

A DEPRESSÃO NO PROCESSO MIGRATÓRIO UM ESTUDO TRANSCULTURAL COM IMIGRANTES BRASILEIROS E CABOVERDIANOS

2010

Tese de Mestrado em Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica

Maria Natália Azevedo Pereira
Universidade Autónoma de Lisboa

Orientador:

Professor Doutor João Hipólito

Contacto:

nataliapereira82@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo refletir o ser imigrante, abordando conceitos como cultura, cuidados de saúde, depressão, coping e resiliência. Muitos imigrantes, estão sujeitos a situações e dificuldades, relacionadas com os novos papéis a desempenhar, que podem ser potenciadores do surgimento de estados depressivos.

O estudo decorreu na cidade de Portimão e contou com a colaboração de imigrantes brasileiros e caboverdianos, frequentadores de associações locais. Foram aplicados a 50 indivíduos o Inventário de Beck II, a Escala Toulosana de Coping e a Escala de Empowerment (EPE), para se perceber e identificar como e porquê uns imigrantes entraram em estados depressivos, enquanto que outros munidos de algumas ferramentas pessoais conseguiram ultrapassar as dificuldades da sua condição de imigrante.

Palavras-chave: Imigração, cultura, cuidados de saúde, integração, depressão, coping, resiliência.



INTRODUÇÃO

O presente estudo começou a ganhar forma durante a frequência da pós-graduação em Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica, onde se percebeu da necessidade e interesse em refletir sobre a complexidade de se ser imigrante e a forma como este estatuto com tudo o que ele implica influência a saúde mental e pontencializa o surgimento de estados depressivos.

A escolha das comunidades brasileira e caboverdiana teve como lógica serem os grupos culturais mais representativos da imigração em Portugal, assim como, a partilha de um historial comum com a população portuguesa, que nos manteve ligados durante séculos.

A integração dos imigrantes nas sociedades de acolhimento é uma necessidade cuja omissão tem custos muito elevados. Tendo em consideração que a integração dos imigrantes passa pela sua saúde física e mental, consideramos que ao conhecermos e compreendermos melhor o que os afecta, podemos na medida das nossas capacidades e dos conhecimentos que fomos adquirindo ao longo dos anos de estudo, delinear formas de ajuda a estes grupos.

Quem e como são estes imigrantes, suas formas de adaptação à sociedade portuguesa, as diferenças culturais, a depressão como forma de reacção ao diferente e à saudade e as relações que estabeleceram com os cuidados de saúde, são aspectos que integram os objectivos deste estudo.

A partida e a necessidade de se integrarem pode dificultar o manter viva a noção de quem se é crescendo o medo de se tornar no outro. O sentimento de origem é fundamental, não só do ponto de vista psíquico, mas também do ponto de vista de referência no mundo.

A abertura das fronteiras e a livre circulação de pessoas e bens permitiu que Portugal se tornasse um destino da nova emigração. A queda do bloco de leste e as dificuldades económicas que estes novos países tiveram de enfrentar, foram factores que incentivaram a partida de muitos desempregados, assim como fomentaram redes mafiosas que trouxeram muita mão de obra clandestina e em situação de total escravidão.

Neste trabalho, procura-se verificar se se pode de alguma forma relacionar, o facto de se emigrar com todos os aspectos a ele associados e o estado depressivo, uma vez que esta situação reúne diversos factores possíveis de influenciar a saúde mental de um indivíduo, assim como, por ser ainda uma área pouco estudada em Portugal, pareceu-nos ser pertinente trabalhar esta problemática.

Para a sua realização foi necessário conhecer profundamente a realidade diária e vivencial destas pessoas, tornando possível perceber a experiência de ser imigrante e permitindo tirar conclusões mais reais. Comparou-se as variações numéricas de imigrantes e procurou-se analisar e perceber, o percurso dos seus países de origem desde a sua formação, até à actualidade.

Falámos com associações de apoio ao imigrante, associações e grupos de brasileiros e caboverdianos, com o Serviço de Emprego de Portimão, passámos dias junto deles para termos a percepção dos seus problemas, dúvidas e necessidades.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pelas Nações Unidas, a 10 de Dezembro de 1948, institui pela primeira vez na História, o conceito de Direitos Humanos, os quais se regem pelo princípio, de que a dignidade humana deve ser protegida e respeitada.

Daqui se depreende, que questões como a acessibilidade aos sistemas de saúde é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, mas na realidade este acesso está intimamente ligada a factores políticos, económicos e sociais e onde o bem-estar económico deveria estar intimamente ligado à promoção de um melhor estado de saúde.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Os imigrantes em Portugal

A transição do século XX para o século XXI marca uma nova etapa da imigração para Portugal, tendo os fluxos de entrada de imigrantes atingido uma dimensão sem precedentes, entre a década de noventa até aos primeiros anos do ano 2000.

A aceleração do crescimento da emigração para Portugal, foi acompanhada pela tendência para o aumento da diversidade étnica e geográfica, o que levou sem dúvida a uma nova forma de estar e de viver, a um novo olhar sobre o outro até então desconhecido.

Tal como Portes (1999, p. 24), apontamos igualmente como causas da emigração dois aspectos primordiais, um a nível global, tendo como causa as diferenças internacionais na oferta e procura de mão de obra e outra a nível mais individual/pessoal.

Já para Guia (2008, p. 33), os principais factores que estão na base das migrações podem ser dividir em dois motivos impulsionadores deste movimento:

- Razões económicas, como a procura de melhor nível de vida, melhores salários, melhores condições sociais.
- Razões não económicas, como o reagrupamento familiar, a segurança, fugas por motivos religiosos ou políticos.

A aculturação, os novos papéis, o choque cultural, são factores que a maioria dos emigrantes não leva em consideração no momento da partida e que podem influenciar o seu sucesso ou o seu desapontamento no novo país. Situações essas que podem, ao se tornarem incontornáveis e incontornáveis acabar numa depressão de maior ou menor amplitude, que nos preocupa e que

pretendemos perceber para que nos possa ser possível participar num caminho de ajuda e libertação.

A decisão de emigrar acontece em função da relação custos/benefícios do partir e deixar o seu país de origem para trás. Se os benefícios esperados excederem os custos, a opção é partir.

No entanto, e tal como afirma Portes (1999, p. 25), nem todos partem, pois este é um processo altamente seletivo e só o faz quem tem alguns recursos. Podemos ter aqui uma justificação para o crescente desenvolvimento de redes de tráfico de trabalhadores, para diversos países da Europa e que por sua vez se têm tornado um problema para as polícias europeias.

Até início dos anos 90, os emigrantes que nos chegavam eram basicamente dos PALOP, processo que evidencia algumas ligações à primeira vaga migratória laboral contemporânea, iniciada em finais dos anos 60 e início dos anos 70, que envolvia trabalhadores cabo-verdianos, e que foi de alguma forma continuada – embora por motivos distintos – com a chegada de milhares de africanos, durante o período de descolonização, em meados dos anos 70 (Góis, 2008, pp. 14-16).

No início do novo século chegam em grande força populações do leste europeu com especial destaque para a Ucrânia, paralelamente com um aumento da comunidade brasileira, que já tinha começado a emigrar para Portugal nos anos oitenta, conforme informação recolhida no trabalho sobre imigração brasileira, organizada por Malheiros (2007, p.20), e segundo o qual em 1986, tínhamos em Portugal 7.470 imigrantes brasileiros, que representava 8,6% do total dos imigrantes.

Este panorama sofre mudanças bastante significativas, na segunda metade da década de 90, especialmente, entre 1991 e 2001, em que o número de imigrantes passa de 123.612 para 350.898.

Verifica-se igualmente uma diversificação da composição dos fluxos imigracionais, com a inclusão de mais Asiáticos (sobretudo Chineses e nacionais dos países do subcontinente indiano) e, especialmente na chegada e posterior fixação, em poucos anos, de milhares de Europeus de Leste.

Foi neste contexto que a imigração brasileira para Portugal, sofre um impulso significativo, assim como uma alteração na sua composição, daí a distinção entre “primeira” e “segunda vaga” de imigrantes brasileiros. Esta segunda vaga, com níveis de instrução algo mais reduzida e direcionada para segmentos menos qualificados do mercado de trabalho, enquanto que a “primeira vaga” ocorrida em finais dos anos 80/primeira metade dos anos 90, conforme referido, era constituída particularmente por dentistas e técnicos informáticos (Malheiros, 2007, pp.17-18).

Segundo o SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) no ano de 2007 registaram-se mudanças significativas quanto aos valores absolutos por nacionalidade e respectivos posicionamentos, às quais não será totalmente estranha uma alteração de metodologia nos registos.

A alteração mais expressiva ocorreu com o Brasil. Embora em 2007 esta comunidade fosse já a mais representativa com 66 354 cidadãos residentes, o seu quantitativo atinge em 2008 o expressivo valor de 106 961 indivíduos, representando actualmente 24% da comunidade estrangeira residente em Portugal. Independentemente da questão metodológica, este fenómeno vinha a desenhar-se desde o início do presente século, através de um crescimento forte e contínuo desta comunidade.

Pela primeira vez, a Ucrânia surge como a segunda comunidade estrangeira mais representativa em Portugal. Com um quantitativo de 52 494 cidadãos (39 480 em 2007), a Ucrânia representa 12% do universo de residentes.

