

## Saúde e Adoecimento entre Africanos Imigrantes no Brasil

---

Ercílio Neves Brandão Langa<sup>a</sup>

Resumo: O artigo analisa saúde e adoecimento de africanos imigrantes em Fortaleza-CE. A partir da etnografia, entrevistas e conversas informais abordou o adoecimento em dois contextos: nos países de origem em África e no Brasil. Nas nações africanas são apontadas corrupção, ausência de hospitais e clientelismo como barreiras no acesso à cuidados médicos, mas contam com a medicina tradicional e conhecimentos endógenos de familiares para cura. No Brasil, os africanos relatam dificuldades econômicas devido ao custo de vida, compra de remédios, realização de exames clínicos e laboratoriais. Vivenciam discriminação racial e obstáculos para acessar o Sistema Único de Saúde (SUS). Longe de suas famílias, são acometidos de sofrimentos de ordem emocional, psíquica e clínica – saudades, tristeza, depressão, estresse, etc – ligados às diferentes formas de preconceito e discriminação, aos quais não dispõem de dispositivos para o enfrentamento. Têm que ‘se virar’ sozinhos para acessar o SUS ou clínicas privadas populares.

Palavras-chave: Antropologia da Saúde, Imigrantes, Estudantes Africanos no Brasil, Cidade de Fortaleza.

O artigo aborda os processos de saúde e de adoecimento entre africanos imigrantes na cidade de Fortaleza-CE. Objetiva analisar os

---

<sup>a</sup> Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Email: [ercilio.langa@gmail.com](mailto:ercilio.langa@gmail.com). Orcid: 0000-0002-8537-0996.

discursos sobre a saúde e adoecimento entre os africanos, verifica o acesso às unidades de saúde e, compreende os efeitos da discriminação racial na saúde mental e emocional desses sujeitos. Trata-se de uma abordagem sobre saúde e adoecimento para além dos seus aspectos biomédicos. Toma em conta o contexto social e cultural em que os sujeitos estão inseridos nas suas sociedades de origem em África e as condições de vida no contexto de migração em Fortaleza. Tais processos são influenciados por distintos fatores – imigração, contexto social, adaptação, dificuldades econômicas e de comunicação, redes familiares, de subjetividade e de amizade, de conhecidos e de clientelismos no acesso à cuidados médicos – ou mesmo por marcadores sociais como raça, origem étnica, cultura, renda, gênero ou condições de vida e de moradia.

O texto é adaptado do capítulo da pesquisa de Doutorado desenvolvida entre 2012 e 2016 com estudantes africanos imigrantes na cidade de Fortaleza, na qual se analisou os modos de vida e as estratégias de sobrevivência de vinte e seis estudantes de diferentes nacionalidades, oriundos de Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Nigéria, São-Tomé e Príncipe e, Togo. Trata-se de um contingente de estudantes oriundos de distintos países africanos que migram para estudar no Brasil ao abrigo de convênios educacionais governamentais como o Programa de Estudantes Convênio-Graduação (PEC-G), bem como por iniciativa própria para se inserirem em faculdades privadas. Grande parte dos estudantes africanos encontra-se inserida em faculdades particulares, sobrevivendo de bicos, trabalhos precários e recebendo ajuda econômico-financeira de parentes em África.

Nessa migração, africanos e africanas apresentam distúrbios emocionais de várias ordens e sintomas de doenças somáticas e psíquicas. Assim, avança-se algumas questões que servem de trilha deste artigo: os distúrbios relatados pelos imigrantes são causados pelas rupturas com os mundos psicológico, social e material africanos? Seriam causados pelas interações com a sociedade fortalezense e suas formas de inclusão, exclusões e discriminação conforme a raça, etnia, renda, gêne-

ro, origem e nacionalidade? Como as mulheres percebem os serviços de saúde pré-natais? Como a raça/etnia, a confiança, a comunicação e as noções informais de cuidado e sentimento de não-pertencimento desempenham papel na interação com os profissionais de saúde?

### **Imigrantes africanos em Fortaleza**

Em Fortaleza destaca-se a presença de estudantes bissau-guineenses, cabo-verdianos e santomenses, que são maioria entre os imigrantes, visto que seus países estão localizados na costa Ocidental africana e geograficamente próximos do Ceará, distantes cerca de sete a oito horas de voo de avião. Até ao início do século XXI, tais países africanos possuíam apenas uma ou nenhuma universidade pública em seus territórios. A presença africana na cidade é constituída por homens e mulheres jovens entre 17 e 35 anos de idade oriundos de diferentes países.

Os imigrantes africanos são atraídos por expectativas acadêmicas e de formação profissional devido ao maior desenvolvimento econômico e tecnológico do Brasil, alimentando esperanças de facilidade de inserção por conta da língua e culturas em comum, culinária e religiosidade trazidas pela escravidão racial. Nessa atração, destaca-se o papel desempenhado pelas tecnologias de comunicação e informação, particularmente das redes sociais virtuais na Internet – primeiro o *Orkut*, depois o *Facebook*, *Twitter*, *Instagram* e mais recentemente o *WhatsApp* – que facilitam a comunicação e difundem imagens, textos, criando redes de ‘conhecidos’ e de ‘amizades’ que são ‘adicionadas’ entre os africanos em Fortaleza e seus familiares, amigos e antigos colegas em África. Desse modo, formam-se redes de pessoas ‘conhecidas’ de um mesmo país ou de diferentes países, cujos laços reconstituem-se pelas redes sociais.

Chegados a Fortaleza os estudantes-imigrantes buscam instalar-se primeiramente em residência de familiares, amigos, conhecidos e conterrâneos, bem como em bairros, ruas e prédios onde já existem outros africanos, passando a integrar diáspora africana na cidade. Es-

ses sujeitos apresentam identidades e identificações distintas, a partir de roupas africanas coloridas, penteados e trançados de cabelo típicos de suas culturas, bem como se destacam pela língua falada no cotidiano – o crioulo da Guiné-Bissau e de Cabo-Verde.

No cotidiano, os estudantes imigrantes desses dois países comunicam-se principalmente em crioulo guineense e cabo-verdiano. A língua portuguesa é acionada somente na presença de desconhecidos e na comunicação com brasileiros. Se nas suas sociedades de origem em África a identidade étnico-linguística e religiosa são as mais preponderantes, em Fortaleza passa a ser a identidade étnico-racial. Muitos africanos passaram a assumir-se enquanto negros e africanos somente no Brasil, diante da alteridade racial e cultural dessa metrópole do nordeste brasileiro que se pensa branca e euro-descendente.

### **Saúde e doença em contextos africanos**

Mahumana (2014) argumenta que nos contextos africanos são comuns nas medicinas e sistemas médicos, concepções e definições de saúde e de doença com base em abordagens sobre a desarmonia do indivíduo com o contexto social. Na sua ótica, no mundo ocidental dá-se enfoque ao imaginário e representações terapêuticas que dominam a biomedicina, os serviços governamentais de saúde ou aqueles autorizados pelo Estado, rejeitando práticas médicas fora desse âmbito.<sup>1</sup> Quando analisam os processos de saúde, doença e de cura, as ciências sociais e seus cientistas são influenciados por ideais biomédicos ou positivistas da medicina ocidental, reproduzindo as desigualdades e os estereótipos em relação às outras formas de cura (Mahumana 2014).

Este médico tradicional e antropólogo analisa as representações de saúde, focalizando a necessidade de utilização das epistemologias e metalinguagens próprias da medicina tradicional africana.<sup>2</sup> Dessa forma, nas sociedades africanas temos a coexistência de diversos sistemas de saúde: biomédico estatal, tradicional (curandeiros, feiticeiros e ervanários), religioso (cristão, evangélico, islâmico e africano), saberes populares etc.

