

* Artigo Original

O Olhar da comunidade Cabo-verdiana em Lisboa sobre a saúde e a doença¹

Bárbara Bäckström

CEMRI, Universidade Aberta de Portugal, Lisboa
barbarab@univ-ab.pt

DOI:10.3395/receis.v5i4.556pt

Resumo

Este artigo tem por base um estudo no âmbito da sociologia da saúde, em particular da saúde dos imigrantes, relativamente às suas representações e práticas de saúde e de doença. Pretendeu-se estabelecer uma análise comparativa dos dados. O estudo tem como objectivo compreender a forma como os indivíduos percebem a saúde em geral e a sua saúde, em particular. Foi feita uma análise comparativa de forma a realçar as semelhanças e as divergências de representações de saúde ou em caso de doença. O estudo foi efectuado junto de uma amostra de 40 cabo-verdianos da primeira geração residentes na região de Lisboa, dividida em diferentes subgrupos, para efeitos de análise: grupo social, geração e género. Optámos por uma metodologia qualitativa através realização de entrevistas semi-estruturadas para recolha da informação. Os resultados sugerem a existência de diferenças entre os grupos sociais relativamente às representações, na esfera da saúde e da doença. Elas foram determinadas mais pelos factores socioeconómicos do que pelos aspectos culturais e de etnicidade. Mais do que a cultura e a etnicidade que se moldam às condições materiais de existência, foi, neste estudo, o nível socioeconómico a determinar as maiores diferenças e a interferir nas práticas de saúde e doença, de um grupo com uma cultura de base comum. Em geral, os indivíduos sobrevalorizaram a sua identidade étnica e a cultura de origem comum. Essas diferenças fizeram também sobressair dois tipos de visão: uma cosmopolita, mais articulada ao mundo e que se relaciona com as ideias expressas pelo grupo de elite e na segunda, uma visão existencial, mais ligada às condições materiais de existência e que corresponde às representações feitas pelo grupo popular. A pertença a grupos sociais diferentes, mas a uma mesma cultura e identidade, dá origem a uma partilha do sentimento de pertença cultural, mas não a comportamentos e práticas idênticos.

Palavras-chave: saúde; representações; imigrantes; grupos sociais

Introdução

Portugal tem vindo, desde o início da década de 60 do século XX, a acolher populações migrantes com características culturais muito diversas e possuindo trajetórias imigratórias distintas. Nas últimas décadas, a globalização da economia, a aceleração dos processos de urbanização e a intensificação das migrações internacionais têm acentuado a pluralidade cultural e étnica nos grandes centros urbanos. Apesar de estar longe de uma situação “ótima” em que se põe em prática o que está legislado, Portugal é, em teoria, dos países europeus, aquele que possui uma política de integração dos imigrantes melhor desenhada e que, na prática, cria algumas condições que permitem direitos e deveres aos cidadãos estrangeiros, desde que aplicada a lei em vigor. A relação entre saúde e imigração tem vindo a ganhar relevo nas preocupações dos decisores políticos, nacionais e internacionais, e dos estudiosos dos processos de integração dos imigrantes nos territórios de acolhimento. Diversos factores, como sejam níveis socioeconómicos mais baixos, deficientes condições de habitação, rendimentos reduzidos, empregos precários, stress psicológico associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio, todos relacionados com a saúde, contribuem para a situação desfavorável deste grupo. As circunstâncias da vida são apenas parte de um quadro mais vasto em que o acesso aos cuidados de saúde é dificultado pela frequente ausência de informação sobre direitos e serviços disponíveis, ou ainda pela falta de sensibilidade e de conhecimento das entidades e dos profissionais prestadores dos serviços. O problema de saúde arrasta com ele todos os problemas sociais e económicos próprios de situações de extrema carência e de exclusão social. A saúde tem servido de espelho de todo um processo complexo e emaranhado que é só uma das consequências do estado frágil em que alguns imigrantes se encontram.

Este artigo pretende analisar “olhares”, visões e percepções acerca da saúde e da doença numa comunidade Cabo-verdiana imigrante residente na área Metropolitana de Lisboa. O objecto de

investigação centra-se na análise das questões sobre a saúde e a doença dos imigrantes a partir de uma perspectiva sociológica, utilizando uma metodologia de recolha de relatos pessoais, no campo das representações sociais de saúde.

A saúde dos imigrantes inscreve-se 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. O artigo pretende ilustrar e descrever as múltiplas representações existentes em contexto migratório. Pensamos que as representações de saúde dos imigrantes são idênticas às dos portugueses com o mesmo nível sócio económico (Sundquist, 1995).

