

GT 12: Imigração e processos de saúde e de adoecimento

Coordenação: Ercílio Langa (UFC); José Caldas (UniFor); Priciliana Barreto Moraes (UECE).

DISCURSOS E VULNERABILIDADES NOS PROCESSOS DE SAÚDE E ADOECIMENTO DE ESTUDANTES AFRICANOS EM FORTALEZA

Dr. Ercílio Neves Brandão Langa

E-mail: ercilio.langa@gmail.com

INTRODUÇÃO: a Diáspora estudantil entre os sistemas de saúde africano e ocidental

Neste estudo, compreendo os processos de saúde e de adoecimento dos estudantes africanos para além dos seus aspectos biológicos (Barata, 2009), tomando em conta o contexto social em que esses sujeitos estão inseridos, seja em África, nas suas sociedades de origem, seja na Diáspora no Brasil. Tais processos são influenciados por fatores como redes de amizade, de conhecidos, de clientelismo ou mesmo, por marcadores sociais, quais sejam: raça, origem étnica, renda, gênero ou condições de moradia.

Relativamente ao contexto africano, de acordo com Mahumana (2014), nessas nações são comuns na medicina, concepções e “definições de saúde e doença com base em abordagens sobre a desarmonia do indivíduo com o contexto social”. Já no mundo Ocidental, dá-se enfoque ao imaginário e às representações terapêuticas que dominam os serviços de saúde estatais ou aqueles autorizados pelo Estado – *biomedicina* – negando-se as práticas médicas fora destes serviços. Na ótica deste autor, quando analisam os processos de saúde, doença e cura, as Ciências Sociais e seus cientistas são influenciados pelos ideais biomédicos ou positivistas da medicina ocidental, reproduzindo dessa forma, as desigualdades e os estereótipos em relação às outras formas de cura (*Idem*, 2014). Desta forma, Mahumana analisa as representações de saúde, focalizando na necessidade de utilização das epistemologias e metalinguagens próprias da medicina tradicional africana.

Nas sociedades africanas, temos a coexistência de diversos sistemas de saúde: biomédico estatal, tradicional (curandeiros, feiticeiros, ervanários), religioso (cristão, evangélico, islâmico e africano), saberes populares, entre outros. Nesta linha pensamento, conforme Bóia Júnior (2014), nessas culturas, “estar de boa saúde é sinônimo de estar em paz e harmonia com seus antepassados, com familiares e vizinhos”. Tal harmonia implica a existência de um equilíbrio não apenas entre os indivíduos, mas também entre estes e a

natureza. Assim, em muitas sociedades africanas, a saúde, a doença e a cura não são percebidos como um fenômeno individual, mas sim como eventos coletivos. Diante desse cenário, as ferramentas de diagnóstico e abordagens terapêuticas da medicina Ocidental apresentam um valor limitado, por ter como foco a experiência individual.

Diante desses sistemas médicos, para melhor compreensão das representações e percepções que estudantes africanos residentes na Diáspora no Ceará têm sobre os processos de saúde, doença e do acesso aos serviços médicos, utilizo o conceito de “*Modelo Explicativo*” (ME) movimentado por Arthur Kleinman (1988). Inspirado na Antropologia Interpretativa, para a compreensão dos processos de saúde e doença, este autor parte das narrativas individuais sobre o sofrimento e recuperação diante das doenças, bem como dos conhecimentos que influenciam o comportamento e a percepção dos indivíduos sobre tais processos. Na sua etnografia clínica, Kleinman (1988) um dos representantes mais influentes desta corrente, propõe o ME como um instrumento teórico capaz de elucidar a forma como os indivíduos percebem os episódios de doença e os meios utilizados para se recuperar dela em diferentes contextos culturais, caracterizados pela existência de diferentes sistemas de tratamento ou sistemas plurais. Tal modelo permite compreender a coexistência de diferentes sistemas culturais numa mesma sociedade, tornando-se, particularmente, adequado para sociedades não-ocidentais, como as africanas e asiáticas.

O *ME* é um conceito que objetiva estabelecer um quadro analítico que permite comparações entre os sistemas de tratamento e cura. Dessa forma, os ME's de doenças são vistos como estando ligados a conjuntos específicos de conhecimentos e valores dos distintos sistemas médicos (ALVES, 1993). Para estes autores, os *modelos explicativos* “determinam o que é considerado como evidência clínica relevante e como esta evidência é organizada e interpretada para abordagens racionalizadas de tratamento específico” (KLEINMAN, 1981 *apud* ALVES, 1993, p. 266). Referindo-se, particularmente, ao contexto brasileiro, Alves explicita como os indivíduos interpretam a *Experiência da doença*:

A interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos. Tais conhecimentos são diferentes entre as pessoas, por serem originados em situações biográficas determinadas. Consequentemente, os conhecimentos médicos construídos pelos membros ordinários da sociedade devem ser “localizados” em um contexto compreensivo mais amplo do que aquele oferecido pelos diversos subsetores de um sistema médico. O

conhecimento médico de um indivíduo tem sempre uma história particular, pois é constituído **de** e **por** experiências diversas. Assim, é de se esperar que este conhecimento exista em um fluxo contínuo e que o mesmo seja passível de mudanças, tanto em termos de extensão como em termos de estrutura. A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas (ALVES, 1993, p. 267).

