam estratégias. As respostas oficiais, ou seja, os serviços da medicina ignoram (ou porque não conhecem ou porque não querem conhecer no sentido de reconhecer e de articular) a que outras agências de cura as pessoas recorrem e quais as que existem na comunidade a que servem. Inversamente, em algumas situações, as agências do dom articulam com as respostas dadas pelo sistema oficial (Alves, 2011).

Em ambos os estudos encontramos diferentes concepções de doença mental, que de certo modo vão influenciar as trajetórias terapêuticas. Em ambos detectámos também a estranheza face à doença mental e algum “desconforto” em falar dela.

Em ambas as amostras encontrámos a noção de que a doença mental pode ser perigosa e que se “pode ficar maluco”, muitas vezes associada ao facto de a pessoa “pensar muito” ou se preocupar muito. Ao proceder a uma análise mais detalhada, vemos que são sobretudo mulheres que se referem a doenças dos nervos e ao *stress*, no caso do estudo efectuado entre cabo-verdianos em Lisboa. No caso do estudo efectuado na região Norte encontrámos sobretudo os nervos e as cismas como expressões culturais do sofrimento mental (Alves, 2011).

O estigma da loucura como perigo e contágio está manifesto nas respostas, não enquanto contágio de um vírus ou de uma bactéria, mas sim enquanto contágio maligno ou mágico. Ter uma doença física

é estar doente, é passageiro, enquanto que ter uma doença mental é muitas vezes “ser doente”, de carácter permanente (Jodelet, 1995; Alves, 2011). Em outras concepções da doença mental verifica-se que se associa à questão de equilíbrio *versus* desequilíbrio (Bäckström, 2009b).

## Os sistemas de cuidados

A análise do sistema de cuidados oficial não é objecto de reflexão neste trabalho. Englobamos deste modo no que denominámos “esfera da gestão informal” (Alves, 2011) da doença mental todos os recursos e sistemas a que estes dois grupos da população dizem recorrer perante a doença mental, fora do sistema oficial dominante. Esses recursos situados na comunidade são mobilizados nas trajetórias terapêuticas descritas, muitas vezes num registo informal e clandestino.

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

### A esfera da gestão informal da doença mental

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

#### As solidariedades primárias

A família em primeiro lugar, e as pessoas mais próximas numa posição mais secundária, aparecem nos discursos como recursos fundamentais no lidar com a pessoa com doença mental e na decisão da sua trajetória de doença. Em primeiro lugar e visto que a doença implica perda de consciência e perda de noção da realidade (nos casos mais graves relatados), cabe à família detectar os sinais e encaminhar para procurar ajuda, tratamento e orientação junto dos profissionais (Alves, 2011).

No caso da amostra de cabo-verdianos a residir

em Lisboa, a família muitas vezes está ausente e não é evidente este tipo de observação. Contudo, é precisamente a experiência de afastamento e ruptura das relações sociais e familiares ao longo do processo migratório (especialmente quando o imigrante migra sozinho) que pode influenciar o estado de saúde e bem-estar dos imigrantes. Para Lazear e colaboradores (2008), a separação da família e dos sistemas de suporte, assim como o isolamento podem ser potenciais factores de depressão nestas populações. O abandono do ambiente familiar e o contacto com um contexto desconhecido e uma sociedade com diferentes valores, percepções e tradições podem constituir importantes desafios à capacidade dos indivíduos para lidarem com a mudança (IOM, 2003).

#### i) Estudo efectuado na região Norte

No estudo efectuado na região Norte, constatámos que a sociedade atribui uma natural e clara responsabilização efetiva das famílias pelo suporte do doente e da sua doença (Alves, 2011) – relação típica em sociedades mais comunitárias onde existem relações primárias que “ainda” colmatam as deficiências da intervenção estatal moderna nestas áreas (Santos, 1994). Os discursos atribuem a responsabilidade pelo doente à família, que deve apoiar materialmente e sobretudo afectivamente: apoiar, não contrariar, orientar, ter muita paciência e compreensão, proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e favorecedor da serenidade e do “não acordar da doença”. Estas são as funções e atributos mais esperados das famílias. Estes são considerados favorecedores de uma trajetória menos negativa da doença e da cura, naqueles casos em que esta é equacionada (Alves, 2011).