Olhares, Percepções e Representações

Estar doente ou estar saudável implica uma interpretação subjectiva da origem e significado deste acontecimento. No caso da doença, tanto o significado dado aos sintomas e à dor como as respostas escolhidas são influenciadas pelas características pessoais, bem como pelo contexto cultural, económico e social nos quais os sintomas surgem. Esta é culturalmente construída na medida em que a forma como a percebemos, experimentamos e com ela lidamos é baseada nas nossas explicações de doenças, próprias das posições sociais que ocupamos e dos sistemas de valores que possuímos. Um significativo exemplo de construção cultural ligada à doença é a reacção perante a dor. Deve-se assim questionar se esta varia, entre outras razões, dependentemente da cultura e do valor atribuído aos sintomas, que difere muito em importância e significado, por efeito de crenças, preconceitos e conhecimentos que cada cultura aceita e transmite (Helman, 1990). As definições do que constitui tanto a saúde como a doença variam consoante os indivíduos, as famílias, os grupos culturais e sociais. No entanto são os factores culturais que determinam quais são os sintomas ou sinais que são percebidos como anormais. "Qual é a percepção que os indivíduos fazem da sua saúde e da doença? De que depende essa percepção?" pergunta Flick (Flick, 1992). Pode variar, por um lado, em função das características socioeconómicas dos indivíduos, e, por outro, de teorias subjectivas da saúde e da doença e ainda das representações sociais. As teorias subjectivas pressupõem que o indivíduo emite certas hipóteses sobre si próprio e sobre o mundo. Sobre as teorias subjectivas da saúde, Faltermaier (Faltermaier, 1992) apresenta-nos uma imagem do sistema de saúde "invisível" da vida quotidiana. O sistema invisível é sobretudo assegurado pelas mulheres que não são só as "especialistas" em matéria de saúde, mas são também as primeiras a ajudar concretamente, como prestadoras de cuidados, negociadoras e mediadoras.

As representações da doença e da saúde podem ser concebidas como um sistema cultural que passa de geração em geração nos grupos sociais e nas sociedades. Antigamente relacionava-se a doença com a pobreza e com a crença religiosa, segundo a qual o doente era muitas vezes visto como possuído por forças malignas ou vítima da punição dos seus pecados. Ao longo dos tempos vão-se pondo de parte as ligações da doença com o fenómeno religioso, separando o corpo da alma. Para a maior parte das pessoas, a saúde não é um conceito unitário, mas sim multidimensional, sendo quase possível ter uma "boa" saúde num aspecto e "má" num outro. É difícil pensar numa simples dicotomia entre estar "bem" ou ter uma "boa saúde" e estar "doente". Estar com boa saúde pode ser expresso apenas como ausência de doença, mas também é um conceito positivo com vários níveis. A saúde normal e ainda a "boa saúde" pode acomodar algum nível de sintomas ou queixas, bem como as consequências funcionais constituem uma parte importante da definição de saúde dos leigos (Blaxter, 1990). Os conceitos de saúde enunciados no estudo de Milred e Blaxter derivaram de respostas a duas perguntas: a primeira tinha a ver com o conceito de saúde do outro²; a segunda tinha a ver com o conceito de saúde do próprio³. Outras perguntas no questionário são importantes, nomeadamente, sobre crenças e causas da doença, ideias sobre a saúde e estilos de vida, sentimentos de culpa, responsabilidade e controlo – aspectos que dizem algo sobre como a saúde é apercebida⁴ e convidam a pessoa a considerar a saúde dela própria. Como é que um indivíduo reconhece a experiência da saúde, subjectivamente? Surgiram vários tipos de respostas. Entre estas, as respostas negativas (saúde enquanto não estar doente, saúde como ausência de doença, saúde apesar de doença) e as respostas mais positivas (saúde como reserva, como comportamento, como uma vida saudável, boa forma física, energia, vitalidade; saúde enquanto relações sociais; saúde como um bem estar psicossocial). Também é de notar que no mundo de hoje a saúde ainda conserva uma dimensão moral. Pode ser vista em termos e poder, autodisciplina e auto-controlo (Blaxter, 1983). Nas sociedades industriais, a doença é, essencialmente mas não só, assunto do médico e da medicina. Existe uma interpretação colectiva partilhada pelos membros de um mesmo grupo social, interpretação que, porém, no sentido próprio, põe em causa a sociedade e fala da nossa relação com o social. A dimensão social da doença reside no facto dela funcionar como significado e suporte do sentido da nossa relação com o social (Augé, 2000).

Williams (Williams, 1996) aborda a perspectiva leiga sobre a medicina, os medicamentos e o risco de

uso de certos medicamentos e o descontentamento com a medicina moderna e científica. O grau de aceitação da medicina moderna difere entre os diferentes grupos sociais. No que respeita às minorias étnicas, há uma associação entre a sua auto-identidade ou sentimento de pertença a uma comunidade, com a terra de origem e a permanência de aspectos de uma cultura distinta em termos das suas instituições sociais (religião, estrutura familiar e casamento), normas sociais, maneiras, atitudes, modo de pensar e comportamentos sociais (alimentação, vestuário, práticas de saúde) (Williams, 1996).