Já Uchôa & Vidal (1994) consideram que as noções de saúde e doença aparentemente simples se referem a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. Apontam a existência de uma multiplicidade de discursos sobre a saúde que coexistem atualmente, cada um privilegiando diferentes fatores e sugerindo estratégias de intervenção e de pesquisa diversas. Os autores chamam atenção para o papel do contexto social e cultural sobre as maneiras de agir e pensar dos grupos populacionais, frente aos problemas de saúde. Na sua ótica, a tecnologia biomédica ocidental apresenta limites e insuficiências para tratar de forma permanente o estado de saúde de uma população, pois, este está associado ao seu modo de vida e universo cultural e social. Dessa forma, defendem uma colaboração e relação de complementaridade entre as abordagens da epidemiologia, da sociologia da saúde e da antropologia médica.

Nas sociedades africanas, a saúde é vista de forma holística como um todo que envolve a dimensão física, mental espiritual, relações familiares e de vizinhança. Tal perspectiva africana é contrária à visão ocidental proclamada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata (1978) segundo a qual, a saúde seria não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social.

A Conferência de Alma-Ata revestiu-se uma grande relevância em vários contextos por defender a necessidade de ação urgente dos governos, profissionais de saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para a promoção da saúde de todos os povos do mundo (FIOCRUZ 2020). A Declaração de Alma Ata enfatizava a saúde como um direito fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde era a mais importante meta social mundial, cuja realização requeria a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, para além do setor da saúde (ENAP 2021).

No tocante ao conceito de saúde da OMS, Segre & Ferraz (1997) consideram essa definição avançada para a época em que foi procla-

mada, mas fazem críticas considerando-a irreal, ultrapassada e unilateral para os dias atuais. É irreal e utópica por aludir à ideia de perfeito bem-estar, visto que tais expressões trazem uma forte carga subjetiva, bem como por separar e distinguir as dimensões física, social e mental da existência humana como se houvesse clivagens entre elas e, unilateral por exprimir uma cosmologia ocidental, ignorar as visões de mundo de outros povos. Assim, propõem uma definição de saúde que considere um estado razoável de harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade (Segre & Ferraz 1997).

Nas culturas africanas 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 entre esses, a sociedade e suas distintas instituições, bem como entre as pessoas e a natureza. A harmonia dos indivíduos com os ancestrais cria um manto de proteção contra os males, sejam eles naturais ou provocados por pessoas. Quando o equilíbrio se quebra, é porque alguém da comunidade não cumpriu os rituais necessários, assim, a pessoa ou o grupo adoce. Nesse caso, importa identificar as causas do mal, ao nível dos rituais que foram quebrados. Trata-se de encontrar as causas da poluição e da desordem social, algo diferente da busca dos sintomas somáticos ou psíquicos típicos da biomedicina (Bóia Júnior 2014).

Em muitas sociedades africanas, saúde, doença e cura não são percebidas como fenômenos individuais, mas como eventos coletivos. As ferramentas de diagnóstico e abordagens terapêuticas da medicina ocidental apresentam-se limitadas, por terem como foco a experiência individual. Na maior parte desses Estados africanos, a medicina tradicional constitui o sistema médico convencional, num cenário em que os terapeutas se encontram física, geográfica e socialmente mais próximos das populações, cujos conhecimentos, interpretações e explicações acerca das enfermidades vão de encontro às expectativas sociais e culturais dos indivíduos.

## **Imigração e acesso a saúde no Brasil**

Martin, Goldberg & Silveira (2018) analisam os processos de inclusão de imigrantes e refugiados em instituições de saúde no Brasil, chamando atenção para um conjunto de problemas relacionados à saúde desses sujeitos que mobiliza políticas, serviços e setor acadêmico. Os autores argumentam que a inclusão de imigrantes internacionais pelos sistemas oficiais de saúde ocorre sem diálogo entre o sistema de saúde e os sistemas culturais, códigos, tradições e valores das sociedades de origem dos imigrantes. Os imigrantes e refugiados no Brasil têm acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da estratégia Saúde da Família ou das Unidades Básicas de Saúde, considerando um avanço.

No Ceará, Liberato Filho *et al* (2019) argumentam que estudantes africanos imigrantes têm garantido acesso ao SUS por meio do decreto 7.948 de 2013 referente ao Programa Estudantes Convênio-Graduação (PEC-G), que garante aos alunos desse convênio educacional, o livre acesso aos cuidados universais do uso de serviços públicos de saúde por meio da Lei n. 8.080 de 1990 que regulamenta o SUS. Contudo, questionam se estudantes de outros países africanos e de outras nacionalidades não poderiam ser inseridos nesse processo migratório regulamentado. Apesar da existência de dispositivos legais, os estudantes africanos imigrantes em Fortaleza enfrentam dificuldades de acesso a serviços públicos de saúde, tendo que recorrer a ajuda de conhecidos para consultas e exames médicos, bem como acessar clínicas populares particulares, como mostro nos tópicos seguintes.

## **Teoria e metodologia**

Diante do cenário e de sistemas médicos descritos, movimento a teoria do ‘modelo explicativo’ de Kleinman (1988) inspirado na Antropologia Interpretativa de Geertz, para compreender os processos de saúde e de doença entre os imigrantes africanos em Fortaleza. A

Antropologia Interpretativa permitiu o surgimento de uma nova concepção da relação entre indivíduo e cultura, tornando possível uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde. De acordo com Kleinman (1988), parte de narrativas individuais sobre o sofrimento e recuperação diante das doenças, dos conhecimentos que influenciam o comportamento e da percepção dos indivíduos sobre tais processos para fazer uma etnografia clínica. O Modelo Explicativo é um instrumento teórico capaz de elucidar a forma como os indivíduos percebem os episódios de doença e os meios utilizados para se recuperarem dela em diferentes contextos culturais, caracterizados pela existência de variados sistemas de tratamento ou de sistemas plurais (Kleinman 1988).

Os trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Harvard, e em particular por Kleinman (1981) e Byron Good (1977), se situam entre os principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica, um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde. Tais trabalhos mostram a importância de considerar as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, acessíveis apenas pela mediação cultural. Uchôa & Vidal (1994) destacam a distinção paradigmática de Eisenberg (1977) entre 'doença processo' (*disease*) e a 'doença experiência' (*illness*) como elementos-chave desses estudos. A doença processo ou *disease* diz respeito às anormalidades da estrutura ou funcionamento dos órgãos ou sistemas. Enquanto doença experiência ou *illness* refere-se à experiência subjetiva do mal-estar sentida pelo doente.

Para Alves (1993), o modelo explicativo permite compreender a coexistência de diferentes sistemas culturais em uma mesma sociedade, tornando-se particularmente adequado para sociedades não ocidentais, como as são as nações africanas. Modelo explicativo é um conceito que objetiva estabelecer um quadro analítico que permite comparações entre os sistemas de tratamento e cura. Assim, os modelos explicativos das doenças são vistos como estando ligados a conjuntos específicos de conhecimentos e valores dos distintos sistemas

médicos. 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” (Alves 1993:266).

Apesar da fecundidade desse conceito teórico, é difícil movimentar o ME na migração africana em Fortaleza, visto que no Brasil, particularmente, no contexto urbano, a biomedicina e suas explicações acerca dos processos de saúde e episódios de doença constituem o único sistema reconhecido e legitimado pelo Estado. Nas sociedades ocidentais, o discurso biomédico tido como científico tornou-se suficientemente hegemônico para desqualificar outros sistemas de saúde e de cura, sejam eles populares, religiosos, indígenas, de matriz africana, orientais, as terapias e rituais de pajés, pais e mães de santos, rezadeiras e benzedadeiras, pastores evangélicos, xamãs, etc.

Para verificar os processos de saúde, adoecimento e cura entre os africanos em Fortaleza, ‘adotei o ponto dos nativos’ de Geertz (2013). Primeiro analisei a ‘experiência da doença’ em África nas sociedades de origem dos estudantes e depois em Fortaleza-Brasil, a partir do ponto de vista dos próprios imigrantes. Este antropólogo insiste na necessidade do pesquisador ver epistemologicamente ‘o mundo do ponto de vista dos nativos’, bem como a necessidade de uma ‘proximidade psicológica’ e uma ‘identificação transcultural’ com os sujeitos de pesquisa.