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

Fem36, 36 anos, 3.º ciclo, cabeleireira, BD, rural

#### ii) Estudo efectuado em uma comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa

No estudo efectuado na comunidade cabo-verdiana, é em casa, na família, que se cuidam primariamente muitas doenças.



Como todas as pessoas entrevistadas viveram pelo menos até aos 17 anos de idade em Cabo Verde, quando lá viviam procuravam o médico em caso de doença, e iam às consultas no posto de saúde ou no hospital, mas, quase todas, com raras exceções, relatam episódios em que os tratamentos eram feitos em casa, os quais são conhecidos pelo nome de “remédios de casa” ou “remédios de terra”. A utilização de remédios caseiros como forma de prevenção (os chamados purgantes) para certas doenças foi referida e todos os indivíduos foram tratados, numa ou outra situação, com remédios caseiros para tratar doenças da infância, considerando-os eficazes.

*Em minha casa éramos tratados entre a medicina tradicional, à base de ervas e óleos e a medicina convencional quando as coisas se complicavam... fazíamos purgante, laxante para limpar o aparelho intestinal e tomávamos óleo de fígado de bacalhau. Isto tudo em termos preventivos.*

Ent 8: M, MV, GE

### **O domínio dos profissionais do dom e terapêuticas tradicionais**

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

#### **As mulheres de virtude, bruxas, curandeiros e “remédios da terra”**

Também neste domínio encontramos um posicionamento complexo e dual em ambos os estudos. O registo de clandestinidade e complementaridade deste tipo de agentes de cura em relação à racionalidade biomédica dominante é uma constante em ambos os estudos. Por outro lado, percebe-se que a concepção

de pessoa encontrada em ambas as amostras é uma concepção holística do corpo e da alma. O indivíduo é visto como um todo, na sua vivência social e cultural, onde os elementos biológicos, psíquicos e emocionais estão assentes num referencial cultural e social que lhe dá a sua visão cosmológica. Muitas vezes essa percepção não coincide com a concepção biomédica, que separa corpo de psique. Ora, as pessoas continuam a procurar respostas que respondam às necessidades da pessoa como um todo. Daqui resulta a observação de que, muitas vezes, o que se procura no sistema oficial não é a mesma coisa do que se procura nas racionalidades médicas alternativas ou nos interlocutores tradicionais.

A literatura que aborda a medicina popular em Cabo Verde faculta-nos referências sobre o significado de remédio da terra. Tratam-se de recursos naturais e culturais, sejam plantas, minerais ou rituais de diagnóstico e cura, utilizados pelo curandeiro ou pelas populações em sua casa, de acordo com os hábitos culturais transmitidos oralmente (Rodrigues, 1991). Entre a população cabo-verdiana é utilizado o conceito de “remédio de terra” e não o de medicina popular. O remédio está ligado à cura, e envolve tudo o que tenha a ver com a prevenção e o diagnóstico da doença e da sua cura, desde os elementos utilizados para esse fim até aos agentes que os fazem.

#### **i) Estudo efectuado no Norte de Portugal**

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

Por outro lado, encontramos nos discursos de quem já recorreu um registo de clandestinidade. Muito poucos referem ir à bruxa como estratégia primeira ou exclusiva. O registo clandestino fica evidente quando todas as pessoas que já recorreram referem omitir isso do seu médico assistente, ou de qualquer outro profissional que o acompanhe. Mas também omitem

dos outros em geral, eventualmente partilhando “essa volta” ou com quem a aconselhou ou com familiares próximos (não raras vezes nos perguntavam nas entrevistas se “esta parte está a gravar?” quase num registo de confidência e segredo).