Em relação à doença e à sua classificação, a sua análise é diferente da que se faz sobre as formas de saúde pois desenha-se como uma realidade específica, com tipos de doença bem classificados. A doença traduz-se em realidades orgânicas e em comportamentos específicos: a dor, a temperatura, os sintomas externos, enquanto realidade orgânica; a cura, tratamentos, recurso ao médico e a redução da actividade, enquanto comportamentos. A doença revela-se, muitas vezes, não através de um único sintoma mas por meio de vários, que é preciso coordenar, como por exemplo, inactividade, idas ao médico, dores e alterações psicológicas. É necessário traduzir a sensação subjectiva numa realidade objectiva. O sintoma é um valor intrínseco como critério de doença. Cada sintoma é apercebido pelo indivíduo em função do seu sistema de valores e da sua relação com o grupo no qual está inserido.

Métodos

A nossa hipótese central parte do pressuposto que os imigrantes terão perfis distintos, entre eles, no que se refere à dimensão de análise "representações" de saúde e de doença, consoante o grupo social, a geração e o género. Considera-se que a cultura é uma das mais importantes influências das crenças e comportamentos relacionados com a saúde e que as diferenças na percepção da saúde dependem dos factores culturais.

Seleccionou-se uma amostra intencional de 40 indivíduos cabo-verdianos da chamada "primeira geração" de imigrantes, residentes na região de Lisboa, a qual para efeitos de análise foi dividida em dois grupos sócio económicos seleccionados a partir da escolaridade, profissão e rendimento familiar aos quais se deu a denominação "*grupo popular*" e "*grupo de elite*". No presente estudo, a designação, "popular" e "elite", atribuída a cada grupo constituído pelos critérios já referidos, não corresponde a nenhum sistema de estratificação social, nem atribui a um e a outro grupo qualquer estatuto de condição sociológica determinada. "Popular" e "Elite" apenas querem referir o funcionamento de variáveis de caracterização (níveis de escolaridade, actividade profissional, rendimentos) sem designar dois estatutos socioeconómicos estruturalmente distintos. Não têm qualquer conotação valorativa e normativa. O ponto de partida para a utilização destes dois termos foi o estudo de Rodrigues (RODRIGUES, 1989) que analisa a questão da inserção da comunidade cabo-verdiana na sociedade de acolhimento, nomeadamente ao nível das dimensões da apropriação do espaço (em termos de espaços de habitat) e das modalidades de inscrição espacial da comunidade, concentrando-se na cidade de Lisboa. O autor, para além de distinguir três dimensões de apropriação do espaço (a económica, a sociocultural e a psicossocial), constata a existência da homologia de uma apropriação dominada entre a comunidade cabo-verdiana maioritária e estratos populares portugueses. O estudo apenas focou o grupo mais "visível" e maioritário da comunidade cabo-verdiana e conclui que este grupo e os estratos populares da população portuguesa, de certo modo coabitam e interagem. A partir deste estudo passamos a usar esta nomenclatura para denominar um dos grupos que constituiu a nossa amostra, o grupo "popular", e daí surgiu a necessidade de encontrarmos um termo para contrapor e enquadrar o outro grupo. Recorremos ao estudo de Saint-Maurice (SAINT-MAURICE, 1997) sobre os Cabo-Verdianos em Portugal, para adoptarmos o termo "elite", com base nas suas tipologias, em que distingue diferentes gerações de imigrantes, com inserções sociais diferenciadas dependentemente da época em que chegaram a Portugal.

Fez-se igualmente uma análise por geração (mais jovens e mais velhos) e género (homens e mulheres). Cada um destes grupos é composto por 20 indivíduos. O critério essencial de inclusão dos elementos na amostra assentou na exigência de todos eles terem nascido em Cabo Verde e lá terem vivido até aos 17 anos inclusive. Optou-se por uma metodologia qualitativa através da realização de entrevistas semi-estruturadas para recolha da informação.

Os instrumentos de trabalho seleccionados consistiram nas entrevistas semi-estruturadas realizadas a todos os indivíduos que constituem a amostra através de gravação áudio de cada entrevista individual, após contactos prévios efectuados com os informantes privilegiados, bem como o contacto com as associações ligadas à comunidade cabo-verdiana, tanto a nível central, em Lisboa, como com associações sedeadas nos bairros de maior concentração desta população.

O tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas e na identificação

de diferenças e semelhanças entre e intra cada um dos subgrupos. Esta análise permitiu estabelecer padrões "típicos" de representações, consoante os grupos alvo. Procurámos descobrir categorias de temas, as tendências de resposta de maior frequência e padrões de resposta onde existissem coincidências e divergências e tentámos perceber a quem pertenciam estes padrões e fundamentalmente de que dependiam os mesmos para construir um sistema ou um conjunto de relações entre essas classes de respostas e as características sociais, de género e de geração dos entrevistados.