Para interpretar as culturas, o antropólogo propõe um modelo de análise cultural hermenêutico no qual, o pesquisador deve fazer uma ‘descrição densa’ das culturas como textos vividos e teias de significados que devem ser interpretados. Também recomenda aos pesquisadores conhecer a maneira como os nativos “pensam, sentem e percebem o mundo” (Geertz 2013:87).

Nesse esforço de interpretação, Geertz (2013) distingue dois níveis de experiência: uma ‘experiência-próxima’, característica dos sujeitos pesquisados em seu cotidiano, a partir da qual os ‘nativos’ usam naturalmente sem esforço para dizer o que seus semelhantes veem,

sentem, pensam e imaginam, e que ele próprio entenderia facilmente, se os outros o utilizassem da mesma maneira. A ‘experiência-distante’ seria característica do pesquisador e do etnógrafo, com seus conceitos e arcabouços teóricos para levar a cabo seus objetos científicos, filosóficos ou práticos.

### Saúde e adoecimento em África

Na experiência de migração em Fortaleza, quando abordados acerca dos processos de saúde e de doença, bem como do acesso aos serviços de saúde em seus países de origem, muitos africanos afirmaram que “quase sempre se sentiam saudáveis” e que “raramente adoeciam”. Tais percepções e discursos devem-se ao fato desses sujeitos sentirem-se protegidos pelo conhecimento popular e pelas redes familiares e subjetivas de cuidados em África, bem como da rede de afetos e pertencimento social e cultural, contando com a presença de avós, igrejas, médicos tradicionais e curandeiros, mas também pelas redes clientelistas ou de conhecidos que permitiam acesso aos serviços de saúde biomédica. Os serviços de saúde oferecidos pelos governos africanos sempre foram precários e insuficientes em recursos humanos e tecnológicos para o diagnóstico de doenças. As famílias nem sempre dispõem de boas condições de vida e econômico-financeiras. Mesmo assim, esses sujeitos sentiam-se seguros e de boa saúde nos seus países de origem. Dessa forma, os processos de adoecimento não eram motivo de preocupação. Eis o depoimento de estudante são-tomense sobre o assunto:

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).

Outro estudante cabo-verdiano afirmava que “sempre teve acesso às unidades de saúde e acompanhamento médico”, bem como relatava a existência de redes de médicos ‘conhecidos’ que facilitavam o acesso à saúde, hospitais, clínicas particulares e laboratórios de análises sem muitas dificuldades. Contudo, a situação mudou radicalmente após desembarcar no Brasil, onde foi avisado das dificuldades de acesso ao SUS. Assim, passou a preocupar-se com a saúde devido às dificuldades e precariedade de acesso a este sistema. Analisemos seu relato:

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 porque 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).

Por sua vez, um estudante do Togo, também apontava facilidades no acesso à saúde, mesmo diante de uma realidade onde o acesso à saúde não está universalizado e não é gratuito, como é o caso desse país da África Ocidental. Este também mencionava à coexistência de distintos sistemas de saúde – tradicional e biomédico – que permitem alternativas de cura nesta nação africana. Entretanto, na cidade de Fortaleza, ele reclamava da demora no acesso aos serviços públicos de saúde: tinha que esperar meses para ser atendido pelo médico. Eis a narrativa acerca dos sistemas de saúde no Togo:

Sim. Têm 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 9 horas [da manhã]

you were attended to and you go home. Then, sometimes you mark for another time, but it was rare like that. The hospital wasn't free of charge, but you didn't have to wait two months to be attended to. One thing that shocked me here [in Fortaleza] when I arrived, because the way they talked... When I was sick, I went to the university hospital, they told me to come back in December and it was in October. I looked at the way they talked and I asked: -hey, you're serious? I'm 40 degrees feverish here, and you're telling me to come back in December. I looked and I said to the way they talked: -if I don't die until December, I'll be fine, leave me here and I'll go home. (Student from Guinea-Bissau, attending public university in Fortaleza for more than 4 years. Interview recorded on 28.03.2014).

After describing the alternative health systems existing in Togo, she said she counted on the knowledge of ethnobotany and popular medicine from her grandmother in case of illness. The Togolese immigrant relates her experience of illness in the diaspora and felt 'shocked' by the difficulties of access to health posts in Fortaleza since, even with high fever, her consultation was marked for two months later. Then, in a comparative report in which a Guinean-Bissau student explicitly states the conditions of health in Guinea-Bissau and then the reality she lived in Fortaleza.

Ah, I always lived in the health area there, my mother is a nurse, I was doing nursing there, I was in the second semester. Then, comparing health there with here, here is developed, but... because access for people is difficult, while there [in Guinea-Bissau], health is precarious, but people have access. Ah, my mother treated at home even when I had a headache, something, she gave me medicine, when I was dehydrated, she gave me oral rehydration solution. Then... if it was something more serious, I would go to the hospital myself. I had access, like she works, she comes on time, directly. Ah, boy, here [in Fortaleza] thanks to God I never got sick. God knows what to do, because if I got sick, to get a queue, to get access, even though Brazilians can't get access. Imagine a foreigner who comes from far away, how is it going to get access? (Student from Guinea-Bissau, attending Specialization in public university and resident for about 8 years in Fortaleza. Works with a signed card in public university. Interview recorded on 22.01.2014).

Na sua fala, este guineense de classe média demonstra que possuía segurança e garantia de acesso a cuidados médicos em África, pois, sua mãe trabalhava no setor da saúde. Em caso de mal-estar, a própria mãe preparava os medicamentos em casa e em casos ‘mais sérios’ dirigia-se ao hospital. Seu relato revela que em Guiné-Bissau, tal como em outras sociedades africanas, o sistema de saúde pública é precário, mesmo assim as pessoas tinham acesso aos serviços médicos. Já em Fortaleza, onde residia há cerca de oito anos, o interlocutor manteve o padrão de vida que possuía na Guiné e trabalhava com ‘carteira assinada’ em uma universidade pública. Ainda assim, relatava as dificuldades encontradas pelos imigrantes africanos, bem como dos próprios cidadãos brasileiros no acesso a saúde pública.

O fato de serem negros, imigrantes estrangeiros e pobres agravava a situação de vulnerabilidade dos estudantes africanos no acesso aos serviços de saúde na experiência em Fortaleza. Muitos imigrantes afirmavam que quase sempre se sentiam saudáveis e que raramente adoeciam quando residiam em África. Todavia, tais percepções mudaram radicalmente após terem desembarcado em Fortaleza, onde passaram a preocupar-se com a saúde, devido às dificuldades de acesso às consultas médicas. É na diáspora, onde a experiência da doença se tornou significativa nos seus discursos acerca da saúde.

### **A experiência de doença e serviços de saúde na diáspora**

Neste tópico analisa-se o acesso aos serviços de saúde e os discursos dos imigrantes sobre os episódios de doença acontecidos na diáspora em Fortaleza. Presta-se atenção à contexto e marcadores sociais como raça, renda, gênero, origem, bem como às condições de vida e de moradia. Tais marcadores são importantes para a inserção e integração dos indivíduos na sociedade, como também se mostram cruciais para seus estados de saúde, adoecimento, experiência de doença e acesso às unidades de saúde (Barata 2009). Diversos estudos apontam a existência de correlações entre migração e distúrbios que afetam o corpo, os estados de saúde e a própria saúde mental dos

indivíduos (Liberato Filho *et al.* 2019; Almeida *et al.* 2014; Padilla 2013; Maalouf 2005).

Maalouf (2005) analisa o sofrimento de imigrantes estrangeiros e os dispositivos que os sujeitos utilizam para lidar com tais situações nas metrópoles brasileiras. O pesquisador reflete sobre imigração, desenraizamento e seus efeitos no *self* dos indivíduos. Na sua ótica, fatores como o stress, a língua não materna falada no cotidiano e o cenário urbano devem ser tomados como aspectos relevantes, por meio dos quais, os indivíduos podem sofrer um processo de desenraizamento na imigração. Muitas vezes, a qualidade de vida desfavorável e a fragmentação da família constituem hipóteses em que o stress da imigração pode estar implicado.