Cabo Verde passa a ocupar o terceiro lugar, com 51 352 residentes, o que lhe confere uma representatividade de 12%. Este valor expressa uma descida face aos 63 925 assinalados em 2007, ano em que constituía a segunda nacionalidade mais representativa.

Outra subida expressiva foi a da Roménia que, de 19 155 em 2007, passa para 27 769 tornando-se no Estado-Membro da União Europeia com maior número de residentes em Portugal (lugar tradicionalmente ocupado pelo Reino Unido), constituindo 6% dos residentes estrangeiros.

Angola ocupa a posição subsequente, com 27 619 residentes, seguida da Guiné-Bissau, com 24 391 residentes, representando, em ambos os casos, um valor percentual de 6% do universo dos residentes.

Em relação ao **índice de envelhecimento**, constata-se que este é relativamente baixo, justificado parcialmente pelo facto da imigração constituir um fenómeno relativamente recente em Portugal.

Em 2008 beneficiaram do programa de apoio ao regresso voluntário, um total de 347 estrangeiros, destacando-se os nacionais do Brasil (279), Angola (25), Ucrânia (12), Cabo Verde (9), Federação Russa (9), outros (13).

O significativo aumento de 24,8% verificado face a 2007 (278 regressos voluntários), deveu-se, essencialmente, à criação de estruturas de forma a facilitar o retorno de imigrantes ilegais.

No entanto e devido à crise financeira que degenerou numa crise económica e logo social, alguns imigrantes optaram por regressar aos seus países de origem face à falta de emprego, tal como artigo publicado pelo Diário de Notícias:

MAIS ESTRANGEIROS SEM TRABALHO – DIÁRIO DE NOTÍCIAS 4 DE JANEIRO DE 2010. p. 5

“Vieram à procura de uma vida melhor em Portugal. Mas a verdade é que o número de estrangeiros que vivem hoje do subsídio de desemprego não pára de aumentar, reflexo sobretudo da profunda crise do sector da construção.....Um terço dos estrangeiros a receber subsídio de desemprego são brasileiros (7384), seguidos de perto por trabalhadores dos PALOP (7064) e da Europa de Leste (5697).”

Conforme Paulo Sadokha, presidente da Associação dos Ucrânios em Portugal, explica, a debandada de ucrânios deve-se:

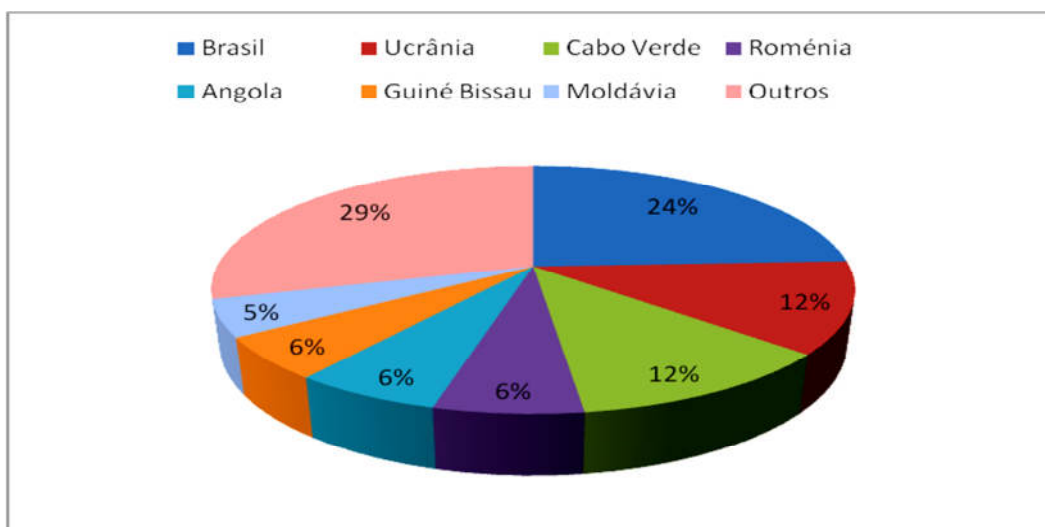
"A Ucrânia deu um salto qualitativo. Os partidos democráticos ganharam e o país começou a crescer. Os salários já não são tão maus e com o Europeu de 2012 haverá uma multiplicação de emprego".

No entanto, esclarece, *"não se trata apenas de haver pessoas a sair - ainda residem cá cerca de 53 mil ucrânios (em 2004 eram mais de 80 mil) -, mas de já não quererem entrar. Vêm apenas aqueles que querem unir-se às suas famílias".*

O cenário é idêntico no que diz respeito ao Brasil, embora Ricardo Amaral, presidente da Associação Brasileira de Portugal, interprete o retorno "sem dramas" e com "naturalidade". *"Portugal é o segundo país da Europa com mais brasileiros, cerca de 140 mil. Se saírem dez mil, não é significativo",* desvaloriza.

Apesar disso, reconhece que o Governo de Lula da Silva tornou o Brasil *"mais apetecível para trabalhar"*. *"E com o Mundial de 2016",* antecipa, *"o Rio de Janeiro será uma cidade nova"*.

No quadro 1 pode-se ver a composição do panorama migratório, devidamente legalizados, residentes em Portugal, de acordo com a estatística do SEF de 2008.

Quadro 1 - Principais nacionalidades


Fonte: SEF – Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo de 2008

Como se pode verificar, as nacionalidades estrangeiras mais representativas em Portugal são Brasil, Ucrânia, Cabo Verde, Angola, Roménia, Guiné-Bissau e Moldávia, as quais, no seu conjunto, representam cerca de 71% da população estrangeira com permanência regular em território nacional.

1.1.1. Direito de acesso aos cuidados de saúde pelos imigrantes

O direito à saúde e ao bem-estar físico, mental e social é um direito de todos os cidadãos e que se encontra instituído em diversos diplomas legais de âmbito internacional, de que são exemplo, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), o Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1996) ou o Estatuto Jurídico do Imigrante (2002).

Embora mundialmente reconhecido como um direito essencial, o acesso à saúde continua a ser uma das maiores dificuldades com que os imigrantes se deparam nas sociedades de acolhimento.

Como podemos ler no “Segundo Relatório do Observatório Europeu de Acesso aos Cuidados de Saúde”, dos Médicos do Mundo, setembro de 2009, fica bem claro que o acesso aos cuidados de saúde é um direito não respeitado nos diversos países da Europa:

“As violências que sofreram anteriormente, durante e após a sua migração, associadas às condições de vida e de trabalho afetam gravemente o seu estado de saúde. Os indocumentados defrontam-se com inúmeros obstáculos para acederem à prevenção, aos cuidados e a uma cobertura de saúde. Estes obstáculos resultam de leis restritivas, de falta de informação, de

barreiras administrativas e de práticas discriminatórias. O seu acompanhamento médico é, por consequência, largamente insuficiente. 45% dos problemas de saúde não recebem qualquer tratamento.....”

Consequentemente, os imigrantes têm o seu acesso aos cuidados de saúde muitas vezes restringido ou muito limitado, o que só acontece porque a saúde das comunidades imigrantes e do grupos minoritários nos países de acolhimento tende a ser encarada, sobretudo, como uma despesa para o orçamento de Estado e não como um investimento a curto, médio e longo.

Um elevado número de investigações recentes tem evidenciado os benefícios da adoção de políticas de saúde sensíveis às especificidades culturais, religiosas ou linguísticas dos imigrantes.

O factor mais relevante de tais investigações, desenvolvidas por organizações e centros de investigação europeus e norte americanos para as migrações, consiste em notar-se que as vantagens são biunívocas, pois se por um lado, se promove o bem-estar e a saúde do imigrante e a sua integração na sociedade de acolhimento, por outro a melhoria do estado de saúde destes grupos populacionais aumenta a produtividade e o rendimento *per capita* dos países acolhedores, uma vez que estão mais recetivos à educação e ao emprego, e a desempenham um papel mais participativo na sociedade de acolhimento

Igualmente a forma como a sociedade facilita ou não o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, determina a forma como estes se adaptam, participam e procuram realizar os seus projetos (Beaumatín, Esparbès, Michon-Tap, 1990, pp. 69-81).

Também a promoção do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, acarreta importantes benefícios para a saúde pública, em particular quando se trata de situações de doenças infecto-contagiosas, uma vez que a adopção das medidas necessárias atempadamente, impede a propagação das patologias. No caso da saúde mental, uma vez que é feito o diagnóstico e se dá início ao respetivo tratamento, diminuem o risco de comportamentos que coloquem em perigo a saúde e a vida do imigrante, assim como de terceiros.

As dificuldades de acesso aos cuidados e sistema de saúde, a falta de informação adaptada às minorias étnicas e a tomada em conta insuficiente ou inadequada das necessidades das minorias, por exemplo ao nível linguístico, hábitos culturais e estilo de vida, são apontadas por Williams et al. 1995, referido por Ramos, 2004, p. 111, como sendo um conjunto de elementos não favoráveis à saúde.

Embora as políticas sociais de carácter restritivo acabem por afetar gravemente a saúde dos imigrantes na sua generalidade, identificam-se grupos de imigrantes particularmente mais vulneráveis, entre os quais se destacam os imigrantes indocumentados.

De facto, um pouco por todo o mundo, o estatuto de documentado ou indocumentado acaba por conferir aos imigrantes um grau de autorização e de direito ao acesso aos cuidados de saúde muito distinto.