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

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

*E: Mas pessoas que a senhora conhecia?*

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

Fem16, 68 anos, 1.º ciclo, bancária, PBE, urbano

A complementaridade manifesta-se num recurso que faz uso dos vários sistemas de cuidados ao dispor - vai-se ao psicólogo ou ao psiquiatra e vai-se à bruxa. Esta relação de complementaridade, muitas vezes, traduz o fracasso do médico em tratar a doença ou o sofrimento, ou em dar uma explicação compreensível e satisfatória para a situação apresentada. O médico trata do mau funcionamento do corpo; as mulheres de virtude têm uma visão integrada da situação colocando-a no contexto onde existe e onde encontra as suas causas. O médico inscreve a explicação da doença na identificação das causas e consequências biológicas e na prescrição de um tratamento, por norma químico. As mulheres de virtude inscrevem a explicação do problema (seja doença, ou não) na identificação das suas causas e consequências não só individuais mas sobretudo sociais e culturais, e prescrevem uma intervenção que apesar de poder recorrer a mezinhas e ervas, também recorre a rezas ou à utilização de palavras e de ações que se centram no poder de influenciar não só individualmente mas também socialmente. As palavras são poderosas sobretudo quando há reconhecimento e confiança no dom - permitem atingir os fins pretendidos.

*R: Olhe sabe o que costumo dizer “Deus deixou tudo no mundo.”. Percebe? E as pessoas quando se vêm aflitas procuram tudo e mesmo tudo... e eu*

*tudo o que procurei às vezes não adianta, mas não me admira nada as pessoas procurarem esse tipo de coisas. [...]*

Fem17, 43 anos, 1.º ciclo, reposic. charcutaria, OP, urbano

ii) Estudo efectuado em uma comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa

À semelhança do estudo efectuado na região Norte, no estudo efectuado junto de uma comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa são poucos os que declaram acreditar nos tratamentos feitos por curandeiros, ou ainda pelos chamados “curiosos”. No entanto, não deixam de admitir a existência desta prática, embora considerem que já não se encontra com tanta frequência como antigamente. A procura destes terapeutas não médicos é, muitas vezes, justificada pela ausência de médicos próximos das áreas onde as pessoas se encontravam quando viviam em Cabo Verde. Neste estudo, as escolhas terapêuticas definem itinerários entre os vários recursos disponíveis na comunidade. Enquanto esta população em Cabo Verde se servia com maior frequência dos vários recursos terapêuticos, aqui em Portugal afirmam procurar predominantemente o recurso ao Serviço Nacional de Saúde. O não fornecimento de uma explicação satisfatória por parte deste, ou um resultado pouco eficaz do tratamento da doença, podem vir a originar ou a já ter originado anteriormente a causa da ida do doente a um “curioso”. Ilustrativo a este respeito é o caso do senhor que relata:

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

Ent 11:H, MV, GE

De um modo geral afirmam que não comunicam ao médico este recurso, porque pensam que poderia ser mal aceite pelos médicos. Alguns acreditam que pode fazer mal misturar os dois tipos de medicação e por isso seguem as diferentes terapias de modo alternado:

*[...] Ele não me perguntou. Eu não senti que o que o curandeiro me mandou fazer interferia com os*



*tratamentos.*

Ent 28: M, MV, GE

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

Ent 12: H, MV, GE

No entanto, houve um caso em que um jovem entrevistado afirmou que foi o próprio médico que lhe disse para tomar remédios tradicionais, situação excepcional no nosso estudo.

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

*Pois, eu também fiz uma vez uma promessa... Foi... O meu pai estava altamente doente e fiz uma promessa, que infelizmente não serviu de nada. Nessas situações uma pessoa usa tudo...acredite minimamente ou não.*

Ent 6:H, MV, GE

A população entrevistada fala-nos em “remédio da terra” e socorre-se de várias expressões como uma “palha”, “ervas”, “medicina tradicional”, “medicamento da terra”, “produtos de ervanária”, “remédios naturais” ou ainda “remédios de casa”; no caso dos terapeutas, encontramos “esperta”, “pessoa tradicional”, “farmacêutico”, “curandeiro”, “parteira” e “curioso”. É nos discursos sobre o passado que as pessoas referem ter recorrido a pessoas com conhecimentos sobre tratamentos tradicionais, semelhantes aos dos tratamentos caseiros, depois de terem tentado a medicina convencional (Bäckström, 2009a).