Padilla (2013) afirma que a saúde raramente é pensada como central na vida dos imigrantes, frequentemente assume-se que esses indivíduos são pessoas saudáveis. Em outros momentos, esses sujeitos são vistos como portadores de doenças que ameaçam a saúde pública do resto dos habitantes. A estudiosa aponta distintos aspectos da sociedade de acolhida que influenciam as necessidades dos imigrantes em relação à saúde: trabalho ou ocupação em que estão inseridos, riscos associados, padrões de alimentação e nutrição, horários e o clima, condições de habitação e sua localização, grau de abertura da sociedade à interculturalidade etc.

Por estarem em Fortaleza, longe de casa e sem apoio de redes de subjetividades – referências familiares, amigos, conhecidos, redes clientelares, – assim como sem os distintos sistemas médicos e alternativas de cura existentes em suas nações de origem, os imigrantes africanos ficam reféns do sistema biomédico e seu discurso de autoridade na interpretação e cura dos sofrimentos e das doenças que os afligem. Muitas vezes, africanos e africanas têm que ‘se virar’ sozinhos para acessar o SUS, ficando dependentes desse sistema, com suas longas filas, atendimento precarizados, falta de equipamentos médicos e de cirurgia.

Enfrentam distintos desafios quando tentam acessar ao SUS, vivenciando situações de preconceito e dificuldades de comunicação

com profissionais de saúde, em interações que demonstram a existência de racismo institucional.<sup>3</sup> Muitos sentem-se constrangidos com os olhares e falas de usuários brasileiros nas filas das unidades de saúde. Quando a situação de doença é mais complexa, esses sujeitos têm que se desdobrar para conseguir dinheiro e assim pagar a consulta e o atendimento em consultórios, hospitais particulares e clínicas populares.

As narrativas e discursos dos africanos apontam a existência de conflitos com a sociedade de acolhida, suas instituições públicas e particulares, seus agentes e profissionais. Os interlocutores relataram a existência de problemas de comunicação, relacionamento, emocionais, traumas, processos de depressão e finalmente doenças orgânicas. Questionados sobre a saúde, os imigrantes apontaram processos de adoecimento, assim como reclamaram das demoras no atendimento nas unidades de saúde. Também lamentaram o fato de não disporem de ‘planos de saúde’. Eis a experiência de doença de um cabo-verdiano nessa diáspora:

Eu já fiquei doente aqui, assim pra valer, mas... Eu já tive duas infecções alimentares assim..., não foram legais, assim. Mas passei muito mal mesmo, assim ficar 5 dias na cama, a família da minha namorada é que me ajudou e tal assim. Mas, eu não tenho um plano de saúde, porque... eu acho um absurdo. Porque às vezes a gente paga pra não ter tanta coisa, assim. Eu fui, eu fui ao hospital, eu fui. Mas eu lembro que... assim foi demorado pra atender, é aquela coisa. Depois quando eles viram que, realmente, eu não tava bem, chegaram pra mim e já colocaram pra mim: - ah, você tá com febre, por que você não falou? Eu falei: - ora, eu falei. Mas teve outros momentos que disseram: - não aqui já não atende mais emergência. Aí eu tive que ir lá pra o posto de saúde, doente, andando, tá entendendo? Eu acho aqui precário, serviço público, saúde pública é difícil, principalmente pra quem é estrangeiro (Estudante de Cabo-Verde cursando universidade pública e residindo há 6 anos em Fortaleza. Entrevista gravada em 25.09.2013).

O estudante-imigrante relata pelo menos três episódios de adoecimento que considera ‘sérios’, causados por infecções alimentares, nos quais passou por momentos de aflição. Num dos episódios contou

com a ajuda e solidariedade da namorada, pois não conseguia atendimento médico na unidade de saúde. Relata dificuldades em ser levado 'à sério' pelos profissionais de saúde e de ser tratado com descaso por esses agentes da saúde. Mais uma vez, a condição de negro e imigrante estrangeiro em Fortaleza parece ter contribuído para tal situação. Outro imigrante também mostrou a existência de diferenças significativas na sua saúde entre o período em que morava na Guiné-Bissau e depois em Fortaleza. Após certo tempo de vivência na diáspora passou a ter problemas relevantes de saúde.

Prontos, eu nunca tive problemas de saúde assim, problemas relevantes de saúde lá em Guiné. Mas quando cá cheguei, eu acho que questões de adaptação, tive algumas febres, meio quentes e., até dengue já peguei. Eu, mas eu acho que isso deve-se ao local onde eu moro. Então, é muito úmido, muito escuro, muitos mosquitos, aqui se chama pernilongo, muriçoca ou pernilongo. Então, eu acho que é por isso, passei..., que é assim. Peguei dengue, passei uns dois meses. Fui ao hospital fui internado. Fiquei três dias internado. (Estudante de Guiné-Bissau cursando universidade pública, residente em Fortaleza há cerca de quatro anos. Entrevista gravada em 23.09.2013).

No relato, o imigrante atribui os problemas de saúde às questões ligadas à adaptação, como febres, condições de habitação e de vida, a salubridade na quitinete onde morava – que era quente, úmida e escura – e à ação de mosquitos. Afirmou que contraiu dengue e acabou ficando internado por três dias. Na migração, parte dos africanos consideravam-se sadios, ainda que tenham tido episódios de doença marcantes como infecções alimentares e dengue, que os obrigaram a internamentos ou a ficarem acamados em casa. Suas narrativas apontam dificuldades no acesso às unidades de saúde, vivenciando situações de desproteção social e a saúde passa a ser motivo de preocupação e temores de adoecimento.

### **A vulnerabilidade das mulheres**

Neste item, abordo os efeitos da migração na vida das mulheres africanas, seu acesso à assistência médica e as vulnerabilidades que en-

frentam em Fortaleza. Presto atenção particular à duas mulheres grávidas, às quais analiso a saúde materno-infantil. Estudos em diversos contextos apontam que os efeitos dos processos migratórios na saúde dos migrantes são variados e complexos (Almeida & Caldas 2012; Almeida *et al.* 2014; Padilla 2013; Golderg, Martin & Silveira 2015; Liberato Filho *et al.* 2019).

Na análise da saúde e dos cuidados materno-infantis entre mulheres latino-americanas, europeias e africanas, percebe-se que “gravidez e maternidade constituem períodos de maior vulnerabilidade na mulher migrante” (Almeida & Caldas 2012:288). Liberato Filho *et al.* (2019) analisaram o processo de adaptativo de estudantes africanas imigrantes numa universidade pública no interior do Ceará, no município de Redenção, apontando riscos de doenças ligadas à gravidez, à cor da pele, tabagismo, bem como dificuldades de adaptação inerentes à migração: acesso a serviços de saúde, racismo, preconceito, alimentação, clima, cultura, violência, custo de moradia etc.

Durante a pesquisa de campo, entrevistei distintas mulheres africanas cujas experiências trago nas linhas seguintes. O primeiro caso é de uma moça são-tomense que afirmava estar de boa saúde, mas apontava uma situação inusitada logo no início da sua estadia na diáspora: o fato de não menstruar durante os cinco primeiros meses de estadia na diáspora, apontando a mudança climática e dificuldades de adaptação como causas para o sucedido.

Hum... eu acho que deve estar boa né. No início, quando eu cheguei sim, tinha preocupações com a saúde. No início quando eu cheguei por causa da mudança de clima, não sei quê, teve uma altura que eu fiquei cinco meses assim, sem menstruar devido à mudança de clima. Eu fiquei muito preocupada, não assim em termos de gravidez nada, mas não é normal (Estudante são-tomense cursando faculdade particular. Residente há cerca de cinco anos em Fortaleza. Entrevista gravada em 04.03.2014).