Segundo a OIM, 2005, o facto de se ser indocumentado acaba por privar o indivíduo a um direito essencial de todo o ser humano, que é quase a validação para a sua existência, pois se não tem documentos não existe como pessoa, e é precisamente devido ao facto de não ter documentos, que vive muitas vezes em condições habitacionais e sanitárias sub-humanas, de exploração laboral e de má nutrição, o que torna a sua saúde ainda mais frágil e assim acaba por negligenciar um conjunto de situações de risco que podem pôr em causa a saúde pública da população em geral.

O primeiro obstáculo que se coloca ao imigrante quando se encontra doente, são os procedimentos administrativas dos serviços de saúde, a falta de documentos necessários, ou o conhecimento insuficiente da língua.

Igualmente o medo de ser denunciado pelos serviços, no caso de estar ilegal, leva a evitar uma ida ao médico, assim como o medo de perder o emprego, podem ser razões para minimizar os sintomas (Ramos, 2004, pp. 294-295).

De acordo com o Despacho N.º 25 360/2001, os imigrantes que se encontrem em Portugal em situação regular, isto é, que tenham visto de trabalho, autorização de permanência ou de residência, podem aceder aos cuidados de saúde do mesmo modo que a população portuguesa, o que passa por poderem obter o cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde.

Segundo o mesmo diploma, os imigrantes indocumentados, ou seja, os que não dispõem de autorização de permanência, de residência ou visto de trabalho, embora não tenham direito a obter um cartão de utente do SNS, também lhes é assegurado o direito de acesso aos serviços e estabelecimentos do SNS.

Embora os direitos dos imigrantes, no acesso e utilização dos cuidados de saúde já se encontrem salvaguardados em termos legislativos, na prática, por si só, não são suficientes para garantir a estes o acesso e utilização dos cuidados de saúde.

Apesar de talvez ainda não serem suficientes, tem-se verificado uma preocupação cada vez maior pela legislação da situação do imigrante e respetiva integração na sociedade, facilitando o acesso ao ensino e à saúde e, estabelecendo através de diplomas legais a igualdade destes grupos à da população local.

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) emitiu a 11/05/2009, uma circular informativa para os estabelecimentos de saúde sobre os procedimentos a seguir no acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde, dado ainda “subsistirem dúvidas” sobre esta matéria:

“Os imigrantes que estejam em situações de exclusão social ou de carência económica comprovadas pelos serviços da Segurança Social podem ser isentos do seu pagamento.

Sempre que as unidades prestadoras de cuidados de saúde verifiquem que o imigrante não é titular de documento comprovativo de autorização de residência ou de documento que certifique que se encontra a residir em Portugal há mais de noventa dias devem encaminhá-lo para um Centro Nacional de Apoio ao Imigrante ou para um Centro Local de Apoio à Integração dos Imigrantes.

O objectivo é de que as estruturas de apoio, em articulação com outras entidades oficiais, procedam à regularização da sua situação.

O acesso destes imigrantes a cuidados de saúde é igual ao da população em geral nas seguintes situações: Cuidados de saúde urgentes e vitais, doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública, como tuberculose ou sida.

Terão ainda cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, nomeadamente acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos.”, refere a circular.

A ideia de igualdade entre as diversas comunidades tem vindo a tomar espaço nas sociedades contemporâneas, e também na Constituição Portuguesa, surge aqui a noção de equidade, claramente com a preocupação em assegurar um sistema de saúde equitativo: *«Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover (...) sendo esse direito à protecção da saúde realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito».*

Quase que se pode dizer que o conceito «equidade» é provavelmente, um dos termos centrais no estudo da saúde da população imigrante.

O termo equidade constitui um factor essencial no processo de integração dos imigrantes nas sociedades de acolhimento, designadamente, no âmbito da saúde, na medida em que um sistema de saúde equitativo, isto é, capaz de responder às necessidades dos imigrantes e de garantir um conjunto de direitos transversais a todos os indivíduos independentemente da sua naturalidade, género, raça ou religião, contribui para uma efetiva integração dos mesmos.

Dada a sua condição, os imigrantes estão sujeitos a um risco acrescido de doença. Não obstante, a sua importância quantitativa crescente em diversos países e apesar de podermos considerar que todos os países do mundo se encontram relacionados nesta teia de fluxos migratórios, quer como pólos emissores, quer somente como pólos recetores ou assumindo essa dupla condição.

As necessidades da população imigrante continuam a ser pouco atendidas, sobretudo, porque não beneficiam dos mecanismos de resposta e proteção existentes no âmbito dos cuidados de saúde e da segurança social, ao qual se articula todo um sistema muitas vezes ineficaz.

Considerando todo o contexto de partida, em geral sociedades mais pobres, desprovidas de modelos de prestação de cuidados de saúde do tipo ocidental, bem como todo o processo de transição e subseqüentes sequelas psicológicas, e o próprio quadro de acolhimento, identificam-se inúmeras barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde pela população imigrante. Estas barreiras resultam assim da conjugação de factores da parte da sociedade portuguesa (acolhimento), bem como da parte dos próprios imigrantes.

Podemos destacar factores como a persistência de alguns preconceitos e ideais racistas ou discriminatórios para com imigrantes, o mero desconhecimento da legislação em vigor (por profissionais de saúde e outros profissionais da administração pública) ou ainda as inúmeras dificuldades em fazer cumprir a legislação em vigor. Estas últimas podem-se traduzir em situações tão variadas como sendo as dificuldades em aferir as situações de carências económicas e sociais dos imigrantes, o facto destes nem sempre se encontrarem em situação que lhes permita apresentar as testemunhas necessárias para a obtenção de determinados documentos, ou até mesmo a dificuldade em apresentarem os documentos necessários.

Da parte dos imigrantes, salientam-se como principais factores a ausência de uma cultura de saúde preventiva, as dificuldades em efectuar o pagamento das taxas moderadoras (ou mais do que isso, caso se encontrem em situação irregular), dificuldades de mobilidade geográfica e linguísticas, o que acarreta todo um vasto conjunto de situações que bloqueiam o acesso, designadamente, dificuldades em obterem informação sobre os seus direitos e deveres, sobre o modo de funcionamento do SNS, sobre como proceder mediante situações de mau atendimento, ou desconhecimento de que os profissionais de saúde estão obrigados ao sigilo profissional.

Também as particularidades dos profissionais de saúde, podem ser uma dificuldade acrescida para os imigrantes. Como por exemplo a idade, género, religião, etnia, experiência profissional ou atitude no exercício da sua atividade.

Assim, considerando as situações em que a etnia de um médico ou enfermeiro não permita que o utente seja examinado por este, torna-se evidente como as características dos profissionais de saúde podem também comprometer o acesso e a utilização dos utentes aos cuidados de saúde.

A estes acrescem ainda barreiras como por exemplo a reduzida ou nula sensibilidade para a diversidade cultural por parte dos profissionais de saúde, a excessiva burocracia do SNS ou a inexistência de serviços de tradução.

Na prática, estes fatores inerentes à sociedade de acolhimento geram importantes choques culturais que são usualmente solucionados pela opção de não utilização dos cuidados de saúde pelos imigrantes.

Num estudo desenvolvido por Fonseca em 2005, verificou que tal como alguns profissionais salientaram, o maior desafio à prestação de assistência médica aos imigrantes resultava tanto da falta de conhecimento da sua presença em Portugal como também da falta de sensibilidade à diversidade.

Ainda no mesmo estudo, Fonseca salienta que devido à existência de barreiras linguísticas e à dificuldade em aceder à informação sobre o SNS, por vezes, os imigrantes têm problemas em obter informação sobre os seus direitos ao nível dos cuidados de saúde e de como proceder em casos de tratamento incorreto. As barreiras linguísticas também impedem alguns imigrantes de expressarem ou compreenderem as suas necessidades de saúde. A maior parte dos profissionais de saúde entrevistados neste trabalho de Fonseca, (2005, p. 194), explicaram que têm particular dificuldade em comunicar com os imigrantes chineses e dos países do Leste europeu. Para se fazerem entender, têm de recorrer a linguagem gestual improvisada, confiar nos familiares do doente que sejam mais fluentes na língua portuguesa ou estabelecer ligações com membros da comunidade imigrante local quando é necessário.

A título de exemplo, referiram algumas situações como por exemplo, quando uma enfermeira de origem chinesa teve de contactar o pai por telefone, para este a ajudar na tradução das queixas de doentes chineses ou a de um médico que pede ajuda a um colega, que estudou na Rússia, para traduzir os doentes oriundos dos países de Leste e a de uma assistente social russa que trabalha em part-time e que é frequentemente contactada para realizar traduções nos hospitais do Porto.

Contudo, é muito raro os serviços de saúde terem estes recursos humanos ao seu dispor.

Estas situações são referidas num estudo desenvolvido por Ramos, 2004, p. 282 sobre a população cabo-verdiana onde são igualmente apontadas, sobre esta comunidade, as razões pelas quais tendem a utilizar os serviços de urgência dos hospitais em vez dos centros de saúde: - os procedimentos burocráticos dos serviços, as dificuldades culturais, linguísticas, as incompatibilidades dos horários com os centros de saúde, são algumas destas razões.