A geração mais velha refere mais ter recorrido a este tipo de tratamentos e é detentora de um “capital” de conhecimentos que os faz ainda utilizar remédios semelhantes, mandando vir os produtos de Cabo Verde, ou procurando nas ervanárias determinados chás e plantas que são idênticos aos que eram lá usados

*Às vezes, se eu tiver muita frieza, bebo muito chá. Vou à ervanária. Tomo chá de pau de arco, dizem*

*que é bom para certos males ... Tomo chá de pau de arco, chá de louro para a dor de barriga e uso óleo de eucalipto para as dores.*

Ent 35:M, MJ, GE

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

Em Cabo-Verde mais do que distinguem as terapias médicas das não médicas, as pessoas distinguem os tipos de doenças que são tratadas no médico das outras doenças tratadas pela medicina tradicional. Os indivíduos separam as patologias em dois tipos: as doenças de médico e as doenças que não são consideradas de médico, procurando para estas o tratamento através de outros terapeutas.

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

*As pessoas diziam que eu tinha um espírito mau no meu lado e que estava com doença espiritual... Diziam que tinha de procurar um mestre, feiticeiro ou curandeiro.*

Ent 32:H, MJ, GP

*A minha mãe foi comigo a um curandeiro quando eu tinha 3 anos e ele deu-me um remédio contra bruxa e fiquei melhor.*

Ent 16: H, MJ, GE

Em Cabo Verde existe outra expressão semelhante a “fazer uma imprudência” que é “pôr a doença com sua mão” ou seja a doença é causada por atos do próprio indivíduo que contraria os cuidados necessários para “poupar a vida”. Augé e Herzlich (2000) afirmam que nada distingue fundamentalmente os sistemas africanos dos outros, opondo-se às análises de um outro antropólogo, Foster (in Augé e Herzlich, 2000), que diz que em África toda a doença é atribuída à ação de um agente externo, que tanto pode ser o homem como Deus. No caso concreto do grupo estudado, tal como em qualquer sociedade, é uma multiplicidade de dimensões, de posições de força, de situações sociais que estão em questão. A doença constitui uma “forma elementar do acontecimento” no sentido em que as suas manifestações biológicas se inscrevem no corpo do indivíduo, mas fazem parte de uma interpretação social (Bäckström, 2009a,b).

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

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

Ent 5: H, MJ, GE

### **O domínio dos recursos situados na própria pessoa**

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

não se deixar dominar pela doença” (Alves, p. 291, 2008). A força interior e a vontade constituem-se em recursos que afastam a doença e permitem ter uma vida normal. O papel principal cabe à própria pessoa, é nela própria que reside a cura, por oposição aos medicamentos e aos médicos. Os psiquiatras ou psicólogos podem ajudar, mas é a pessoa que trava a luta com a doença negando-se-lhe e impedindo-a de entrar (Alves, 2011).

*R: Se não houvesse outro remédio!*

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

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

Masc66, 35 anos, ens. superior, prof. ed. física, PBIC, rural

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

*[...] Sinto que vivo com bem-estar, feliz. E bem-estar começa comigo, com o meu interior.*

ENT 28: M, MV, GE

### **O domínio da fé, da religião e a influência**

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

#### **i) Estudo efectuado no Norte de Portugal**

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

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

O “efeito psicológico negativo” refere-se à possibilidade de essas capacidades ou poderes para influenciar se possam traduzir em efeitos de ação negativos, podendo criar sofrimentos ou doenças.

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

Neste caso, do “efeito psicológico positivo”, “as falas das pessoas permitem evidenciar que se trata de um processo interior a cada pessoa, mas que é despoletado por algo que vem do exterior – uma acção geralmente introduzida ou provocada por um mediador, seja um objecto que substitui, fornece, altera (fruto, chá, etc.), seja outra mente, alguém com poder mental capaz de “tirar a minha ideia e pôr lá a dele”. Estes agentes são diversificados (com formação e sem formação – as pessoas falam em psicólogos, padres, pessoas com dons, Deus, amigos, vizinhos, etc.)” (Alves, p. 294-5, 2008).