Seu relato representa um caso extremo de reação do corpo a um novo ambiente climático e social, bem como a preocupação com a saúde após a chegada a Fortaleza. Tal situação também pode se dever

às novas preocupações e mudanças no estilo de vida e rotina, inerentes aos processos migratórios. Analiso em seguida o depoimento de outra imigrante, cabo-verdiana, sobre sua experiência de doença na diáspora. A mulher afirmava sofrer com dores de cabeça constantes e stress, com sangramentos no nariz, atribuindo tais sofrimentos a causas climáticas. Também dizia ter dificuldades no acesso a cuidados médicos.

Aqui tem muito stress, eu sinto muita dor de cabeça, eu sangro pelo nariz, coisa que eu nunca lá em Cabo-Verde eu sangrei. A primeira vez que eu cheguei aqui eu sangrei. Eu acho que é por causa do sol, aqui tem sol demais. Eu acho isso aí, eu sinto dor de cabeça demais. Lá em Cabo-Verde a minha saúde era melhor, melhor, tranquila, sem stress na cabeça. Eu já fiquei doente aqui, até eu fui pra o hospital porque eu senti dor de estômago, eu senti muita dor de estômago. Fui atendida. Eu sempre tive atendimento médico, sempre que fiquei doente aqui. Lá em Cabo-Verde eu também tinha acesso a atendimento médico. Aqui eu já encontrei dificuldade porque é assim, aqui não tem ninguém pra cuidar de mim, só que lá no meu país, eu tenho pessoas pra cuidarem de mim. Minha família, minhas irmãs, minha mãe, minha família toda cuida de mim e, aqui eu sou sozinha aqui. Então a dificuldade é maior. Nunca tive dificuldades de dinheiro, é mesmo questão de ter acesso à saúde (Estudante cabo-verdiana que finalizou o curso em faculdade particular. 31 anos de idade. Trabalhava/estagiava na Secretaria de Justiça à época da entrevista. Entrevista gravada 13.03.2014).

Em sua narrativa percebe-se que em Cabo-Verde contava com o apoio das irmãs e da família, mas em Fortaleza se sentia sozinha e apontava dificuldades em acessar as unidades de saúde. Afirmava claramente que o problema não era dinheiro, mas o acesso aos serviços de saúde. Apresento em seguida o depoimento de outra estudante, bissau-guineense, declarando que na África sempre se sentiu saudável e acessava clínicas privadas em caso de adoecimento, tinha condições financeiras e por isso nunca teve motivos para se preocupar com a saúde.

Minha saúde sempre foi ótima. Quando ficava doente em Guiné-Bissau, às vezes eu ia para o hospital. É como aqui, eu estou bem.

Na Guiné eu ia pra clínica privada. Mas aqui no Brasil é muito caro. Lá eu pagava consulta na clínica privada, eu tinha dinheiro, eu não pagava aluguel, porque é que eu não iria? Aqui eu só vou ao hospital público por causa da pobreza. E aqui as pessoas, às vezes não atendem bem. Lá na África era só clínica privada que eu ia (Estudante bissau-guineense 27 anos, finalizou o curso de Técnica de Enfermagem, em uma faculdade particular, residente há mais de 5 anos em Fortaleza. Entrevista gravada em 19.03.2012).

Na cidade de Fortaleza, quando apresentava situações menos graves de adoecimento como gripes e febres, dirigia-se ao posto de saúde mais próximo de sua residência, o qual reclamava do atendimento. Porém, quando adoecia ‘pra valer’ ia ao hospital público por conta da situação de ‘pobreza’ em que se encontrava. Destaco a situação dessa interlocutora que, tendo terminado o curso técnico de Enfermagem, não tinha dinheiro para se matricular em um curso superior de Enfermagem. Estagiava numa clínica particular, mas não era remunerada. Assim, vivia no limite de sua condição econômica, contando com a ajuda de seus pais, irmão e do namorado. A imigrante afirmava que começou a sofrer de stress na diáspora e por isso passou a “tomar cerveja para tirar o stress”. Teve contato com bebidas alcoólicas na diáspora.

Eu me considero uma pessoa saudável. Às vezes tenho gripe, mas passa. Quando tenho gripe vou ao posto do EMLURB. Aqui eu estou sem dinheiro para ir fazer consulta nas clínicas. Só na África é que eu fazia a consulta na clínica privada, nunca tive que me preocupar com a minha saúde. Aqui no Ceará só gripe normal. Nunca precisei ir ao hospital, graças a Deus. Aqui não tenho acesso a tratamento médico. Aqui só quando eu estou a sentir uma febre, vou ao posto. Nunca tive dificuldade, sempre fui atendida. Não tinha fila, não demora. Às vezes eu tomo cerveja para tirar o stress. Cachaça não. Às vezes eu tomo só uma latinha de cerveja para tirar um pouco de stress. Eu vivo estressada. Eu comecei a beber aqui no Brasil, depois de surgirem as dificuldades. Ai eu tomo a geladinha pra tirar o stress da cabeça (Estudante bissau-guineense 27 anos, finalizou o curso de Técnica de Enfermagem em uma faculdade particular. Residente há mais de cinco anos em Fortaleza. Entrevista gravada em 19.03.2012).

Na diáspora, a imigrante vivenciava uma mobilidade social descendente, apresentando dificuldades em pagar aluguel, contas pessoais, manter o padrão de vida, o acesso e o nível de atendimento nos serviços de saúde a que estava habituada na Guiné-Bissau. Assim, a vulnerabilidade socioeconômica afetou sua saúde. Sua narrativa é reveladora das situações de privação vivenciadas por muitos imigrantes africanos. A jovem sentia-se estressada e recordava do modo de vida dispunha no seu país de origem, na companhia de seus pais e outros familiares. Não tendo fonte de renda ou dinheiro em poupança, a moça concluiu que a única vantagem de estar no Brasil foi a sua formação profissional. Assim, brincava com a alternativa de arranjar um marido rico para ter uma vida mais confortável.

### **Imigrantes grávidas**

Este tópico analisa as interações de imigrantes africanas e o SUS no Brasil, enfocando a saúde sexual, reprodutiva e materno-infantil, apresentando narrativas de duas imigrantes da Guiné-Bissau que estavam grávidas entre o terceiro e o quarto mês de gestação, à época das entrevistas. Uma tinha vinte e seis anos de idade e outra, vinte e quatro anos. Eram suas primeiras gestações e apesar das preocupações com o futuro dos bebês, tinham uma boa percepção acerca de seus estados de saúde, acesso e atendimento em Fortaleza, tendo realizado pelos menos duas consultas pré-natal. A primeira jovem apresentava-se bastante otimista e tranquilidade com a gravidez e com os serviços de saúde e consultas pré-natal, já havia planejado o hospital onde faria o parto.

Aí eu penso em ter um nenê e casar. Que dá direito de ir e vir [risos]. Até já estou grávida. Já resolvi tudo. Isso é tranquilo, posto de saúde, hospital onde vai nascer. Facilita o trabalho, porque eu acho que aqui tem muito a crescer, né? Meu filho se for homem vai ser Lucas, eu gosto do nome de Lucas. Se for mulher vai ser Awyla, porque é meu nome e nome do meu namorado. Nome dele é Y... e o meu é W.... Vai nascer aqui mesmo em Fortaleza. Vem a Copa do Mundo, vai ter muitas oportunidades. Eu estou em busca dessas

oportunidades, eu estou estudando, me aperfeiçoar mais, fazer um curso de francês, inglês, me aperfeiçoar cada vez mais, no trabalho (Estudante bissau-guineense cursando universidade pública, residente em Fortaleza há cerca de 5 anos. Grávida de três meses, na época da entrevista).

A imigrante guineense mostrava vivenciar melhores condições de saúde na diáspora do que em seu país de origem. Estava otimista quanto à sua integração na sociedade e futuro de seu filho, já planejando o nome do bebê, conforme o sexo e pensava nas possibilidades de emprego advindas da Copa do Mundo que iria se realizar no Brasil, no ano 2014.