Resultados

As migrações entre os territórios estão associadas, como se vem notando ao longo da história, a factores económicos, desde o tempo da colonização pelos europeus. A chegada de imigrantes iniciada na década de 60 do século XX, com a primeira vaga de Cabo-verdianos, transformaram o território lisboeta num concelho com uma população muito diversa. Os padrões residenciais dos grupos de imigrantes ilustram as assimetrias do seu estatuto económico e social. Muitas vezes tem-se a ideia de que as pessoas de um mesmo lugar têm uma mesma identidade, cultural, com uma propensão para determinadas doenças, assumindo-se uma imagem errada de homogeneidade cultural através dos territórios de origem. A identidade dos indivíduos é por vezes percebida a partir da mesma origem geográfica, sem ter em conta a variabilidade cultural dentro do mesmo território. É errado pensar que todos os utentes guineenses, angolanos e cabo-verdianos são "africanos", sem outras considerações acerca de aspectos étnicos, identitários, culturais, linguísticos, políticos ou económicos. As culturas não são «realidades estáticas», mas resultam de uma constante negociação com o exterior e com os diferentes sistemas culturais. Pode-se manter um «núcleo duro» do sistema cultural e ao mesmo tempo interiorizar uma série de comportamentos que facilitem uma mais fácil integração na sociedade de acolhimento (Machado, 2002.) A integração é em regra muito problemática e constitui um processo demorado. Os Africanos são um dos grupos que geralmente enfrenta maiores dificuldades de integração, devido à sua origem étnica e cultural, distinta da sociedade de acolhimento e do protótipo da cultura ocidental, e ainda, porque, na sua maioria, não possuem à chegada, um património económico, «cultural» e social.

Para o Cabo-Verdiano, a doença é a totalidade que faz com que o indivíduo seja 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 como indivíduo. A literatura que aborda a medicina popular ⁵em Cabo Verde faculta-nos referências sobre o recurso a produtos naturais e culturais como plantas e minerais ou rituais de diagnóstico e cura, manipulados pelo curandeiro ou pela própria clientela na cura doméstica, segundo hábitos culturais próprios transmitidos através da tradição oral e utilizados não individualmente mas fazendo parte de um conjunto e quotidiano importante para a sobrevivência do grupo, o seu equilíbrio físico, espiritual e social» (Rodrigues, 1991).

Pretendeu-se analisar a forma como indivíduos percebem as questões de saúde no âmbito das representações sociais e das percepções subjectivas, às quais chamamos *Olhares*. A medicina, a saúde e a doença constituem um dos campos privilegiados de estudo da representação social. As percepções populares e leigas sobre a saúde e a doença podem ser estudadas a partir de diferentes pontos de vista, no campo das teorias subjectivas e das representações sociais.

A análise dos resultados comprova a existência de diferenças entre os grupos sociais relativamente às representações e práticas de saúde e de doença. Elas foram determinadas mais pelos factores socioeconómicos do que pelos aspectos culturais e de etnicidade. Outro factor determinante que evoca as variações na saúde dos imigrantes para além da posição socioeconómica é a cultura (Smaje, 1995), onde estão inseridas a etnicidade e a origem étnica. Neste caso a cultura é vista como um factor que se sobrepõe à posição socioeconómica, nas diferenças de saúde e doença. No entanto sabemos que a cultura não pode ser dissociada dos factores socioeconómicos. Os factores culturais e os factores socioeconómicos influenciam-se mutuamente e o contexto socioeconómico também é uma determinante cultural. Existem as chamadas culturas de classe e por vezes torna-se difícil separar o contexto socioeconómico do da cultura.

Encontramos duas formas de falar sobre a vida que integram as questões de saúde: uma forma em que se afirma que se está bem na vida, onde se inclui a saúde como algo de valioso e de positivo e que determina esse bem-estar; outra em que os relatos sobre a vida são menos positivos, onde surgem queixas de saúde, no sentido negativo associado à presença de doenças. Nesta perspectiva, Claudine Herzlich combina a percepção pessoal que os indivíduos fazem da qualidade de vida e de bem-estar com a saúde e a doença (Herzlich, 1996). Estas diferenças de resposta também são um bom reflexo daquilo que já foi referido na literatura revista sobre a relação entre a saúde e as condições socioeconómicas (Venema, 1995). Deparamo-nos com um auto-posicionamento dos

indivíduos face à vida e ao bem-estar directamente relacionado com suas características socioeconómicas, incluindo a educação, a profissão, a habitação e os rendimentos. Os diferentes discursos estão directamente relacionados com a posição dos indivíduos na sociedade e com as suas condições materiais de existência. Surgiram diferenças nos discursos produzidos, mas não sabemos até que ponto estas correspondem às diferenças reais.

"A educação que os meus pais, nomeadamente a que minha mãe deu foi sempre no sentido de que era importante cuidar da saúde e dos aspectos, ela lia muito sobre isso e informou-nos realmente bastante sobre, desde os regimes alimentares mais adequados até à prática de exercícios, ela procurou sempre estimular essa ideia. É uma preocupação minha. Acho que sem saúde, não há qualidade de vida, não é? É um aspecto primordial" {ENT 6: H, MV, GE}.