Cabral, (2002, p. 21) reforça a ideia da importância de aspetos como o nível social e económico, as condições ambientais, o acesso a serviços sanitários, que apesar de não serem questões ligadas exclusivamente à medicina, mas sim questões pluridisciplinares que a medicina deve ter em consideração tanto no diagnóstico como no tratamento das doenças.

Os estilos de vida e comportamentos de cada indivíduo são considerados por muitos autores como a determinante em saúde mais relevante numa lógica de promoção da saúde, uma vez que

constitui aquela em que mais facilmente se pode intervir, educando e conferindo às populações a capacidade para exercer uma maior intervenção e controlo sobre a sua saúde. O estilo de vida e os comportamentos adoptados por cada indivíduo constituem um fator multidimensional, uma vez que dependem eles próprios em grande medida de componentes diversas como sendo a cultura, a educação, o emprego, o rendimento, a religião ou as redes sociais e comunitárias. De facto, a inter-relação entre todos estes fatores determina que cada indivíduo assuma um determinado estilo de vida e comportamento que pode ser promotor ou redutor da sua saúde. As políticas de saúde podem assim visar objetivos muito distintos, pois umas têm a eficácia como objetivo e para outras a meta a atingir é a equidade.

Os fatores que influenciam a saúde dos indivíduos são assim múltiplos e interativos, sendo por isso o estado de saúde/doença o resultado de uma combinação complexa que é importante ter em consideração.

Assim, embora existam várias campanhas e programas de promoção da saúde e de prevenção da doença, estas continuam orientadas para a população em geral, não visando as especificidades culturais, religiosas e sociais da população imigrante, o que acaba por constituir uma fragilidade em termos de estratégia para a saúde.

Não obstante, têm-se identificado algumas situações pontuais em que as campanhas de saúde se destinam concretamente aos imigrantes. São disso exemplo, o esforço que o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) tem desenvolvido neste sentido, que se traduz, por exemplo, na publicação de uma brochura sobre saúde (*Health Guide For Immigrants*), de um guia informativo de esclarecimentos às questões mais elementares com que os imigrantes se confrontam, entre as quais se encontram também as preocupações de saúde, panfletos e esclarecimento sobre algumas doenças (tuberculose ou VIH/SIDA), de apoio a vítimas de violência ou através dos seus CNAI (Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante) de Lisboa e Porto, onde se encontram profissionais do SNS com a finalidade de prestar um apoio multivariado a cidadãos estrangeiros, designadamente, dúvidas no âmbito dos direitos e restrições no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Para além do ACIDI, que tem desenvolvido um importante e singular trabalho a nível nacional, importa destacar o trabalho de outras entidades e organismos, designadamente, o Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa, que desde 2004, teve a funcionar uma consulta de saúde mental e psiquiatria direcionada especificamente para populações imigrantes, maiores de 16 anos, tendo sido encerrada no verão de 2007.

Diversos artigos têm sido publicados pela Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural (APPPT), assim como por investigadores ligados aos problemas dos imigrantes, como Elsa Lechner, Chiara Pussetti, Bárbara Bäckström que entre outros, se têm referindo à importância da «Consulta de Psiquiatria Transcultural», a qual consistia numa consulta

especializada para imigrantes, vítimas de choques culturais ou com problemas de foro mental resultantes do processo de imigração.

Tratando-se de uma experiência pioneira em Portugal, registou alguma notabilidade em termos de procura, uma vez que passou de 9 consultas prestadas no ano em que entrou em funcionamento para 31 consultas no ano seguinte, observando-se uma ligeira superioridade na procura dos indivíduos do sexo masculino (58%, em 2005) relativamente aos do sexo feminino (42%, em 2005), tendo o seu encerramento, tido por detrás uma questão economicista, na ótica do lucro, sem ter sido criada uma alternativa viável que garantisse um atendimento apropriado para este tipo de doentes.

Concomitantemente ao trabalho desenvolvido por várias ONG, entre as quais os Médicos do Mundo ou o Serviço Jesuíta para os Refugiados, que prestam um vasto conjunto de apoios, designadamente médico e medicamentoso, e têm de certo modo efectuado uma importante pressão para o reconhecimento e devida valorização desta temática, as Associações de Imigrantes e as Autarquias Locais, têm promovido um debate em torno destas questões e desencadeado um conjunto de iniciativas com vista à protecção e promoção da saúde dos imigrantes.

Todavia, num país que já se afirmou nitidamente enquanto país de imigração, com cidadãos provenientes de diferentes pontos do globo e, como tal, com particularidades muito distintas, urge desenvolver uma estratégia nacional orientada para a promoção da saúde e do acesso aos cuidados de saúde pelos imigrantes, na medida em que ignorar o problema e a progressiva debilidade da saúde destas populações, consiste em fomentar a médio e longo prazo custos económicos e encargos muito variados.

1.2. A Depressão

Visto representar um importante problema de saúde mental, a depressão tem sido objeto de diversos estudos, havendo alguma evidência que pode ter raízes genética e bioquímicas, uma vez que alterações no funcionamento da serotonina e norepinefrina no cérebro desempenham um papel nesta patologia.

No entanto, não serão estas as únicas causas para o desenvolvimento de uma depressão. As condições de vida, a família, o sentimento de incapacidade para alterar o meio envolvente, são fatores potenciadores da depressão desde que persistam durante meses ou mesmo anos.

Certos tipos de personalidade assim como fatores hereditários, predisõem o indivíduo tanto para a depressão como para outros tipos de perturbações mentais, tendo-se verificado como traço mais frequente a dependência interpessoal (Baldwin, 2003, p. 22).

Tem-se verificado que baixa auto-estima, uma personalidade obsessiva, experiências adversas na infância e padrões negativos de pensamento acerca de si próprio e dos outros são igualmente fatores de risco psicológicos para a depressão.

Excluem-se deste quadro os episódios de alteração do humor provocados pela ingestão de drogas, álcool ou medicamentos.

Dois grupos particulares de doentes, com risco significativamente aumentado, são, aqueles com uma história de tentativas prévias de suicídio e aqueles que tiveram recentemente alta de internamento em cuidados psiquiátricos em que, segundo Baldwin, o risco de suicídio é 40 vezes maior, do que alguém sem história prévia de tentativa de suicídio. Acrescenta ainda que aproximadamente 10-15% dos doentes em contacto com os serviços de saúde após uma tentativa de suicídio eventualmente morrerão por suicídio, sendo o risco mais elevado durante o primeiro ano, cerca de 1%, (Baldwin, 2003, p. 36).

Segundo a O.M.S., há cerca de 2 000 suicídios diários no Mundo, dos quais 800 devem-se a uma doença depressiva, (Vallejo-Nágera, 2002, p. 12).

Para Pires, (2002, p. 25), os indivíduos que sofrem de depressão podem ser divididos em três grupos, onde cada um destes grupos terá características idênticas e agrupa-os da seguinte forma:

- os que tiveram uma desilusão com a vida;
- os que tiveram uma desilusão consigo próprios;
- os que tiveram uma desilusão com outros.

Considera este autor, que não é um só fator por si só o causador da depressão, mas sim diversos fatores associados e que acontecem em simultâneo.

Numa referência a Lazarus, são propostos quatro conceitos que deverão de ser considerados quando se descreve a doença:

- 1) O agente causador ou desencadeador;
- 2) Uma avaliação que distingue o que é nocivo daquilo que não é;
- 3) Os processos utilizados pela mente e pelo corpo para lidar com as exigências deprimentes;
- 4) O complexo padrão de efeitos no corpo e mente (normalmente referidos como reacção).

E no que toca às diversas classificações atribuídas às depressões temos:

- As Depressões Reactivas – têm como origem eventos traumáticos;
- As Depressões Orgânica – têm como origem o próprio organismo, ou seja é uma desregulação hormonal ou neurofisiológica.

1.2.1. Sintomas

As alterações depressivas são caracterizadas por humor deprimido, energia reduzida e perda de interesse ou anedonia. Outros sintomas comuns incluem uma redução a nível do desejo sexual e da energia, sendo a sensação de cansaço e de fadiga uma constante neste quadro depressivo.

Sentimento de desvalorização, isolamento social, negligência em relação às suas atividades e em relação a si próprio são sintomas detetados pela família. Por vezes verifica-se uma redução do apetite e a insónia é frequente.

O próprio descreve-se com um humor triste, sente-se sem esperança, desencorajado, em baixo, podendo ocorrer um aumento da irritabilidade. Em casos mais graves a dor do deprimido é tão grande que muitos dizem que preferiam ter outra qualquer doença do que uma depressão.

É terrível para o deprimido que lhe peçam para explicar o que tem, pois o doente não o consegue explicar.

A lentificação psicomotora, a dificuldade de concentração, de pensar, de tomar decisões torna a atividade profissional penosa e altamente cansativa, mas o medo de perder o emprego ou de ser visto como um doente mental leva a que a ida ao médico seja protelada até ao limite das suas capacidades (Baldwin, 2003, p. 10).

Frequentemente existem pensamentos acerca da morte, ideias suicidas ou mesmo tentativas de suicídio. O suicídio acontece quando o doente não consegue visualizar qualquer saída para o seu problema. O sentimento de impotência é tão grande, assim como o sofrimento interior, que esta será a única forma de ultrapassar todo esse sofrimento.