Estudos sobre migração e saúde têm reconhecido a existência do fenômeno designado de *healthy migrant effect* ou “efeito do migrante saudável”, apontando o fato de alguns migrantes serem mais saudáveis do que as populações nativas ou mesmo em relação aos indivíduos da mesma origem, no país de acolhida (Almeida & Caldas 2012:24).

Cabe ressaltar que nesse cenário migrante, havia um seletivo grupo de imigrantes cabo-verdianos e são-tomenses inseridos numa faculdade particular de classe média que possuíam planos de saúde privados ou tinham acesso a atendimento médico ‘de qualidade’ na clínica médica da faculdade. Esses estudantes não apresentavam queixas de saúde, pois se sentiam bastante seguros, com otimismo e confiança no plano de saúde, acima de muitos brasileiros.

### **Racismo e saúde mental**

Distintos estudos têm mostrado que a migração pode ter impacto negativo na saúde mental dos indivíduos, sugerindo que populações imigrantes apresentam maior risco de sofrer de doenças mentais como depressão, stress pós-traumático, esquizofrenia, resultantes de diversos fatores estressantes ao longo do processo migratório (Almeida *et al* 2014). Na sua obra fundante, Fanon (1983) parte da psiquiatria e analisa a condição do imigrante negro no mundo Ocidental, apontando a negação da sua humanidade e sua animalização na metrópole colonial

européia. Este psiquiatra faz contribuições importantes para o campo da saúde mental ao denunciar a alienação do homem negro e analisar a relação médico-paciente, particularmente quando o paciente é negro e o médico branco, concluindo que se trata de uma relação de dominação colonial.

Fanon (1983) parte da psiquiatria e analisa a condição do imigrante negro no mundo Ocidental, apontando a negação da sua humanidade e sua animalização na metrópole colonial européia. O autor traz contribuições importantes para o campo da saúde mental ao denunciar a alienação do homem negro e analisar a relação médico-paciente, particularmente quando o paciente é negro e o médico branco, concluindo que se trata de uma relação de dominação colonial.

Nessa mesma linha, Veiga (2019) propõe a descolonização da psicologia no Brasil, apontando a fragilidade da formação nesse ramo e os impactos do racismo nas subjetividades negras. Partindo do contexto social dominado pelo racismo, o autor argumenta que as subjetividades negras – modo de ser, estar, sentir e perceber o mundo – podem ser cuidadas em sua singularidade num país como o Brasil, cuja maioria da população é negra, mas constitui minoria nas diversas dimensões da sociedade: política, econômica, social, midiática, artística etc. A maioria dos currículos dos cursos de formação em Psicologia não contempla disciplinas que abordam a saúde mental da população negra, ignorando intelectuais negros e negras em suas bibliografias, num cenário onde a maioria dos profissionais são brancos (Veiga 2019).

Já Barata (2009) argumenta que alguns problemas e comportamentos de saúde apresentam maior associação com a exposição às situações de discriminação e racismo, entre os quais destaco: transtornos mentais, doenças cardíacas, hipertensão arterial, baixo peso e prematuridade, diabetes e obesidade, abuso de álcool, drogas e tabagismo. Tais efeitos do racismo e da discriminação sobre a saúde podem ser agudos ou crônicos, agindo por meio de mecanismos fisiopatológicos do estresse.

Nas linhas seguintes circunscrevo situações de sofrimentos e de doenças de foro emocional e mental provocadas pelo preconceito e discriminação racial, mas também resultantes da situação de desarmonia dos imigrantes com o contexto social vivenciado nessa diáspora, bem como com as formas de diferenciação e segregação por classe, gênero, prestígio, bairro, marcantes na cidade de Fortaleza.

Nesse cenário, a exposição a atos preconceituosos, racistas e discriminatórios pode funcionar como um agente estressor agudo, enquanto viver numa sociedade racista pode funcionar como fator estressor crônico. No tocante aos efeitos do preconceito e discriminação racial na saúde, os interlocutores apresentaram distintos relatos sobre como essa realidade afetava sua saúde e cotidiano. Alguns apontavam o racismo como uma forma de opressão que afetava sua saúde. Outros sofriam essa opressão, mas não conseguiam expressar e apontar claramente as razões para se sentirem deprimidos no cotidiano.

A questão do ser negro, eu sou africano, mas aqui foi mais intenso, né? Foi impactante porque como eu te disse, a sociedade lembra que você é negro, todo o dia, que você tem um cabelo diferente todo o dia. Então isso foi pior pra mim. É sério, eu tive um momento de crise assim, de tar..., de... não é... talvez depressão, não sei, não sei nem o que é depressão assim, mas eu fiquei... teve momentos que porra... como eu não quero mais ficar aqui, porque aqui não é um lugar decente pra ninguém viver. Se você é branco tudo bem, mas se você não é porra. É aqui é um Estado extremamente racista, extremamente racista. Então, é como eu te disse, aqui tudo mudou, minha identidade, tudo, tudo, meu pensamento, tudo mudou em cima disso aí, dessas diferenças (Estudante cabo-verdiano cursando universidade pública, residindo há 6 anos em Fortaleza. Entrevista gravada em 25.09.2013).

O relato mostra como o preconceito e a discriminação raciais no cotidiano afetam a vida, a identidade, os modos de ser e de estar dos africanos na diáspora. Por conta das diferentes situações de preconceito e discriminação, esse sujeito passou a padecer de depressão e percebeu que não queria mais morar nesta cidade, bem como começou a questionar se Fortaleza era lugar para se viver. Outros imigrantes

passaram também a sofrer com a sensação de orfandade, de ruptura familiar e social, com a responsabilidade de dar continuidade à vida sozinhos no estrangeiro, com receio de não suportarem a vida estudantil que escolheram e ter de voltar para África derrotado, sem o diploma universitário. Analisemos o depoimento deste estudante bissau-guineense que chegou à Fortaleza aos 20 anos de idade:

Quando cheguei no Brasil, nos primeiros cinco meses, eu chorava muito, chorava muito de saudade de casa. Eu ligava sempre para meu pai, dizendo que quero voltar para casa. Foi difícil (Estudante bissau-guineense residente na cidade de Fortaleza há 5 anos, cursando Engenharia Informática em faculdade particular. Conversa informal mantida em 20.03.2012).

Durante a pesquisa, os relatos dos sujeitos eram marcantes. Muitas das vezes, o peso da cultura e das masculinidades africanas impedia que os imigrantes se abrissem e falassem de suas subjetividades. O racismo e seus efeitos atingem o âmago da vida interior e social e as suas tentativas de inserção e integração na sociedade brasileira. A depressão foi a doença não orgânica mais citada nessa diáspora. A maior parte dos imigrantes sofria com essa enfermidade. Eis o relato deste estudante oriundo de Togo, narrando as dificuldades pelas quais passava, ‘ficava pra baixo’, psicologicamente abatido e admitia sofrer de depressão, que diversas vezes o impedia de sair de casa.

Agora aqui [Fortaleza], eu acho que o meio na verdade, a gente vai se adaptando ao meio, né? Pouquinho mais de atenção. E... é difícil, é difícil, a situação é difícil, então às vezes, a gente fica depressivo mesmo. E comigo já aconteceu muitas vezes já. [...]. Agora, psicologicamente, às vezes, assim a gente fica por baixo, é muito frequente você ficar por baixo, sobretudo, eu acho que eu sou, sei lá, quando fica nublado assim, eu fico... não quero mais fazer nada, tenho depressão que...[risos] (Estudante togolês, cursando universidade pública, residindo em Fortaleza há mais de 4 anos. Entrevista gravada em 28.03.2014).