"É uma preocupação permanente, no sentido... quando se fala em fazer as análises, as habituais que se faz, do HIV, ou quando sinto um mau estar, vou ao médico para saber o que é que tenho. Uma preocupação, como uma coisa que...como a alimentação. Pela positiva, no sentido de preocupar com o bem-estar, estar bem e não deixar que as coisas aconteçam. Faço exames de 6 em 6 meses ou no máximo, 1 ano, no particular ou então quando vou a uma consulta aproveito e levo a credencial para fazer, para mim, para o meu filho e para o meu marido e está tudo bem." {ENT 44: M, MJ, GE}.

Ao nível das representações sobre a saúde, quisemos perceber o que a saúde significa, que preocupações as pessoas têm, qual a sua opinião acerca do seu estado de saúde, qual a noção que têm sobre saúde e sobre doença e porque e para quê é que a saúde é importante.

Em termos de avaliação subjectiva da saúde, surgem relatos de pessoas do grupo de elite que expressam a sua saúde como sendo "mais ou menos" ou "não é tão boa como desejariam" e revelam ter consciência que os seus estilos de vida não são os mais adequados para uma saúde "ótima", sabendo que deveriam mudar certos comportamentos para melhorá-la. Têm como referência o modelo "exterior" dominante da sociedade de acolhimento. Segundo Mildred e Blaxter (Mildred e Blaxter, 1990) para as classes mais altas, a saúde é um conceito positivo e expressivo, e para as mais baixas, um conceito negativo e instrumental. Para Radley (Radley, 1993), as pessoas da classe média vêem a doença mais em termos mentais e as pessoas das classes trabalhadoras vêem-na mais em termos físicos. De acordo com as formas de definir saúde apresentadas por Augé e Herzlich (Augé, Herzlich, 2000), para o grupo de elite a saúde do próprio é percebida sob a forma "saúde-produto" e "saúde-instrumento". Para o grupo popular a saúde é representada mais sob a forma de "saúde-doença" significando que a saúde é não estar doente.

Quando as pessoas ouvem falar ou pensam em "saúde" o que é que isso evoca nelas? Ao nível do grupo popular, identificámos três tipos de resposta para definir o que é saúde. Primeiramente a Saúde como a ausência de doença, não estar doente, nem ter doenças ou problemas. Seguidamente a saúde como auto-avaliação da saúde do próprio, definida neste caso como positiva ou negativa relacionada com a condição do próprio indivíduo. Finalmente, a saúde associada à presença de algo, como por exemplo, valor, riqueza, vida, boa disposição, alegria, estar e sentir-se bem e gozar de um sentimento de bem-estar. No grupo de elite se por um lado, utiliza expressões igualmente encontradas no grupo popular, tais como "bem-estar", "alegria", "boa disposição", "sentir-se bem", acrescentam-se expressões como: "adquirir práticas boas para a saúde, equilíbrio, harmonia, estar vivo, ter uma vida boa, ter qualidade de vida, estar em paz, felicidade, regeneração".

Tal como no grupo popular, a saúde é a ausência de doença e não estar doente:

"Em primeiro lugar, bem-estar. A saúde é bem-estar... é bem-estar físico, se uma pessoa sente-se bem com o seu corpo,... para mim saúde, neste momento, é sinal de liberdade. Quando penso na saúde penso essencialmente no conceito de liberdade." {Ent 8: M, MV, GE}; "A ausência de doença. Como já lhe disse, quer dizer, de uma forma genérica, para mim saúde é ausência de doença." {Ent 13: H, MV, GE}.

Essa representação não é apenas individual, mas sim construída em grande parte por "imagens" da cultura dominante na sociedade, que são as representações sociais, segundo alguns autores (Blaxter, 1983; Sontag, 1998; Flick, 1992). Também nas definições do que significa saúde para os indivíduos foram encontradas as formas "saúde-instrumento" e "saúde-produto" (Augé, Herzlich, 2000). A saúde sob a forma "saúde-produto" aparece nos resultados quando se pede para falar de doença, sobretudo no grupo de elite.

Em nosso entender, a tendência observada nas respostas dos entrevistados vai sobretudo ao encontro do primeiro tipo de representação social da doença: a doença «destrutiva», enquanto uma

punição para o próprio, perda de autonomia e enquanto uma sobrecarga para os outros:

“Sabe que... Doenças faz-me pensar em na... no... na preocupação que isso pode representar e na carga que isso pode representar para os outros, que convivem comigo, e faz pensar-me uma outra coisa que é o isolamento aqui se nos vota, nos conduz, relativamente ao mundo que nos rodeia” {Ent 13:H, MV, GE};

“Doença é... limitação. Doença é mal-estar e sofrimento, muitas vezes é preciso tratamento médico. Sobretudo doença é... um sentimento de perda de qualquer coisa que uma pessoa já teve...” {Ent 8:M, MV, GE};