O melhor indicador do risco de suicídio é o comportamento do doente e está comprovado que a taxa de tentativas de suicídio é maior nas mulheres sendo no entanto os homens que apresentam um número maior de suicídios com sucesso após a sua primeira tentativa (Kolevzon & Simeon, pp. 110-111).

Para Baldwin (2003, p.21), a doença depressiva afeta qualquer estrato social, mas no entanto em pessoas socialmente excluídas e economicamente mais desfavorecidas, a recuperação pode ser mais lenta devido à sua própria situação.

1.2.2. Imigração e depressão

Os problemas de saúde mental são bastante comuns entre os imigrantes, uma vez que estes “estão sujeitos às pressões psicológicas resultantes do processo de desenraizamento e das dificuldades de adaptação ao país de acolhimento, em questões como a língua, a procura de emprego e as diferenças culturais.

O desenraizamento pode provocar o choque cultural, um tipo específico de reação de stress e angústia que ocorre numa nova situação na qual os padrões de comportamento habituais deixam de ser eficazes e o indivíduo não domina os códigos de interação social” (Fonseca et al. 2005, p. 74).

Esta autora concluiu que o período de maior fragilidade, em termos psicológicos, para os imigrantes corresponde aos primeiros dois anos após a migração, mas que no entanto, os problemas podem prolongar-se por vários anos. A manutenção dos laços e relações com familiares e compatriotas pode assumir uma importância inestimável para evitar a depressão e a ansiedade.

Finalmente, Santos, L.A. (2000, p. 36), alerta para os custos diretos e indiretos da doença, com cada vez mais indivíduos a deslocarem-se através fronteiras.

O estudo da depressão entre imigrantes vai-se tornando relevante, não apenas a nível individual como também social, considerando as implicações financeiras do absentismo destes trabalhadores, das despesas que o Estado tem de suportar com participação em medicamentos e subsídios de doença.

É assim que surge uma nova categoria de diagnóstico empregue para definir o mal-estar dos imigrantes: o Síndrome de Ulisses (síndrome de stress múltiplo e crónico ligado à migração). Esta nova patologia, definida como “o mal do século vinte e um”, atinge principalmente os imigrantes ilegais, “alegadamente mais expostos aos riscos de desenvolver o síndrome” (Achotegui, 2005). Esta nova categoria pode ser vista como o exemplo mais recente da medicalização ou patologização – sob forma de perturbação psíquica ou distúrbios do comportamento – da experiência migratória.

O número de casos diagnosticados entre os imigrantes, tem vindo a aumentar de tal forma que já preocupa a União Europeia, a qual preconiza adoptar medidas para lidar com este grave problema de saúde mental - em Espanha foram já diagnosticados 600 mil casos, em França e em Itália as autoridades apontam para que sejam cerca de 300 mil.

2.1. Estratégias de Adaptação – Coping e Resiliência

A relação estabelecida entre o indivíduo e a sociedade está na base de todo o processo de identificação do próprio face ao outro, fazendo deste um ator social, que traz consigo uma bagagem simbólica e que se vê forçado a uma reelaboração face à nova sociedade.

A história da vida de cada imigrante é sempre marcada por um confronto íntimo entre duas culturas: a cultura onde se nasceu e aquela em que se passa a viver.

A integração nesta última, implica quase sempre o abandono da cultura originária, o que não deixa de provocar sentimentos de perda de identidade sendo aqui, que podem surgir problemas de coerência entre as interiorizações primitivas e as novas normas, que passam pela dimensão afectiva e simbólica da identificação.

Para se integrar, o imigrante faz ajustes e concessões, interage e constrói imagens de si e do outro, cria vínculos e acumula pertenças sobre as quais ancora a sua auto-identidade.

Estas mudanças com a necessária adaptação ao novo, resultam em alterações comportamentais, são mudanças nos mundos psíquico e cultural, que acabam por levar a um caldo de tradições, as que os imigrantes trazem, com aquilo que encontram na nova sociedade.

Se os mais jovens estão mais recetivos a esta assimilação, os mais velhos sentem-na frequentemente como uma renúncia às suas origens, o fim de uma parte de si mesmos.

Os efeitos do choque cultural sobre o *self* podem então ser devastadores, pois as percepções que os indivíduos têm de si próprios, das suas crenças, motivações, valores são confrontadas com algo novo, desconhecido. Se não for criado um mecanismo de proteção, um mecanismo “amortecedor” deste choque, dá-se uma rutura interior, motivada pela falta da cultura securizante onde cresceram e onde têm os seus pontos de referência. É aqui que se desenvolve a doença mental, principalmente se não tiverem uma rede de amigos ou familiares no novo país.

Autores como Taylor, Lazarus, Folkman entre outros, estudaram a influência dos fatores ambientais na saúde do indivíduo, sendo a conclusão unânime, de que os fatores ambientais e a saúde agem interativamente.

Segundo Tap, no modelo de análise das reações psicológicas ligadas às dificuldades de inserção social e de integração psíquica do social, podemos apontar três momentos, iniciação, inserção e integração.

Encontramos novamente a referência a estes conceitos, assim como a sua descrição, no trabalho conjunto de Tap, Beaumatin, Esparbès, Michon-Tap, (1990, pp. 69-81).

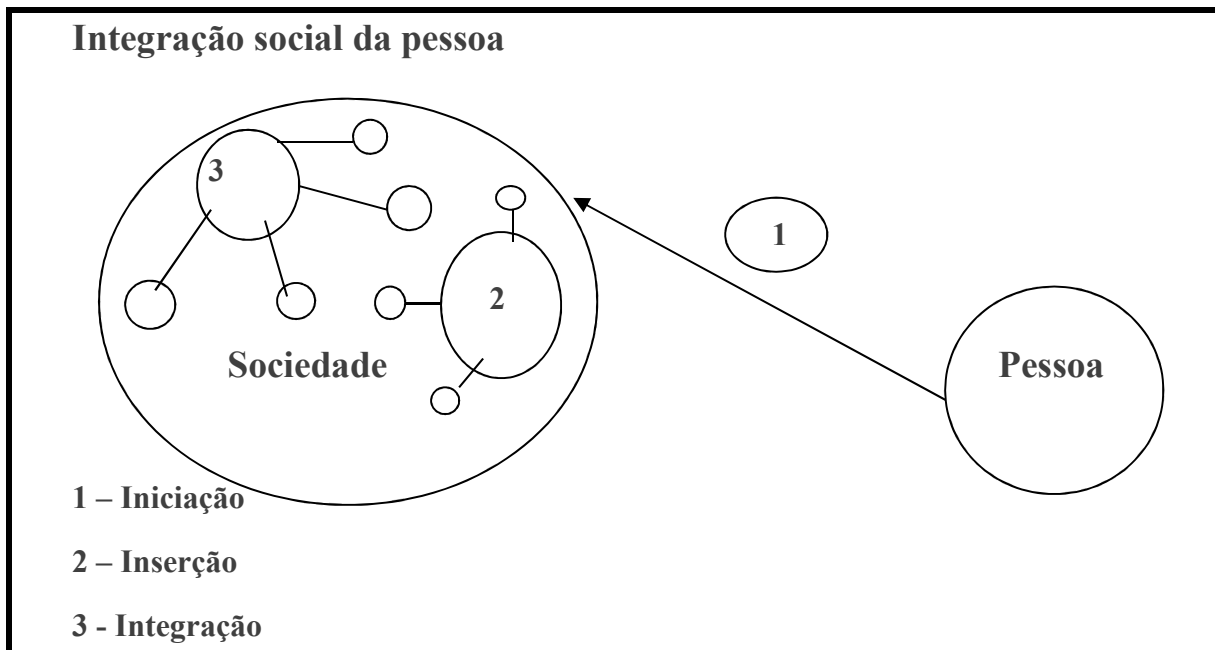


Figura 1 - Integração social da pessoa

O conceito de *iniciação*, é o conjunto de aprendizagens e rituais, graças aos quais somos admitidos a conhecer certos mistérios, caso dos grupos fechados. Em qualquer iniciação apesar de ser o grupo a ter a iniciativa neste processo, o sujeito tem a liberdade em querer ou não ser iniciado.

A *inserção* pressupõe um processo de inclusão, introdução dum sistema noutra, onde o sistema inserido passa a ter um lugar num sistema mais abrangente.

Apesar do indivíduo ter uma posição no novo sistema, não forma necessariamente, um “todo” com ele. Esta tomada de posições, a apropriação de status e de papéis facilitam a inclusão nos sistemas sociais e na coordenação das posições sociais e de identidades.

Para o indivíduo, a inserção implica não somente ser reconhecido nos diversos papéis, mas também deter a capacidade de os articular e gerir as suas incompatibilidades.

Ao contrário, a *integração* implica a articulação, a interdependência funcional de subsistemas, cada um deles detendo uma posição e função diferenciada no sistema.

Quando falamos de inserção, o indivíduo encontra o seu lugar na nova sociedade, mas não faz parte do sistema, não podendo votar, por exemplo. É uma situação diferente da integração em que o indivíduo passa a fazer parte integrante do sistema.

Durkheim, (in *La solidarité organique*, 1893, referido por Tap), defende que a integração social funciona como uma integração orgânica, sendo que a noção de integração social do tipo

“orgânica” inclui a ideia de admissão dos membros e da sua necessária adaptação passando a haver uma inter relação entre os diversos organismos ou subsistemas, só a partir daqui ele fica apto a pertencer ao grupo e a integração faz-se quando o grupo admite o novo membro, (Boudon, 1968, citado por Tap).