Apesar da fecundidade deste conceito, não é tarefa fácil movimentar o ME na Diáspora africana no Ceará, visto que no Brasil, particularmente, no contexto urbano de Fortaleza, a biomedicina – e suas explicações acerca dos processos de saúde e episódios de doença – é o único sistema reconhecido e legitimado pelo Estado, cujo discurso “científico” é, suficientemente, hegemônico para “desqualificar” outros sistemas de cura: terapêuticos populares, religiosos, indígenas, de matriz africana, orientais, bem como as terapias de pajés, pais, mães e filho(a)s de santos, rezadeiras e benzedadeiras, pastores evangélicos, xamãs etc. Assim, nas linhas seguintes, analiso os discursos e as distintas situações de vulnerabilidade nos processos de saúde e doença, entre diferentes estudantes africanos radicados em Fortaleza-CE.

DISCURSOS SOBRE A SAÚDE E O ACESSO À MEDICINA EM ÁFRICA

Quando abordados sobre os processos de adoecimento e do acesso aos serviços de saúde em seus países de origem, muitos estudantes africanos afirmaram que, quase sempre “se sentiam saudáveis e raramente adoeciam”. Tal percepção e discurso pode dever-se ao fato de se sentirem protegidos por redes “familiares”, “clientelares” ou de “conhecidos” que, permitiam um acesso mais “fácil” aos serviços de saúde, “furando a fila”. Nesse contexto e esquemas, a saúde e os processos de adoecimento não eram motivo de preocupação:

Eu tinha acesso a médico porque a minha mãe é enfermeira. E aí, quase a família da minha mãe, praticamente, todos trabalham no Centro Hospitalar, minha mãe, minha tia. Aí quando eu ficava doente, a minha mãe é que consultava mas... Eu também dificilmente ficava doente. Eu não ficava doente. Eu nunca fiquei doente pra internar, só mais dor de cabeça e aí pra tomar medicamento e tal consulta só isso. [Estudante são-tomense cursando faculdade particular, morando há mais de 8 anos em Fortaleza. Entrevista gravada em 07/04/2014].

Já outro estudante africano apontava que “sempre teve acesso às unidades de saúde e acompanhamento médico”, bem como relata a existência de redes de médicos “conhecidos” que facilitavam “furar a fila” e ter acesso ao atendimento em postos de saúde, hospitais, clínicas e laboratório de análises “sem muitas dificuldades”.

Olha, lá [em Cabo-Verde] tinha minha mãe que já.., já conhecia médicos latinos e... então, assim cubanos. Aí então sempre que eu ficava doente, ela também já, já, como é que eu posso dizer... já tinha uma noção, às vezes sabe o que eu tinha. Então sempre, qualquer coisinha já tinha alguém... chegava no hospital. Hoje não vejo como isso com uma coisa..., mas na época, eu conseguia passar a fila por que o médico já conhecia minha mãe, cubanos e tal. Aí pronto. Mas sempre tinha acompanhamento, tudo o que eu precisasse e tal, vai pro hospital, vai pra clínica, faz análise. Quando eu cheguei aqui [em Fortaleza], a primeira coisa que me avisaram: - não fique doente. [Estudante cabo-verdiano cursando universidade pública, residindo há 6 anos em Fortaleza. Entrevista gravada em 25/09/2013].

Entretanto, tal situação mudou radicalmente, após ter desembarcado no Brasil, onde foi avisado das dificuldades de acesso ao SUS e, por isso, passou a preocupar-se com a saúde devido às dificuldades de acesso e longas filas de espera.

DISCURSOS E VULNERABILIDADES NO ACESSO À SAÚDE NA DIÁSPORA

Na Diáspora no Ceará, condições como raça, renda, a própria origem africana, gênero, condições de moradia constituem fatores importantes não apenas para a sua inserção e integração na sociedade cearense, mas também cruciais para seus estados de saúde e de doença. Nesse cenário, a condição de africanos, negros e imigrantes pobres, como marcadores sociais que influenciam o acesso destes sujeitos ao SUS ou mesmo a clínicas particulares populares. Cabe ainda destacar o papel da língua portuguesa – nem sempre dominada por todos os grupos nacionais entre os imigrantes francófonos e anglófonos e, mesmo lusófonos que utilizam o *crioulo* constituindo, mesmo uma barreira – que pode influenciar a comunicação entre os africanos e os profissionais de saúde.

Beatriz Padilha (2013) aponta a existência de vários aspectos da sociedade de acolhimento que influenciam as necessidades dos imigrantes em relação à saúde, como é o caso do trabalho ou ocupação em que estão inseridos, os riscos associados, os padrões de alimentação e nutrição, os horários e o clima, as condições de habitação e a sua localização, o grau de abertura da sociedade à interculturalidade etc. Já Almeida & Caldas

(2014) apontam a gravidez e maternidade como os períodos de maior vulnerabilidade entre mulheres imigrantes.