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

*P: Pois... o que é que as pessoas...?*

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

Masc5, 38 anos, 2.º ciclo, pintor automóveis, OI, urbano

*[...][...] Agora, claro que há pessoas que vão ao psiquiatra, ou ao psicólogo, e não faz nada. E que vão a outro tipo de pessoas e, falando com ela, ou seja lá o que for, conseguem mudar a sua forma de pensar, pronto, tudo bem!*

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

Fem14, 44 anos, ens. superior, eng. civil/professor, PBIC, urbano

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

*[...] Olhe, eu sou muito cismada. Eu aflijo-me. Tomo conta ... Tenho uma*

*neta que estuda em Viseu, na Universidade. Ela vai, e já me lembro: “ai*

*Jesus e se ela morre.” O meu filho chega à noite. Ainda à noite não tinha vindo: “ai meu Deus do céu!” ... Sou muito cismada e eu acho que isso influencia muito a minha saúde [...]*

Fem32, 66 anos, ler/escrever, agricultora, PBAP, rural

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

i) Estudo efectuado em uma comunidade cabo-verdiana residente em Lisboa

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

*Sim, no dia a dia com a força espiritual consigo ultrapassar pequenas barreiras... aquelas mais graves, sabemos que temos que procurar ajuda, ir ao hospital. Há doenças que as pessoas sentem e vão ao hospital, mas que se tiverem forças espiritual, mental conseguem ultrapassar sem ir ao médico.*  
ENT 33: H, MJ, GP

Outros relatos que surgem associam a doença à atitude individual, ao estado de espírito de cada um e à noção de equilíbrio.

*A doença é....Tem a ver com o estado de espírito, com o estado e com a atitude da vida que levamos, não é? [...] Eu acho que é fundamental estarmos com a mente sã. ... equilibrado. Ter calma...*

Ent 7: H, MJ, GE

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

*Se ficar doente, que é algo físico, vou ao hospital, mas também se for algo muito grave, mesmo que não for, se pedimos, eu sei, tenho a minha fé, se fazemos uma oração ajuda a combater a doença. Saúde não é só física mas algo mais importante que é a saúde espiritual, ligado a Deus. Vou à igreja, mas mais importante é na prática, no dia-a-dia, o nosso comportamento com o próximo... Posso dizer que combati a doença pela minha fé e, pela fé dos meus familiares, da minha mãe lá de longe e sobretudo Deus... porque se fosse só pela medicina não conseguia, hoje podia estar morto, não tinha condições...*

Ent 33: H, MJ, GP

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

*Em saúde, há uma coisa muito curiosa em Cabo Verde. Pratica-se muito o espiritismo e nos meus tempos de criança eram os espíritos que aconselhavam determinadas práticas consideradas boas para a saúde. [...] Conheci um ou dois casos que conseguiram a sua saúde mental, na afinação dos próprios, graças a sessões espíritas...*

Ent 6: H, MV, GE

*Não é mau-olhado, é um espírito que...um espírito reencarnado, de alguém que já morreu está... um ou*

*vários. Existe muita magia negra em Cabo Verde.... Por exemplo, pessoas que estão doentes, geralmente são doenças mentais, não é, do foro psiquiátrico, por exemplo uma pessoa esquizofrénica, está a ter alucinações e o que é que acham, é que por exemplo um tio ou um elemento da família que já faleceu é que anda... é o espírito dessa pessoa que anda a provocar a doença nesse...as pessoas que não são espíritas também acreditam nisso...*

Ent 24: H, MJ, GE

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

## Discussão

A pesquisa verifica que as racionalidades leigas (Alves, 2011; Silva e Alves, 2011) contemporâneas no Ocidente continuam a incorporar formas de conhecimento (com as suas classificações, representações, saberes), provenientes de vários campos, onde se inclui a ciência a par da religião, da moral, da magia, da natureza, enfim, da cultura (Jodelet, 1995; Alves, 2008).

Em ambos os estudos encontramos vários tipos de terapêuticas e serviços a que as pessoas recorrem articulando de forma complexa o recurso quer ao sistema médico oficial (público e privado), quer ao popular (as pessoas que tratam porque têm um dom de curar, de comunicar com os espíritos, à natureza, à religião), tal como Kleinman, (1984) já tinha encontrado.