No grupo de elite encontramos a definição da doença como uma consequência de comportamentos menos saudáveis e que podem levar à doença, relacionados com estilos de vida e comportamentos individuais relacionando com o modelo desenvolvido por Herzlich, através da ideia da saúde-produto ou a forma doença-resultado (Augé, Herzlich, 2000). Noutros relatos no seio do grupo de elite, associa-se doença à atitude individual, ao estado de espírito de cada um e à noção de equilíbrio. Verifica-se, assim, que este grupo, tanto no que se refere à saúde, como à doença, possui uma perspectiva mais abrangente, holística, que engloba o bem-estar físico e mental, assim como a ideia de prevenção e de qualidade de vida. Poder-se-ia acrescentar que as pessoas do grupo popular são mais fatalistas e pessimistas do que as do grupo de elite, pelo menos no que é revelado ao nível dos discursos acerca da noção de doença. Como D’Houtard (1989), para os trabalhadores manuais das camadas populares e para as pessoas mais velhas, a saúde é mais fatalista do que para os trabalhadores de grupos de elite e pessoas mais jovens. Como afirmam Blaxter (1990) e D’Houtard (1989) a visão da saúde, aferida pela forma como as pessoas a definem, é diferente consoante o grupo social. As classes trabalhadoras transmitem uma visão mais negativa - ausência de doença - e funcional - ligada à aptidão para trabalhar, do que as pessoas das classes superiores em que a definição é mais positiva, ligada ao bem-estar, e emocional relacionada com a satisfação e a felicidade, o que está bem patente nos resultados encontrados. Encontrámos indivíduos que apesar de descreverem alguns sintomas, dizem não se sentirem doentes. Nestes casos, os seus comportamentos continuarão a ser como os de pessoas com saúde como também afirmam Reijneveld e Gunning-Schepers (Reijneveld SA, Gunning-Schepers LJ, 1995). Se tivermos em conta o que diz Williams quando afirma que «quanto maior a “integração”, maiores são as necessidades e mais os valores se assemelham aos padrões dominantes da sociedade de acolhimento e maior a sensação de exclusão» (Williams, 1993), podemos ver que isto acontece em parte nos casos por nós estudados. No entanto, não se aplica às “queixas de saúde”, na análise por grupo social. A maior parte das queixas mencionadas em que se afirma que a saúde é neste momento má ou que é “mais ou menos” são provenientes de pessoas do grupo popular. Pensamos que neste grupo, a saúde dos indivíduos é percebida mais em termos “internos”, está mais relacionada com o corpo dos próprios e é vista enquanto instrumento, em termos de funcionalidade e capacidades para se estar apto para trabalhar e ser activo.

Tal como nos estudos de Claudine Herzlich (Herzlich, 1996) os entrevistados distinguiram a doença – o conceito negativo - como algo de mau, e a saúde- o conceito positivo- associado a estilos de vida saudáveis e a práticas de saúde preventivas. Ao nível da grande dicotomia negativo/positivo ou ausência/presença de saúde, aparecem respostas negativas - saúde enquanto não estar doente, saúde como ausência de doença, saúde apesar de doença, assim como respostas de sentido mais positivo, descrevendo a saúde como reserva, como comportamento, como uma vida saudável, boa forma física, energia, vitalidade, saúde enquanto relações sociais, como condição de funcionalidade física.

Conclusão e discussão

Os grupos com condições socioeconómicas mais baixas, e dentro destes os indivíduos mais velhos, encaram a saúde e a doença de forma muito semelhante ao “modelo biomédico”, enquanto os discursos do grupo da classe mais alta, da “Elite”, vão mais ao encontro do “modelo Bio-psico-social”. Segundo Nettleton (Nettleton, 1995), no modelo biomédico, a saúde é sinónimo de ausência de disfunções biológicas. Este modelo tem a sua raiz no dualismo mente/corpo, no reducionismo biológico e na causalidade linear. A saúde é vista como a ausência de doença, sem ter em conta a etiologia psicossocial de algumas doenças e não tendo em consideração a dimensão simbólica da doença, nem as diferenças comportamentais. O modelo biomédico é substituído pelo modelo bio-psico-social e posteriormente pelas teorias sobre as desigualdades sociais na saúde. Para Lillie-Blanton e Laveist (1996) a saúde e o bem-estar são função de múltiplos factores interrelacionados, nomeadamente, os de pertença a um grupo social, os comportamentos associados a estilos de vida e a utilização dos serviços de saúde. Surge o conceito de saúde positivo que inclui a mudança de comportamentos conducentes à adopção de um estilo de vida saudável, capacitando as pessoas para

um maior controlo sobre a sua saúde e para a sua melhoria, devolvendo à pessoa um papel activo. A cultura "étnica" tem sido evocada como um factor importante para determinar as diferenças de saúde e de doença dos imigrantes e minorias étnicas. Esta equação tem centralizado as explicações sobre a saúde dos imigrantes.

Uma explicação puramente "culturalista" pode omitir o significado de factores alternativos, tais como a classe, o género e a idade, 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 (Smaje, 1995).