Será através de estratégias de coping, que cada indivíduo vai desenvolvendo em si, que se vai adaptando e integrando nesta nova realidade, podendo ser mais ou menos stressante.

O stress, será assim uma das consequências da aculturação, e esta relação estabelecida entre stress e aculturação é influenciada por diversos factores, Ramos , (2004, p. 277) aponta:

“(...) as características sócio-demográficas e psicológicas do indivíduo, as particularidades da sociedade dominante, os tipos de aculturação e os modos de aculturação”.

O stress implica um desequilíbrio entre as exigências e a situação de agressão do meio ambiente e os recursos do indivíduo para fazer face, ou seja as capacidades de “coping”.

Também a amizade como forma de apoio para ultrapassar a solidão, provocada pelo desenraizamento é muito importante, isto é a possibilidade de poder ter alguém que seja um apoio em momentos difíceis e mesmo um intermediário entre culturas.

O não ter ninguém com quem partilhar, o não ser compreendido nos seus hábitos, língua, cultura torna a vivência diária muito penosa e solitária.

O *modelo transaccional de Lazarus e Folkman* (1984), desenvolvido por Ramos, (2004, p. 109), veio abrir novas perspetivas nesta área de investigação, apontando para duas transações, entre o indivíduo e o ambiente, sendo uma *a avaliação da situação e dos acontecimentos* e a outra *a elaboração de estratégias de adaptação (coping)* – sendo que estas estratégias podem-se traduzir por:

- Medidas comportamentais – procura de ajuda, resolução do problema;
- Medidas emocionais – expressão de afectos ou repressão;
- Medidas cognitivas – avaliação da situação, dos recursos disponíveis, procura de informação.

Estas irão permitir ao indivíduo enfrentar o stress e as adversidades, procurando agir e/ou modificar a si, e/ou a situação.

O apoio social é assim um aspeto importante a ter em conta no que diz respeito à saúde.

Ramos, (2004, p. 272) apoiado por Singer et Lord, 1984, aponta como sendo quatro as dimensões acerca dos efeitos do apoio social na saúde:

- *“o suporte social constitui um recurso positivo para a saúde e para fazer face à adversidade;*
- *a falta de suporte social é fonte de stresse;*
- *a perda de suporte social é geradora de stresse;*
- *o suporte social constitui um factor protector contra as consequências e perturbações provocadas pelo stresse, constituindo um mediador ou moderador de stresse”.*

Sordes, Esparbès e Tap, 1994, no seu artigo “Contrôle de soi et stratégies de développement: le coping en question”, citam Folkman e Lazarus, 1988, para explicar a forma como, consoante a situação é avaliada pelos indivíduos que põem em acção diferentes estratégias de coping.

Se a situação é avaliada como controlável:

Coping centrado no problema

- Elaboração de planos de acção
- Procura de informações

Se a situação é avaliada como incontrolável:

Coping centrado na emoção

- Regulação das tensões e do sofrimento emocional

Segundo Alves & Oliveira, 2008, pp. 335-347, o termo *coping* (do verbo inglês to cope = lidar com) significa os esforços adaptativos dos indivíduos, ou seja, as estratégias para lidar com factores indutores de *stress* ou stressores. Essa análise depende do sentido que o sujeito dá à situação em que se encontra, a reacção ao stress vai depender essencialmente das vivências do sujeito, do contexto e particularmente da percepção da situação.

Como se pode verificar este conceito de coping é muito pessoal, pois relaciona-se com as vivências de cada um e a forma como consegue encará-las e seguir em frente, sem se deixar afetar muito com esta “manta”, por vezes bem pesada.

Segundo Lazarus e Folkman:

“le coping est défini comme l’ensemble des efforts cognitifs, émotionnels e comportementaux déployés par l’individu pour maîtriser, réduire, tolérer ou diminuer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent leur ressources”.

Para Olivier, no trabalho referido anteriormente, as dimensões do coping são ligeiramente diferentes:

Coping centrado num problema

- Elaboração de um plano de acção
- Procura de informações

Coping centrado na emoção

- Evitamento
- Pensamento mágico
- Auto acusação, fatalismo, pessimismo, dramatização

Procura de apoio social

- implica um pedido de ajuda em termos cognitivos (conselhos, informações) ou afectivos (necessidade de escuta e de reconhecimento) junto de familiares ou amigos, colegas, etc.

Na opinião de Ramos, (2004, p. 269), alguns autores consideram o coping como uma forma de resiliência, podendo as estratégias de coping contribuir para o fenómeno da resiliência, sendo esta um conjunto de processos sociais e psíquicos que permitem enfrentar de forma positiva as adversidades e os factores indutores de stress – stressores.

Mas seja qual for a estratégia usada, é necessário ter em conta a existência de três tipos de pressões que implicam um controlo externo:

- A pressão situacional, com os seus obstáculos, as suas oportunidades e exigências
- A pressão social, como um conjunto de regras
- A pressão cultural, que implica um conjunto de significações e de valores a partir dos quais o sujeito pode construir a sua legitimidade. (Sordes e outros, pp. 81-96).



Também será da responsabilidade do indivíduo, mobilizar as suas capacidades, para se apropriar das informações (mistérios), que o grupo (sociedade) lhe quer transmitir.

A sociedade, por sua vez, põe ao dispôr do indivíduo as ferramentas para que ele se possa movimentar dentro desta, deixando ao critério do próprio se quer fazer parte dela ou não.

Todo este processo de adaptação ao novo, que nem sempre é fácil devido aos diversos fatores já referidos e aos quais podemos chamar de *factores stressores*, uma vez que podem ser fonte de stress, levando a reacções psicológicas, comportamentais ou até físicas, exigindo que o indivíduo disponha de recursos próprios dentro de si para fazer face a estas agressões exteriores.

Os diferentes stressores são apontados consoante a duração no tempo e a intensidade com que se manifestam.

Alguns desses stressores podemos dizer que são:

- a) A solidão. Sendo a separação forçada dos familiares a mais dolorosa.
- b) A luta contra o fracasso da aventura migratória. O sentimento de de desesperança e fracasso acontece quando o migrante se apercebe que não consegue sair de uma situação de miséria idêntica à que vivia no seu país, ou ainda pior, pois sente que está a ser explorado devido à sua situação de fragilidade social e depois de um esforço migratório enorme.
- c) A luta pela sobrevivência, que se pode dividir em duas áreas:
 - A alimentação. Muitas vezes estas pessoas estão subalimentadas;
 - A habitação. Já foi referido este factor como sendo um factor de grande tensão entre imigrantes, pois estes repartem as casas com vários outros imigrantes devido a não conseguirem suportar os custos de viverem sózinhos.
- d) O medo. Foi o medo da viagem, das redes da máfia e da prostituição, e enquanto ilegais o medo de serem apanhados e expulsos.

Para fazer face a todos estes *factores stressores* o indivíduo tem de ter dentro de si capacidades e recursos, aos quais Ramos (2004, pp. 268-269), chama de estratégias de “coping”, de forma a gerir situações difíceis, e que pode incluir estratégias cognitivas e/ou comportamentais, que são igualmente apontadas por Tap, o qual defende que os indivíduos em situações difíceis utilizam diversas estratégias, para primeiro ultrapassarem o conflito e depois para se, adaptarem à nova situação. Estas estratégias são no fundo factores de estabilização, permitindo ao indivíduo, manter uma adaptação psicológica durante os períodos de stress. (Sordes et al., 1994, pp. 81-96).



Voltando a um estudo de Sordes et al. (1995, pp. 58-80), encontramos uma noção de coping que não podemos deixar de referir por nos fazer todo o sentido:

“os esforços cognitivos e comportamentais usados para gerir solicitações específicas externas e internas, que são sentidas como um peso ou excedendo os recursos individuais.”

Já para Pearlin e Schooler, cit. por Sordes e outros, pp. 81-96, o coping é definido como sendo o conjunto de acções a partir dos quais as pessoas procuram evitar em serem lesadas pelas tensões com que são confrontadas no dia a dia. Definindo as tensões como os problemas duráveis.

É fácil de perceber que o coping é inseparável das tensões experimentadas pelas pessoas em qualquer estado emocional, no entanto é quando confrontado com acontecimentos considerados perturbadores, que o organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a eles. (Bishop, 1994, citado por Tap e outros, 2005, pp. 47 – 56).

Tanto Olivier, como Ramos, p. 269, citando Folkman et al., 1986, são da opinião de que as estratégias de coping irão depender das características do indivíduo e do contexto, sendo o enfoque na intencionalidade em o resolver, intervindo na situação, tendo para isso duas opções: a confrontação e a resolução planificada do problema. (Sordes et al., pp. 81-96).

O desempenho de novos papéis que os imigrantes são levados a desempenhar afetam de uma forma negativa ou positiva a sua auto estima, isto porque haverá papéis em que o seu self se enquadra sendo uma continuação do que era ou até uma melhoria levando a um aumento da sua auto estima, que por sua vez irá influenciar a sua vida diária e o relacionamento familiar e social.

Mas num primeiro momento, quando se dá a transição cultural, há uma perda do estatuto adquirido no país de origem para se integrarem na nova sociedade, e aí adquirem um novo estatuto com características muito diferentes e normalmente muito abaixo daquele que tinham do seu país.