Via de regra, os africanos passavam por momentos de aflição, indecisão e sofrem de saudade de suas famílias por estarem sozinhos

num país estrangeiro. Alguns imigrantes chegavam ainda bastante jovens à Fortaleza e tinham que dar rumo a essa nova etapa de suas vidas. Outros não se adaptavam facilmente à nova rotina, fuso horário, clima, contexto social e instituições distintas das encontradas no seu país de origem. Aos poucos e com o passar do tempo, os africanos iam se adaptando à nova realidade. Contudo, muitos desses sujeitos relataram que passaram a ter distúrbios de ordem emocional e psicológica por causa da discriminação racial de que eram alvo no cotidiano, ainda que tomassem cuidados para manter-se saudáveis. Atentemos ao depoimento deste cabo-verdiano acerca de sua saúde física, mental e emocional:

Olha, minha saúde física? Eu digo até que... que eu tô bem. Eu consigo manter uma alimentação equilibrada, às vezes dinheiro dá pra fazer isso, eu gosto de praticar esportes, né? Prontos, tem essa coisa que eu sempre tento fazer, sempre faço. Mental, acho que quando o físico tá bom, o mental também acompanha, mas eu reconheço que o meu emocional fica bastante abalado por causa dessa constante da discriminação. Sério, às vezes chega até a ser chato porque você tá lá, mas você vê: [Fulano], você vê racismo em tudo. É porque eu vejo, porque tá em tudo. Tá em tudo. Então assim, isso é uma coisa que me incomoda. Eu tenho momentos do ano que eu fico extremamente intolerante. Eu já não consigo é..., tipo... sorrir, sabe pra as pessoas. E eu me vejo como uma pessoa que tá sempre sorrindo, mas eu, eu não consigo mais, eu evito sair porque eu sei que eu tô no momento que eu posso arrumar encrenca. Tá entendendo? Porque chega um momento que eu tô, assim, de saco cheio. Eu fico com ódio de cearense, ódio de brasileiro, ódio porque existe esse racismo que não acaba, tá entendendo? Mas é um momento que geralmente no final do ano (Estudante cabo-verdiano, Entrevista gravada em 24.03.2014).

O imigrante cabo-verdiano reconhecia que sua saúde emocional não estava boa por conta do preconceito e da discriminação racial constantes no cotidiano. Sentia-se incomodado com as reclamações de colegas brasileiros que afirmavam que ele “vê racismo em todo o lugar”. Aos poucos, ia se tornando uma pessoa intolerante, com ódio e ressentimentos: “têm dias que prefere não sair de casa, para não arru-

mar confusão, devido ao stress”. Por conseguinte, apresento o relato deste togolês acerca da vivência na diáspora e dos casos de depressão que afetam os estudantes africanos.

É complexo, o Brasil não é essas coisas todas. E as pessoas às vezes conseguem vir e tem que ser corajoso, porque desistir é alguma coisa que todo o mundo consegue fazer. Só que, eu ainda não vi assim, alguém que... Tá rolou aquele caso da menina de Angola que tentou se suicidar, da Faculdade de Medicina. Os meninos falaram assim, vagamente, eu ouvi que ela se fechou no quarto e se cortou as veias, eu acho, alguma coisa parecida. Só que não consegui morrer, ainda bem [risos]. E é assim, esses casos, às vezes rola depressão assim, você fica muito por baixo. Mas não tem muito com quem você pode contar. Então, o que você pode fazer? Não é muito. Tá com esse sonho da gente querer voltar pra casa sem ter conseguido o que a gente veio fazer. Então, é aquela coisa, tem que ser forte, tem que ser muito forte porque você não vai ter que... assim, se você, acompanhamento psicológico, assim. Aqui dá pra ter, mas não é muito o hábito da gente [risos]. São coisas de branco, entendeu, pra gente. A gente não vai atrás dessas coisas e, às vezes a gente precisa, mas a gente não sabe por que não está acostumado... é aquela coisa, entendeu (Estudante togolês, entrevista gravada em 28.03.2014).

O depoimento acima é marcante, aponta distintas dimensões do ser negro, imigrante africano na diáspora no Brasil: “para morar no Brasil é preciso ser corajoso pois, a todo o momento surgem pensamentos negativos que o tentam a desistir”. Num contexto marcado pelo racismo, ele narra a tentativa de suicídio de uma imigrante angolana estudante do curso de Medicina na maior universidade pública do Ceará, bem como dos casos de depressão, solidão, sentimento de impotência, receio de voltar para o país natal sem o diploma e sentir-se derrotado, comuns entre os estudantes africanos.

Chama atenção no seu relato, a necessidade de ser forte e corajoso para superar as adversidades cotidianas. Por último, mostra as diferenças culturais entre o contexto africano e brasileiro, no qual, no primeiro não é muito comum o acompanhamento psicológico dos sofrimentos mentais dos indivíduos, muitas vezes, tidos como coisa

de 'branco'. Dessa forma, os estudantes africanos não se 'abrem' com ninguém, nem partilham tais experiências traumáticas, ficando tristes por longos momentos e chorando 'em segredo'.

Os relatos, depoimentos e narrativas desses imigrantes de distintas nacionalidades africanas são notórios e apontam situações vivenciadas no cotidiano, bem como para uma série de distúrbios que afetam sobremaneira as subjetividades negro-africanas por conta do racismo que se intersecciona com outras formas de discriminação. A esse conjunto de sintomas, Veiga (2019) designa de 'efeito diáspora', caracterizado pela sensação de não pertencimento, dificuldades de ser acolhido e incluído na dinâmica da sociedade de forma isonômica com os demais membros da sociedade. Já outros imigrantes africanos parecem não sofrer com a discriminação racial, apresentam sofrimentos próximos aquilo que Gamboa (2006) chama de 'síndrome de Ulisses' ou 'síndrome do imigrante', terminologia pela qual, são conhecidos os distúrbios que acometem os imigrantes, quais sejam, baixa autoestima, sensação de estar indefeso, medo, estresse crônico, depressão, entre outros sintomas.

### **Dramas sociais e mortes em Fortaleza**

Os dramas na saúde dos imigrantes africanos evidenciam-se nos sofrimentos não dizíveis ou silenciosos como depressão, alcoolismo, mas também em doenças orgânicas como dengue, febres, infecções que refletem suas condições de vida e de habitação. Do outro lado, estão as dificuldades de acesso à assistência médica nos postos de saúde e hospitais públicos, com a conseqüente deterioração de seus estados de saúde. Após dias, semanas ou meses, conseguem o acesso tardio à consulta no SUS por via de redes clientelares, ou mesmo o acesso a clínicas populares privadas após pagamento do valor da consulta. Algumas vezes, o diagnóstico tardio da doença ou enfermidade termina com sequelas graves ou mesmo com a morte de imigrantes.

A conjuntura de dificuldades de acesso a saúde, as diferentes vulnerabilidades e a discriminação racial enfrentados pelos africanos no cotidiano dessa diáspora assemelha-se ao cenário de ‘dramas sociais’, caracterizado por dificuldades dos indivíduos de se recriarem em universos sociais e simbólicos no mundo contemporâneo, onde os sujeitos se veem sozinhos e abandonados diante da responsabilidade de darem sentido à sua vida (Turner 2008; Turner 2005 *apud* Dawsey 2005).

Nesse contexto, cabe lembrar as mortes de Lester Indequê e de Ciserina dos Santos, dois estudantes de Guiné-Bissau – o contingente africano mais vulnerável a nível socioeconômico a residir em Fortaleza – falecidos no ano de 2014, em hospitais do SUS na cidade de Fortaleza, vítimas de doenças. Após as mortes, seguiram-se acusações e culpabilizações aos serviços médicos, à falta de atenção e ausência de redes de apoio socioeconômico entre os próprios imigrantes e até acusações de feitiçaria por parte de seus familiares e amigos em África.

O sofrimento não termina com a morte dos imigrantes africanos. Geralmente, o drama estende-se por mais de um mês após a morte, enquanto decorrem ‘vaquinhas’ e campanhas de angariação de fundos e valores monetários para o traslado dos cadáveres para seus países de origem. Sempre que ocorrem mortes de africanos nessa diáspora, não dispondo de planos funerários nem de fundos emergenciais, as agremiações estudantis africanas organizam ‘vaquinhas’, campanhas de solidariedade e de angariação de fundos nas redes sociais na Internet. Também o fazem por meio de apelos nas salas de aula das universidades e faculdades, em estações televisivas, jornais e rádios, bem como junto às embaixadas e serviços consulares dos países de origem existentes em território brasileiro. Para a transladação de um cadáver do Ceará para os países africanos geograficamente mais próximos como Cabo-Verde e Guiné-Bissau, normalmente, as companhias aéreas brasileiras e africanas cobravam valores que variavam entre R\$20.000,00 e R\$32.000,00.<sup>4</sup> Após o

translado dos corpos, como é de praxe, surgiam litígios entre as agremiações estudantis africanas e mesmo entre os próprios imigrantes acerca da gestão e destino das quantias em dinheiro remanescentes, angariadas nessas campanhas.