Outro modelo de saúde, o modelo holístico, destaca a importância da responsabilidade individual e do desenvolvimento pessoal, em que o paciente é uma parte activa na sua relação com a equipa de saúde. Neste modelo já se inclui a vertente psicossomática da saúde e da doença, a relação entre corpo, mente e espírito e as dimensões sociais, psicológica e física. Dá-se ênfase à necessidade de prevenir a doença e examinam-se os estilos de vida que, por sua vez, são moldados pelos padrões de consumo e comportamentos (Nettleton, 1995). A saúde não é apenas a ausência de doença, mas manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade, nos aspectos mentais, sociais e físicos que são interdependentes; configura-se num bem-estar resultante de uma auto-avaliação e da expressão de uma opinião pessoal (positiva) acerca de si próprio. Esta perspectiva assemelha-se muito à noção de "felicidade".

Verificou-se que a variável determinante para a distinção entre as representações da saúde e da doença, mais do que a geração e o género, é o "grupo social" ao qual os indivíduos pertencem. Foram observadas semelhanças no seio do mesmo grupo social e diferenças na comparação entre os dois grupos sociais. Apesar de verificarmos que a variável que determina as maiores diferenças é o grupo social, foram evidenciados aspectos semelhantes entre os dois grupos. Além disso também podemos concluir que existem algumas divergências no interior de cada grupo social quando analisados em termos de geração e género.

Os resultados fazem sobressair dois tipos de visão, uma visão cosmopolita e uma visão existencial. No caso da primeira, estamos perante uma visão mais articulada ao mundo e que se relaciona com as ideias expressas pelo grupo de elite e na segunda uma visão existencial, mais ligada às condições materiais de existência e que corresponde às representações feitas pelo grupo popular.

A representação de saúde é traduzida através de um registo que vai do orgânico - ausência de doença - ao social - estar bem com os outros, ser eficiente no trabalho (Herzlich, 1996), quase como a pirâmide da escala de necessidades de Maslow, correspondendo, respectivamente, o primeiro ao discurso do grupo popular e o segundo ao do grupo de elite. Este último grupo encara a saúde e a doença enquanto fenómenos mais globais e exteriores aos indivíduos e o popular vê a saúde e a doença mais restringidas ao corpo, sintomas e aspectos fisiológicos, dando-lhes um significado mais particular e interior. Estas interpretações vão ao encontro das visões cosmopolita e existencial. A representação que os indivíduos têm da sua saúde está claramente associada ao nível de educação dos mesmos (Reijneveld, Gunning-Scheppers, 1995), ao capital cultural e menos à geração ou ao género.

Apesar da heterogeneidade verificada, particularmente no que se refere aos factores socioeconómicos, observou-se que existia um aspecto unificador decorrente das heranças culturais. Em geral, os indivíduos sobrevalorizaram a sua identidade étnica e a cultura de origem comum. A pertença a grupos sociais diferentes, mas a uma mesma cultura e identidade, dá origem a uma partilha do sentimento de pertença cultural, mas não a comportamentos e práticas idênticos.

Todo e qualquer sistema de saúde possui dois aspectos inter-relacionados, o aspecto cultural e o aspecto social. As sociedades modernas, complexas e industrializadas têm sistemas pluralistas de cuidados de saúde, contendo geralmente em simultâneo um subsistema popular (sistema não médico relacionado com opções dos próprios indivíduos, auto-medicação, conselhos e orientações da família), um subsistema tradicional (medicina popular, curandeiros) e o subsistema profissional (sistema de saúde ocidental). Os indivíduos optam por uns ou/e por outros, consoante as situações (Laplantine, 1992).

Para o profissional de saúde, o ser humano, em toda a sua dimensão e vulnerabilidade, é o objecto da sua prática profissional. Mais do que o seu saber e saber-fazer, deve o profissional desenvolver o seu saber-ser e saber-estar tanto com ele mesmo, como na relação com o utente/doente. Algumas doenças só poderão ser devidamente explicadas e compreendidas se os técnicos de saúde entenderem a sua dimensão social e cultural. Estudos de Antropologia Médica mostram que os «curadores tradicionais» se preocupam essencialmente em tratar a experiência humana da doença,

explicando-a e respondendo às expectativas pessoais, familiares e comunitárias. Inversamente, os médicos e outros técnicos de saúde estão distantes e não oferecem aos doentes que os procuram, uma verdadeira e efectiva relação de ajuda, a qual deverá passar obrigatoriamente pelo apoio às suas necessidades emocionais. O conhecimento da história de vida do doente, relativamente à doença, pode fazer a mediação entre a sua cultura, suas crenças, desejos e esperanças. Pode encaminhar os profissionais de saúde para uma visão holística do doente e a criação de uma relação empática - técnico de saúde/utente -, ao estabelecer de uma relação de confiança e por conseguinte a uma verdadeira e eficaz relação terapêutica. Esta abordagem antropológica ao processo de cuidar, poderá permitir aos profissionais de saúde captar a complexidade e riqueza das relações interpessoais e, sobretudo, confrontá-los com o poder dos significados incorporados pelo utente, ou seja, com as interpretações particulares dos processos de doença e respectiva valorização em termos pessoais e afectivos, podendo ainda revelar o significado que a situação/problema tem para o indivíduo. O conhecimento da dimensão social e cultural da doença pode ajudar os profissionais de saúde a perceber como a cultura, crenças e valores podem interferir na percepção e interpretação dos sintomas/doença, bem como os comportamentos de procura de ajuda tendentes à sua resolução ou seja, compreender os processos de auto reconhecimento da doença e de procura de ajuda subsequentes.