A fixação numa outra cultura que obviamente será a dominante, a dificuldade na adaptação e assimilação pelo grupo pode levar ao fracasso do indivíduo sendo-lhe vedada a subida na hierarquia social e impondo o abandono de valores tradicionais, exigindo a aquisição de características que tornem estes indivíduos aceitáveis para a sociedade acolhedora. No entanto também se verifica que os próprios grupos de imigrantes e descendentes podem não se fundir na sociedade acolhedora, preferindo preservar as suas identidades étnicas e vivendo à parte de modo a manter os seus costumes e tradições.

O choque cultural conceptualizado por Oberg, 1954, referido por Ramos, (2004, p. 282), resulta do esforço e da ansiedade quando do contato com uma nova cultura, para além do sentimento de perda, confusão e impotência resultante da perda das informações culturais e regras sociais previamente acostumadas.

Diversos estudos comprovaram que face aos mesmos acontecimentos stressores ou adversos, podemos ter respostas diferentes, sendo umas mais adequadas que outras. Nestas diferenças devem ser procurados os factores que produzem efeitos prejudiciais e os factores que são neutros ou que procuram amenizar os efeitos negativos.

Os factores capazes de modificar um padrão de comportamento diante de acontecimentos adversos, são chamados de factores de protecção, ou seja são os factores que conseguem amenizar os efeitos negativos do ambiente.

Para Bruchon-Schweitzer et al. 1994, 2001, (Ramos, 2004, p.115), o conjunto de características protectoras, nomeadamente, uma implicação activa nas situações, a crença do controlo dos acontecimentos, a capacidade de projectar-se na vida, de procura de sentido, coerência e significado na vida é na sua perspectiva o que define o conceito de *resiliência*.

Segundo diferentes perspectivas, a resiliência tem sido considerada como um processo de reconstrução psíquica e de adaptação, um funcionamento ou uma característica derivada de uma capacidade, é pois, um processo dinâmico e adaptativo, Ramos, (2004, p.133).

Para a mesma autora a resiliência é vista como uma capacidade em resistir, adaptar um funcionamento positivo ou competência face a uma situação adversa, para ultrapassar de modo favorável um acontecimento negativo. Já para Cyrulnik, 1999, referido por Ramos, 2004, p. 134, a resiliência é a capacidade para viver, ter sucesso e desenvolver-se de uma forma positiva, apesar das situações de adversidade ou de stress, que implicam o risco de uma saída negativa.

Podemos então dizer que, resilientes são os indivíduos que em vez de evitarem o risco demonstram capacidade em adaptar-se de forma satisfatória.

Ramos, 2004, pp. 133-134, cita alguns outros autores, como por exemplo Bowlby que em 1992 se referiu pela primeira vez ao conceito de resiliência como sendo “*uma força moral, uma qualidade de uma pessoa que não se desmoraliza, que não se deixa abater, ou antes que apesar de ter momentos baixos consegue ter uma força interior que lhe permite enfrentar a situação, utilizando recursos internos para conseguir a inserção social*”.

Já para Werner, 1992/3 a resiliência é o resultado de “*um equilíbrio evolutivo entre o confronto a elementos adversos (factores de risco e vulnerabilidade) e os factores de protecção internos do indivíduo (competências cognitivas, personalidade, auto-estima) e os factores externos (família alargada, redes sociais, suporte comunitário)*”.

Manciaux, 2001, acrescenta a capacidade de continuar a “*projectar-se no futuro, apesar das condições de vida difícil e de traumatismos graves*”.

Podemos então dizer, que o conceito de resiliência pode contribuir, conjuntamente com outras abordagens, para uma melhor compreensão da adaptação dos indivíduos a todas as situações que forem surgindo.

Quando se fala de coping e resiliência pensa-se na forma como os indivíduos fazem face as seus problemas e os ultrapassam, daí a importância do conceito de “empowerment”, que apesar de não ser objecto deste estudo não poderíamos deixar de fazer uma breve referência.

Segundo Nunes, Brites e Pires, 2010, citando Carvalho (2004), dizem que de um ponto de vista histórico o conceito de *empowerment* teve as suas origens na segunda metade do século XX.

A sua criação deve-se à conjugação de três factores, “a necessidade conquistar e implementar direitos cívicos, a defesa dos princípios exaltados por quem propunha a intervenção social nos designados países desenvolvidos e, o desenvolvimento de ideias preconizadas pela corrente feminista”.

Numa dimensão individual, autores como Tap & Vasconcelos 2004; Tap & Oubrayrie-Roussel, 2004, citados por Nunes, Brites e Pires, 2010, definem o *empowerment* como “o movimento que a pessoa experiencia de auto-controle, assim como, a vivência/consciência do seu valor pessoal, o que lhe possibilita ter um maior conhecimento e avaliação de si”.

O empowerment permite a aquisição da emancipação individual, assim como a consciência coletiva necessária para a superação da “dependência social e dominação política”, Pereira, 2006.

2.1.1. Perspetivas distintas de uma mesma realidade

Em estudos recentes, para além da questão da integração do indivíduo na sociedade acolhedora, têm sido apontadas duas diferentes abordagens no que respeita à promoção de políticas e ao acesso e utilização dos cuidados de saúde por parte dos imigrantes: a multiculturalista e a assimilacionista.

A abordagem assimilacionista remete para as políticas que enfatizam a importância da homogeneidade cultural, segundo a qual, se defende a adaptação/assimilação dos imigrantes às políticas de saúde e estruturas de prestação de cuidados de saúde existentes nos países de acolhimento.

Esta ideologia não só assume um carácter essencialmente passivo, como denota a noção de superioridade da cultura dominante, daí as culturas minoritárias terem de se ajustar à primeira e aos cuidados de saúde existentes na sociedade de acolhimento. Já a segunda abordagem assume uma posição “multiculturalista” que defende a implementação de serviços adaptados às



necessidades dos utentes de acordo com uma perspectiva sensível às diferenças culturais (Freitas, 2006, p.17).

Um exemplo da abordagem assimilacionista que tem orientado as políticas sociais e de saúde, por exemplo, em França, e que como a geógrafa Esteves refere na sua tese e aludindo a Castles e Miller, 2003, em França “*não obstante a tónica ser dada à integração política, há uma lógica de homogeneização cultural subjacente*” (Esteves, 2004).

Tal como acontecimentos recentes ilustraram, este tipo de políticas começa a evidenciar os seus primeiros grandes sinais de falência e insustentabilidade, porque ainda que os imigrantes se possam, de algum modo, adaptar aos padrões de vida e estruturas de funcionamento dos serviços de saúde das sociedades receptoras, a sua cultura tende a permanecer e especialmente quando se trata da segunda ou terceira geração de imigrantes (população com direito iguais aos dos autóctones) os choques culturais tendem a ganhar uma dimensão assinalável (Ingleby, 2005, no relatório do ACIDI).

Um exemplo do segundo tipo de abordagem, é o caso da Holanda, onde foram criados serviços específicos para imigrantes, entre eles, um centro para a promoção de conhecimento sobre a saúde imigrante com “mediadores culturais”.

Diz o mesmo estudo que, apesar do caso holandês ser um exemplo de uma abordagem “multiculturalista”, que no trabalho de terreno se identificaram três barreiras no acesso de imigrantes aos cuidados de saúde: a falta de informação sobre os serviços de saúde disponíveis; problemas de relação entre utentes de origem imigrante e os profissionais de saúde; e, finalmente, dificuldades sentidas pelos os utentes imigrantes em lidar com a condicionalidade da ajuda prestada.

Considerando que as políticas monoculturalistas não geram harmonia social, mas antes antagonismo e contestação social, alguns Estados adoptaram políticas multiculturalistas.

Baseadas no princípio da integração em detrimento da noção de assimilação, nas políticas multiculturalistas defende-se a implementação de serviços coerentes com as culturas dos utentes a que se presta cuidados de saúde, de modo a responder-se com a melhor qualidade às necessidades dos imigrantes e grupos minoritários. As políticas multiculturalistas foram inicialmente adotadas pelos países de imigração tradicional, como sendo o Canadá, Estados Unidos da América, Brasil e Austrália, como refere Esteves, “*no caso do Canadá, e apesar das reformas adoptadas a partir de 1993 no sentido de reduzir a ênfase dada ao multiculturalismo, são reconhecidos os direitos dos imigrantes e das minorias étnicas enquanto grupos*” (Castles e Miller, 2003, citados por Esteves, 2004).

Não obstante as inúmeras vantagens deste modelo, podem-se igualmente identificar algumas fragilidades, nomeadamente, derivadas da falta de coesão social, uma vez a valorização da manutenção das várias culturas poderá culminar em importantes choques culturais.

Até ao momento presente, Portugal ainda não adotou políticas ou programas de saúde de carácter assimilacionista ou multiculturalista, o que não é indicativo de que se considera que os imigrantes e grupos minoritários se devem adaptar ao sistema de saúde português, porque tal se traduziria na aplicação das primeiras (políticas assimilacionistas). Trata-se antes do facto da imigração constituir uma realidade temporalmente recente em Portugal e, como tal, as políticas de integração de imigrantes encontram-se num estado ainda muito incipiente de desenvolvimento.