Via de regra, nesta Diáspora, longe de casa, sem o apoio e referências familiares e dos sistemas de cura, existentes em suas nações de origem, os estudantes africanos ficam reféns do sistema biomédico, seu discurso de autoridade na interpretação e cura dos sofrimentos, enfermidades e doenças que os afligem. Outras vezes, quando a situação é mais complexa, os africanos têm que conseguir dinheiro para pagar o atendimento em consultórios e mesmo clínicas particulares. Não conhecendo as medicinas alternativas e sistemas de cura existentes na Diáspora, bem como sem a proteção e ajuda das redes clientelares de parentes e conhecidos que facilitavam o acesso aos serviços de saúde nos seus países de origem, muitos estudantes africanos passam por momentos de aflição, adoecimento e até situações de morte. Esses sujeitos ficam dependentes do SUS, com suas longas filas, precário atendimento e dificuldades de comunicação com seus profissionais. São emblemáticas as mortes de dois estudantes bissau-guineenses num período de três meses – o contingente africano mais vulnerável a nível socioeconômico a residir em Fortaleza – falecidos no ano 2014, vítimas de doenças. Em seguida, apresento o relato deste estudante do Togo que, aponta facilidades no acesso à saúde em África, mesmo diante de uma realidade em que o acesso à saúde não está universalizado e não era gratuito, como é o caso de seu país de origem. Já na Diáspora, reclama da demora no acesso aos serviços de saúde, tendo que esperar meses para ser atendido:

Sim. No Togo tem as medicinas tradicionais, às vezes algumas coisas que sua avó sabe e, faz assim e às vezes dá certo. Às vezes tem aquela coisa que você... mas enfim, é mais pra gente, porque a gente é da nova geração, então a gente não “manja” muito desses assuntos. Quando ficávamos doentes, nós íamos mais pra o hospital. Aí era fácil né, você vai pra o hospital hoje de manhã, já às 9h horas [da manhã] você era atendido e vai embora. Então, às vezes marca pra outra vez, mas era raro assim. O hospital não era de graça, mas você não tinha que esperar dois meses pra ser atendido. Uma coisa que me chocou aqui [em Fortaleza] quando eu cheguei, porque o cara falava... Quando eu tava gripado, eu fui pra o hospital universitário, falaram pra eu voltar em Dezembro e, era em Outubro. Aí eu olhei para o cara e perguntei: -cara, você tá falando sério? Eu tô com 40 graus de febre aqui, e você tá me mandando voltar em Dezembro. Aí eu olhei e disse pra o cara: - se eu não morrer até Dezembro, eu vou estar bem, deixa pra lá e eu fui embora. [Estudante togolês, cursando universidade pública, residindo em Fortaleza há mais de 4 anos. Entrevista gravada em 28/03/2014].

Na sua experiência de adoecimento na Diáspora, este sujeito afirma que ficou “chocado” com o acesso às unidades públicas de saúde na cidade de Fortaleza, pois mesmo com febre alta, a data de sua consulta foi marcada para dois meses depois.

CONCLUSÕES

No cenário da Diáspora na cidade de Fortaleza, além das dificuldades em aceder aos serviços médicos, os estudantes africanos passam a apresentar distúrbios emocionais de várias ordens e sintomas de doenças psíquicas. Assim, questiono se os distúrbios relatados por estes sujeitos são causados pelas rupturas com seus mundos psicológico, social e material africanos? Ou são causados nas suas relações com a sociedade fortalezense e suas discriminações e exclusões conforme a raça, renda, gênero, nacionalidade etc? Quase sempre que tentam acessar as unidades de saúde, os africanos têm vivenciado situações de preconceito e dificuldades de comunicação com profissionais de saúde nas unidades sanitárias a que se dirigem para tratamentos médicos, em interações que demonstram a existência de racismo institucional. Muitos se sentem constrangidos com os olhares de outros usuários desses serviços de saúde. Suas narrativas e discursos apontam para a existência de conflitos com a sociedade de acolhida, com instituições públicas e particulares e seus agentes e profissionais. Também relatam a existência de problemas de relacionamento, emocionais, traumas, processos de depressão e, finalmente, doenças orgânicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lígia; CALDAS, José. ALMEIDA, Lígia et al., Avaliando Desigualdades de Saúde Materna em Migrantes: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(2), fev. 2014, p. 333-340.

ALVES, Paulo. A Experiência da Enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, jul. /sep., 1993.

BÓIA JÚNIOR, Efraime. Representações sobre a saúde mental em Moçambique. In: JÚNIOR Bóia, Efraime et al. **O que é Saúde Mental?** SERRA, Carlos (Dir.). Coleção Cadernos de Ciências Sociais. Lisboa: Escolar Editora, 2014, p.13-36.

KLEINMANN, Arthur. **The Illness Narratives: suffering, healing & the human condition.** USA: Basic Books, 1988.

MAHUMANA, Narciso. Representação de saúde/doença (mental) da medicina tradicional. In: JÚNIOR, BÓIA et al. **O que é saúde mental?** SERRA, Carlos (Dir.). Coleção Cadernos de Ciências Sociais. Lisboa: Escolar Editora, 2014, p.37-76.