Podemos assim dizer que os profissionais de saúde, por motivos relacionados com a sua formação académica e profissional, adoptam de forma privilegiada o paradigma "biomédico", no qual é importante acreditar que aquilo que se estuda é fundamental para explicar a doença e promover a cura. É assim natural que os profissionais de saúde não se interessem tanto pelas abordagens de conteúdo mais socio-antropológicas da saúde e da doença e desprezem manifestamente as práticas que outros sectores promovem, sob a categoria de «Medicinas populares», ou seja as práticas e saberes tradicionais ligados à doença e à cura (Bastos C., 1987).

Pretende-se, com este estudo contribuir para o conhecimento dos imigrantes enquanto cidadãos e indicar a necessidade de reajustar as estruturas de saúde às transformações multiculturais, que neste momento são vividas a rápidos ritmos de mudança.

Referências bibliográficas

AUGÉ, Marc; HERZLICH, Claudine (dir.). **Le sens du mal** : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 2000.

BLAXTER, Mildred. The causes of disease: women talking. **Social Science and Medicine**, v. 17, Issue 2, p. 59-69. 1983.

BLAXTER, Mildred. **Health and Lifestyles**, London: Routledge, 1990.

BLAXTER, Mildred; PATERSON, E. **Mothers and daughters**: A three-generational study of health attitudes and behaviour. London: Heinemann, 1982.

CALNAN, M; WILLIAMS, S. (1991) In: Silva, L. Ferreira. **Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença** . Lisboa : Universidade Aberta, 2004.

D'HOUTARD, A; FIELD, M. **La santé**: approche sociologique de ses representations et de ses fonctions dans la société. Coll. Espace social. Nancy: Presses unversitaire, 1989.

FALTERMAIER, T. **Théorie subjective de la santé**: Etat de la Recherche et importance pour la pratique in FLICK, Uwe. **Théories subjctives et representations sociales**. Paris: Éditions L'Harmattan, 1992.

FLICK, Uwe. **La perception quotidienne de la santé et de la maladie**. Théories subjctives et representations sociales. Paris: Éditions L'Harmattan, 1992.

HELMAN, C. **Culture, health and illness**: an introduction for health professionals. 2 nd edition. London: Wright, 1990.

HERZLICH, C. **Santé et maladie analyse d'une représentation sociale**. Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales , 1996.

LA ROSA E. **Santé, precarité et exclusion**. Le sociologue. Paris : Puf, 1998.

MACHADO, F. L., **Contrastes e continuidades** – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal. Oeiras: Edições Celta, 2002.

NETTELON, S. **The sociology of health and illness**. Malden: Polity Press, 1995.

RADLEY, A. **Words of illness**: biographical and cultural perspectives on health and disease. London : Routledge, 1993.

REIJNEVELD, SA; GUNNING-SCHEPPERS, J. Age, health and the measurement of the socioeconomic status of individuals. **European Journal of Public health.**; v. 5, p. 87-192, 1995.

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

SONTAG, S. **A doença como metáfora e a SIDA e as suas metáforas** . Lisboa :Quetzal Editores, 1998.

SUNDQUIST, J. Ethnicity, social class and health. **Social Science and Medicine**, v. 40, Issue 5, p. 777-787, 1995.

WILLIAMS, S.J. , CALNAN, M. **Modern Medicine**: Lay Perspectives and Experiences. London: UCL Press, 1996.

WILLIAMS, R. Health and length of residence among south asians in Glasgow: a study controlling for age. **Journal of Public Health Medicine**. V.60, p. 15:52, 1993.

VENEMA, H.P. Uniken, GARRETSEN, H.F.L., VAN, Der Maas P.J. Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example. **Social Science and Medicine**. V. 41, p. 809-818, 1995.

Notas

1 Esta pesquisa teve financiado parcial da FCT, bolsa de doutoramento

2 "Pense em alguém que conhece que é muito saudável. Em quem está a pensar ? Que idade tem ? O que o(s) faz ser(em) saudável (veis) ?"

3 "Por certas vezes há pessoas que são mais saudáveis do que noutras alturas. Como é quando você está saudável ?"

4 "Como é que se reconhece a saúde, objectivamente?"

5 Popular aqui refere-se a práticas familiares e caseiras exercidas pela comunidade