### Considerações Finais

O artigo comparou as percepções de saúde e de adoecimento de estudantes africanos residentes no Brasil. Em África, apesar da falta de unidades de saúde ou das longas distâncias que percorriam para acessar a biomedicina, os africanos contavam com apoios familiares e curandeiros que apresentavam práticas de cura ligadas aos seus contextos sociais e culturais. Já no Brasil, as dificuldades econômicas, o preconceito e a discriminação racial mostram-se como principais impedimentos para o acesso a cuidados médicos. Nessa experiência de migração no Brasil, os africanos passam a depender inteiramente do sistema de saúde biomédico, o SUS, com todo o seu aparato tecnológico, mas se veem sozinhos e com sofrimentos de ordem psíquica e emocional, para os quais, muitas das vezes não encontram tratamento adequado. Os problemas de saúde são interpretados de diferentes formas e com distintas causas apontadas. Se em África, as doenças têm origem na relação com a comunidade, família, já no Brasil são atribuídas causas climáticas e sociais, às dificuldades financeiras, a discriminação racial e o stress de morar no estrangeiro etc.

### Notas:

<sup>1</sup> Neste artigo, entende-se por ‘biomedicina’ a assistência médica clínica baseada nos princípios das ciências naturais, na cosmovisão ocidental, suas especialidades e aparatos tecnológicos utilizados para diagnóstico, tratamento e cura das doenças. Para Mahumana (2014), a biomedicina ou medicina de origem ocidental também designada ortodoxa foi construída e representada com base em pressupostos da Biologia sistêmica. Assim, a biomedicina constitui o sistema médico hegemônico nos serviços de saúde estatais, privados, hospitais e unidades sanitárias na África, mes-

mo que não esteja universalizado e somente atenda a uma minoria das populações africanas. Mesmo assim, grande parte das nações africanas utiliza-a em coexistência, alternância ou simultaneamente com a medicina tradicional e outras formas terapêuticas de origem islâmica.

<sup>2</sup> Utilizo a expressão ‘medicina tradicional’ para me referir ao sistema de saúde ancorado em conhecimentos, práticas, valores, tradições e rituais africanos, que incluem a utilização de plantas, animais e fenômenos da natureza, bem como entidades espirituais do mundo sobrenatural. Esse tipo de medicina é exercido por diferentes atores, sejam anciãos, ervanários, curandeiros, feiticeiros, xamãs, régulos, pastores, *sheiks*, *nyangas*, *nyangarrumes*, *nyamussoros*, *djambakossis*, *quimbandeiros*, etc.

<sup>3</sup> Designa-se racismo institucional ao fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas em razão de sua cor, cultura ou origem étnica. Ou mesmo, quando estruturas públicas e/ou privadas de um país, estado, governo ou serviço atuam de forma diferenciada em relação a determinados grupos em função de características físicas ou culturais.

<sup>4</sup> Valores vigentes no ano de 2015.

## Referências:

- ALMEIDA, Lígia; CALDAS, José. 2012. “Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: que realidade?” *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 1(1):19-36.
- ALMEIDA, Lígia *et al.* 2014. “Avaliando desigualdades de saúde materna em migrantes: um estudo qualitativo”. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(2):333-340.
- ALVES, Paulo. 1993. “A experiência da enfermidade: considerações teóricas”. *Cadernos Saúde Pública*, 9(3):263-271.
- BARATA, Rita. 2009. *Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- BÓIA JÚNIOR, Efraime. 2014. “Representações sobre a saúde mental em Moçambique”. In SERRA, Carlos (ed.): *O que é Saúde Mental? Coleção Cadernos de Ciências Sociais*, pp. 13-36. Lisboa: Escolar Editora.
- DECRETO nº 7.948, de 12 de março de 2013. Dispõe sobre o Programa de Estudantes-Convênio de Graduação – PEC-G. ([www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/decreto/d7948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7948.htm); acesso em 06/06/21).
- ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). 2021. *Migração e Saúde: Módulo I, a saúde como direito universal*. Brasília: ENAP.
- EISENBERG, L. 1977. “Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:09-23.

- FANON, Frantz. 1983. *Pele negra, máscaras brancas*. Rio de Janeiro: Fator.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A Declaração de Alma-Ata. (<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevanciaem-varios>; acesso em 05/07/21).
- GAMBOA, Santiago. 2006. *A síndrome de Ulisses*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil.
- GEERTZ, Clifford. 2013. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- GEERTZ, Clifford. 2008. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- GOLDBERG, A., MARTIN, D. & SILVEIRA, C. 2015. “Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva”. *Interface: comunicação, saúde e educação*, 19(53):229-232.
- GOOD, Byron. 1977. “The heart of what’s the matter: the semantics of illness in Iran”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-58.
- KLEINMANN, Arthur. 1988. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. USA: Basic Books.
- KLEINMANN, Arthur. 1981. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- LIBERATO FILHO, G. et al. 2019. “Estudantes africanas imigrantes no Ceará - análise do processo adaptativo”. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(2):240-248.
- MAALOUF, Jorge. 2005. *O Sofrimento de Imigrantes: um estudo clínico sobre os efeitos do desenraizamento no self. Brasil*. Tese Doutorado. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo.
- MAHUMANA, Narciso. 2014. “Representação de saúde/doença (mental) da medicina tradicional”. In JÚNIOR, B., MAHUMANA, N. & JESUS, J. (eds.): *O que é saúde mental?*, pp. 37-76. Lisboa: Editora Escolar.
- MARTIN, D., GOLDBERG, A. & SILVEIRA, C. 2018. “Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural”. *Saúde e Sociedade*, 27(1):26-36.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 1978. *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde*. OMS: Genebra/Alma-Ata.
- PADILLA, Beatriz. 2013. “Saúde dos Imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal”. *Revista Internacional de Mobilidade Humana*, 21:49-68.
- SEGRE, M, & FERRAZ, F. 1997. “O conceito de saúde”. *Revista de Saúde Pública*, 31:538-542.
- TURNER, Victor. 2008. *Dramas, campos e metáforas: ação simbólica na sociedade humana*. Niterói-RJ: EDUFF.
- TURNER, Victor. 2005. “Dewey, Dilthey e Drama: um ensaio em Antropologia da Experiência (primeira parte)”. *Revista Cadernos de Campo*, 13(13):177-185.
- UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. 1994. “Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença”. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (4):497-504.

VEIGA, Lucas. 2019. “Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta”. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31:244-248.

### Health and Illness among African immigrants in Brazil

**Abstract:** The article analyzes the health and illness of African immigrants in Fortaleza-CE. Based on ethnography, interviews and informal conversations, the illness was approached in two contexts: in the countries of origin in Africa and in Brazil. In African nations, corruption, lack of hospitals and clientelism are pointed out as barriers to accessing medical care, but they rely on traditional medicine and endogenous knowledge of family members for healing. In Brazil, Africans report economic difficulties due to the cost of living, purchasing medicines, performing clinical and laboratory tests. They experience racial discrimination and obstacles to accessing the Unified Health System (SUS). Away from their families, they suffer from emotional, psychological and clinical suffering – homesickness, sadness, depression, stress, etc. – linked to different forms of prejudice and discrimination, which they do not have the devices to cope with. They have to ‘make their own way’ to access the SUS or popular private clinics.

**Keywords:** Anthropology of Health, Immigrants, African students in Brazil, City of Fortaleza.

Recebido em outubro de 2021.

Aprovado em julho de 2022.