Um dos indicadores de integração cultural das minorias, no campo da saúde, bem como do grau de medicalização, é o uso de remédios tradicionais, ervas e a utilização de tratamentos ocidentais (Williams e Calnan, 1996). Verifica-se, na prática, a participação num sistema dual de cuidados de saúde, em que são utilizadas as duas formas de tratamento. A mudança intergeracional é comum no caso dos

filhos dos imigrantes submetidos a um processo de “aculturação da medicalização”, enquanto aspecto de adopção geral de crenças, práticas e estilos de vida da cultura “dominante”.

O que caracteriza a medicina tradicional e popular, para além do contacto e da proximidade física daquele que trata num quadro familiar e o aspecto globalizante da percepção da doença e da terapia, é sobretudo a relação estreita da questão do “como” etiológico e terapêutico com uma “interrogação sobre o porquê” reportado à subjetividade do doente (Laplantine, 1992).

Para lidar com o sofrimento mental, é a escuta comprometida que as pessoas preferem. A conversa ajuda a própria pessoa a resolver os seus problemas e a lidar com o seu sofrimento, mobilizando os seus próprios recursos. Ao fazê-lo, entende-se que a pessoa está a resolver os seus problemas, sozinha (recorrendo à tal atitude positiva e força de vontade), e reforçando-se enquanto pessoa, na sua identidade. Já perante a doença mental propriamente dita se recorre à psiquiatria, seus medicamentos e tecnologias. Mas aí, o estigma é de tal forma mortificador do “eu” que ninguém em ambas as amostras se autoinclui nessa categoria (Alves, 2011).

A família é considerada o recurso mais decisivo (mais natural também) para favorecer uma trajetória menos negativa da doença e da cura, naqueles casos em que esta é equacionada. Cabe à família detectar os sinais e encaminhar para procurar ajuda, tratamento e orientação. Nas famílias cabe às mães a responsabilidade pelas trajetórias terapêuticas dos seus familiares, o que tem sido documentado por vários estudos nacionais e internacionais (Segalen, 1981; Cresson, 1995; Nunes, 1997; Alves, 1998; Silva, 2008), e o estudo efectuado na região Norte reforça para o campo do sofrimento mental, em geral, e para a doença mental, em particular (Alves, 2011).

Os profissionais do dom, ou campo da magia no dizer de Bourdieu (1999), são os recursos de que se fala num registo de confiança e a quem se recorre num registo de clandestinidade face ao campo oficial, e em uso complementar desse campo. Muito poucos referem ir à bruxa como estratégia primeira ou exclusiva. O que, sem dúvida, reforça a noção de poder que o sistema oficial de cuidados tem junto da população e também o que a racionalidade científica

tem na disciplina e no controlo social (do discurso público) (Alves, 2011). “A sua existência enquanto campo de produção de sentidos sobre o fenómeno mental, atesta a sua importância e ao mesmo tempo coloca um desafio poderoso ao campo das ciências sociais, nomeadamente, à sociologia – cabe-lhes compreender porque é que este campo persiste nas sociedades ocidentais modernas, capitalistas, complexas. Qual é a sua configuração moderna? Na perspectiva de Geneviève Cresson (1995) e Marcel Drulhe (1996), a magia e a religião característica das medicinas antigas coexistem em todas as culturas e têm-se mantido até aos nossos dias, apesar do fenómeno da medicalização (Illich, 1975; Conrad e col., 1992) das sociedades ocidentais aparentemente dominar o território de produção de sentidos sobre a saúde e a doença” (Alves, 2008, p. 334).

No estudo efectuado na região Norte, os que acreditam apresentam práticas muito ligadas a rituais quotidianos de sorte e azar, falam do mau-olhado, das influências, das invejas, etc. São os que recorrem frequentemente à mulher de virtude para falar de acontecimentos, para os interpretar e para avaliar ações, etc. Os cépticos declarados afirmam que a magia é uma crença, algo que não se pode provar e referem nunca ter recorrido, nem conhecer nada sobre o assunto. A escolaridade parece explicar esta posição declarada, que remete para os discursos dos mais escolarizados da amostra, muito mais próximos da racionalidade científica moderna e do seu projecto.

A relação de complementaridade observada traz o fracasso do médico em tratar ou em explicar a doença ou o sofrimento. Outras vezes significa que o que se procura num sistema e no outro são coisas diferentes – é a situação de “coligação” (Alves, 2008, p. 335-6). Quase sempre as pessoas que falam deste campo, fazem-no de uma forma breve e esquivada, refugiando-se na falta de conhecimento sistemático ou de experiência, o que lembra o trabalho de Favret-Saada (1977). Não encontramos, neste campo, regularidades distintivas entre rural e urbano para que outros estudos sobre a realidade portuguesa apelam (Carvalho, 2004).

Em relação ao estudo com imigrantes, a hipótese central era a de que a saúde se inscrevia num quadro particular onde interfere o carácter cultural da



pertença étnica. No entanto, a saúde pode variar consoante os alvos e os contextos de comparação social e económica. Confirma-se assim o que diz Peixeira (2003), quando refere que na cultura cabo-verdiana, ou cultura crioula, as divergências encontradas são mais o resultado das diferenças socioeconómicas do que das diferenças étnicas. Existem dois processos culturais que determinam a relação com a saúde e a doença, um processo de cultura "terapêutica", ou seja, um conjunto de aprendizagens e experiências de saúde e de doença provenientes da cultura de origem, e um de cultura de "grupo" ou de "classe". Os indivíduos ao imigrarem transportam estes dois processos na sua "bagagem".

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

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

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

A definição de uma única cultura para todos os indivíduos que partilham uma mesma origem (ancestral ou não) e um conjunto de elementos de uma mesma cultura específica, parece ser uma generalização abusiva. A cultura é transversal às condições socioeconómicas e os membros desta comunidade partilham e integram elementos identitários com origem em Cabo Verde. No entanto, as culturas

não são estáticas e são moldadas pela envolvimento social, pelos processos de formação e pelo acesso à informação.

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

## Referências

- ACKERHANS, M. Health issues of ethnic minority and migrant women. *Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, Copenhagen, v. 55, p. 12-13, 2003.
- ALVES, F. *A doença mental nem sempre é doença - racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no Norte de Portugal*. 2008. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Aberta, Lisboa.
- ALVES, F. *A doença mental nem sempre é doença - racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento, 2011.



- AMARO, F. *Factores sociais e culturais da esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2005.
- ARQUIVO HISTÓRICO NACIONAL. *Descoberta das ilhas de Cabo Verde*. Paris;Cabo Verde: Ahn Praia-Sépia, 1998.
- AUGÉ, M.; Herzlich, C. (Org.). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.
- BÄCKSTRÖM, B. O acesso à saúde e os factores de vulnerabilidade na população imigrante. *Alicerces, revista de investigação, ciência e tecnologia e artes*, Lisboa, ano III, n. 3, p. 79-90, abr. 2010.
- BÄCKSTRÖM, B. *Saúde e imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*. Lisboa: Observatório da Imigração, set. 2009a. (Coleção teses, n. 24).
- BÄCKSTRÖM, B.; Carvalho A.; Inglês U. A nova imigração e os problemas de saúde em Portugal - O gabinete de saúde do Cnai enquanto um observatório para o estudo da saúde dos migrantes em Portugal. *Revista Migrações*, Lisboa, n. 4, abr. 2009b.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BOURDIEU, P. *La misère du monde*. Paris: Éditions du Seuil, 1993.
- BOURDIEU, P. Economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- BASTOS, C.; Lévy, T. Aspirinas, palavras e cruces. Práticas médicas vistas pela antropologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, v. 23, p. 221-232, 1987.
- BIBEAU, G. Cultural psychiatry in a creolizing world. *Transcultural Psychiatry Research Review*, London, v. 34, n. 1, p. 9-42, 1997.
- CARVALHO, D. Cuidar e prevenir. Os saberes familiares, tradicionais e medicinais acerca da saúde e da doença. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 5., Braga, 2004. *Anais...* Braga, Portugal: Acção, Atelier, 2004.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. *Deviance and medicalization: from madness to sickness*. Filadélfia: Temple University Press, 1992.
- CRESSON, G. Le travail domestique de santé. Paris: Éditions L'Harmattan, 1995.
- DRULHE, M. *Santé et société*. Le façonnement societal de la santé. Paris: PUF, 1996.
- DESJARLAIS, R. et al. *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York: Oxford University Press, 1995.
- DIAS, S.; GONÇALVES, A. *Migração e saúde*. In : DIAS, S. (Org.). *Revista Migrações*, Lisboa, n. 1, p. 15-26, set. 2007. Número temático.
- FAVRET-SAADA, J. *Les mots, la mort, les sorts: la sorcellerie dans le Bocage*. Paris: Gallimard, 1977.
- LOPES FILHO, J. *Cabo Verde: subsídios para um levantamento cultural*. Lisboa: Plátano Editora, 1981.
- LOPES FILHO, J. *Cabo Verde: retalhos de um quotidiano*. Lisboa: Caminho, 1995. (Coleção Universitária).
- FONTES, A.; SANCHES, J. G. *Medicina popular - ensaio de antropologia médica*. Lisboa: Âncora Editora, 1999.
- GLASER, B.; STRAUSS, A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine, 1967.
- GEERTZ, C. A. *Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- HESPANHA, M. J. F. O corpo, a doença e o médico - representações e práticas numa aldeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, p. 195-210, 1987.
- ILLICH, I. *Némésis médicale - l'expropriation de la santé*. Paris: Éditions du Seuil, 1975.
- INTERNATIONAL ORGANISATION FOR MIGRATION. *World migration report 2003: Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move*, Switzerland: IOM, 2003. Disponível em: <[http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR\\_2003.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2003.pdf)>. Acesso em: 04 set. 2012.

- JODELET, D. *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF, 1995.
- KANDULA, N. R. Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. *Annual Review of Public Health*, Chicago, v. 25, p. 357-376, 2004.
- KIRMAYER, L.; MINAS, F. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, McGill University, Montreal, 2000.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture* - an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1984.
- LAPLANTINE, F. *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot, 1992.
- LAZEAR, K. et al. Depression among low-income women of colour: qualitative findings from cross-cultural focus groups. *Journal of Immigrant and Minority Health*, New York, Springer US, v. 10, p. 127-33, 2008.
- LIMA, M. *O inquérito sociológico: problemas de metodologia*. Lisboa: Editorial Presença, 1981.
- MURRAY, C; LOPEZ, A. *The global burden of disease*. Geneva: World Health Organization; Harvard School of Public Health, World Bank, 1996.
- NATHAN, T. *L'influence qui guérit*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1994.
- NUNES, B. Sobre as medicinas e as artes de curar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 23, p. 233-242, 1987.
- NUNES, B. *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século, 1997.
- PEIXEIRA, L. M. S. *Da mestiçagem à caboverdianidade* - registos de uma sociocultura. Lisboa: Edições Colibri, 2003.
- RODRIGUES, N. M. L. *"Doença da terra" e "doença da farmácia"*. Um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança. 1991. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice* - o social e o político na pós-modernidade. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
- SEGALEN, M. *Sociologie de la famille*. Paris: Armand Colin, 1981.
- SILVA, L. F. *Saber prático de saúde*. As lógicas do saudável no quotidiano. Porto: Edições Afrontamento, 2008.
- Silva, L. F.; Alves, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 1207-29.
- SMAJE, C. *Health "race" and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1995.
- VASCONCELOS, J. *Espíritos lusófonos numa ilha crioula: língua, poder e identidade em São Vicente de Cabo Verde*. Lisboa: ICS, 2001.
- WILLIAMS, S. J.; CALNAN, M. *Modern medicine: lay perspectives and experiences*. London: UCL Press, 1996.

Recebido em: 19/07/2010

Reapresentado em: 06/10/2011

Aprovado em: 08/10/2011