Apesar de existirem algumas medidas de integração de imigrantes ao nível da saúde, não nos é possível falar de políticas multiculturalistas em virtude de estas terem um carácter disperso.

Nos países com longa tradição em imigração e onde este fenómeno há várias décadas ou mesmo séculos constitui um pilar essencial das suas economias, é possível identificar exemplos variados de como os governos ou a sociedade civil, de forma mais ou menos organizada, têm conseguido encontrar respostas para as necessidades de cuidados de saúde da população imigrante respeitando e ajustando-se às suas particularidades culturais.

Entre estas iniciativas encontram-se alguns exemplos de boas práticas que começam a ser mais comuns em diferentes países, como é o caso da Holanda ou dos Estados Unidos, onde nos sistemas de saúde existem profissionais de saúde com conhecimentos linguísticos diversos de modo a poderem compreender e auxiliar melhor os utentes de nacionalidade estrangeira, ou então o exemplo da iniciativa desenvolvida no Canadá de dar aos imigrantes no momento em que chegam, um guia com as principais orientações em várias matérias, de modo a facilitar a sua integração.

Em França, é conhecido o caso do Hospital de Avincene, pela forma como recebe e acompanha os pacientes estrangeiros.

Este localiza-se numa área, onde se pode encontrar a maior concentração de imigrantes em França (mais de 25%), e sendo a maioria dos seus pacientes de origem africana, perto dos 50%.

Foram desenvolvidos serviços específicos, como por exemplo um atendimento exclusivo para residentes ilegais ou pessoas sem seguro social, uma clínica etno-psiquiátrica e uma clínica para imigrantes que vão de férias aos seus países de origem, com vista a evitar a mutilação das jovens.

Diversas organizações não governamentais e associações comunitárias estão envolvidas com o hospital, com o objectivo de melhorar o bem estar dos pacientes imigrantes, oferecendo

serviços como as traduções e mediação cultural, apoio comunitário e ajuda a doentes de HIV/SIDA.

“O hospital tem continuado na sua busca para encontrar caminhos com vista a melhorar a comunicação, a compreensão e o respeito pelos pacientes imigrantes, sendo alguns dos projectos a “casa das teenagers”, o “omnibus” (carrinha com uma equipa socio-médica que vai ao encontro das pessoas nos seus próprios bairros), e ainda com treino e períodos virados para a reflexão e encontros inter-pessoais tanto para pacientes como para profissionais da saúde”.

Na Europa, os sistemas de saúde, embora denotando a influência de diferentes modelos, apresentam como traço comum o facto de assegurarem a todos os cidadãos o acesso aos cuidados médicos. Neste sentido, a própria União Europeia tem criado vários diplomas legais, que vinculando ou não os Estados-membros, denotam preocupações com a integração social, o respeito pelos direitos de todos os cidadãos e com a necessidade de protecção da saúde. Ilustrativo de tais preocupações é a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, que de acordo com o seu Artigo 35.º

«Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e acções da União será assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana».

Porém, embora no espaço comunitário, a legislação que regula o acesso e a utilização dos imigrantes aos cuidados de saúde seja influenciada pelos regulamentos e orientações legais comunitárias, esta é determinada pelos documentos legislativos aprovados em cada Estado-Membro.

Assim sendo, explica-se a existência de acentuadas disparidades na promoção e protecção desse direito às populações imigrantes entre os diferentes países comunitários.

Para muitos autores, as políticas de saúde europeias denotam uma acentuada insensibilidade cultural, o que, por diferentes razões, resulta de um grande número de Estados-Membros ainda não ter adotado políticas de saúde multiculturais. De facto, tal como alguns estudos têm demonstrado, os sistemas de saúde europeus confrontam-se com um importante dilema, pois numa vertente encontra-se o facto de terem de assegurar as necessidades de saúde dos imigrantes e minorias étnicas respeitando e ajustando-se às suas realidades culturais e religiosas, mas por outro lado, encontram-se condicionados pela legislação em vigor, que coloca limitações variadas à prestação de cuidados de saúde a imigrantes com determinados estatutos, nomeadamente, de indocumentados, o que aquando de se tratarem de situações que possam pôr em causa a saúde pública, gera ainda maior confusão sobre o modo de atuação, podendo mesmo gerar uma dicotomia entre os princípios éticos e legislativos.

II. METODOLOGIA, VALIDAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

2.1. Objetivos do estudo

Trata-se de um estudo de cariz misto, descritivo e transversal, onde se pretende avaliar a prevalência de sintomatologia depressiva numa amostra de população imigrante brasileira e caboverdiana, através da utilização de diversas escalas.

2.2. População e amostra

A cidade de Portimão tem 48 611 habitantes sendo o número de imigrantes de 10.637, segundo informação do SEF.

A amostra é composta por 50 sujeitos, dos quais 25 do sexo masculino e 25 do sexo feminino distribuídos por dois grupos, conforme a nacionalidade e da seguinte forma:

Grupo A – Brasileiros, 13 do sexo masculino e 12 do feminino;

Grupo B – Caboverdianos, 12 do sexo masculino e 13 do feminino.

O critério de inclusão foi o ser imigrante e ter entre 20 e 64 anos.

2.3. Procedimento

Para além dos contactos efetuados nas associações locais de imigrantes, também foram distribuímos inquéritos por diversas lojas com trabalhadores brasileiros, que foram recolhidos no dia seguinte. Em relação aos caboverdianos, devido ao baixo nível de escolaridade tivemos de lhes ler e ir explicando as questões à medida que respondiam.

2.4. Instrumentos

Os participantes tiveram de preencher um questionário para a recolha de informações relativas às variáveis pessoais e sócio-demográficas. Trata-se de um conjunto de perguntas "fechadas", de fácil resposta e curto tempo de administração, as quais permitem uma melhor caracterização da amostra a estudar.

Foram usadas as seguintes escalas:

a) Inventário de Depressão de Beck II

O BDI foi obtido a partir da observação clínica das atitudes e sintomas de doentes psiquiátrico com depressão e tem como objectivo a avaliação das manifestações comportamentais da depressão. Trata-se de uma escala de auto-avaliação que consiste em 21 categorias de sintomas e atitudes, cada categoria é composta por uma série de 4 a 6 afirmações a partir das quais se pede ao sujeito que escolha a que melhor descreve a forma como ele se sente. A pontuação de cada item varia de 0 a 3, representando o "3" a maior intensidade de presença de sintomatologia depressiva.

No manual de utilização, Beck *et al.* (1996) fornecem igualmente dados que sugerem o BDI-II possuir fiabilidade e validade para a utilização clínica (grau de confiança teste-reteste elevado, com $r = 0,93$; $p < 0,001$).

Posteriormente o BDI foi traduzido e adaptado para a população portuguesas pelo professor Adriano Vaz Serra, com uma ligeira diferença nas pontuações:

0 - 11 Ausência de Depressão

12 – 15 Depressão Ligeira

16 – 24 Depressão Moderada

+ 25 Depressão Grave

b) Escala Toulosana de Coping

Escala Toulosana de Coping (ETC), resultou de uma investigação colectiva, no laboratório “*Personnalisation et Changements Sociaux*”, Universidade de Toulouse pelos autores Esparbès, Sordes-Ader & Tap (1994). É um questionário de auto-resposta, a resposta a cada item é dada numa escala ordinal tipo (tipo Likert) de cinco posições.

A *Escala Toulosana de Coping* foi adaptada e validada em Portugal (Tap, Costa, & Alves, 2005) a sua consistência interna (Alpha de Cronbach = .78).

Esta escala permite uma aplicação individual ou colectiva, podendo ser aplicada dos 13 aos 85 anos.

O tempo total para a aplicação da Escala é entre os 10 e 15 minutos, dependendo das diferentes características dos indivíduos, sendo conveniente ser passada de uma só vez sem interrupções.

Nestas escala são articulados os Campos Comportamental (*behaviorista*), Cognitivo (informativo) e Afectivo (emocional).



O inquirido deverá de responder às afirmações tendo em conta uma escala ordinal de Likert de 1 a 5 pontos.

Neste trabalho optou-se pela escala reduzida, para tentar abreviar o tempo da entrevista uma vez que foi claro que os inquiridos aceitavam responder desde que não fosse muito longo o tempo dispendido.

A escala reduzida foi trabalhada pelo CIP – UAL, 2009. Foi feita uma seleção dos 54 itens que passaram a 20 e as dimensões Suporte Social e Distração Social passaram a ser só uma devido à sua semelhança, e ao facto de terem saturação em ambos os factores. A F5 desapareceu porque era muito pequena e não fazia sentido manter uma dimensão só com um item.

c) Escala EPE

A EPE resultou da adaptação por Odete Nunes, Rute Brites e Mónica Pires, do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, da “*Echelle Toulousaine de Hardiesse, Endurance et Robustesse*” para a população portuguesa,

A pré-validação da EPE para a população portuguesa permitiu encontrar seis sub-factores correspondentes a seis dimensões relativas a capacidades e potencialidades na resolução de situações tidas como difíceis. A escala geral, e as seis dimensões apresentaram valores de validade e de fidelidade satisfatórios (*Alpha de Cronbach* entre 0,58 e 0,87), em que apenas a dimensão previsibilidade e controle positivo obteve valores limite ($\alpha=0,58$), (Nunes, Brites e Pires, 2010).

As seis dimensões ou factores estão subdivididos quatro factores positivos e dois negativos.

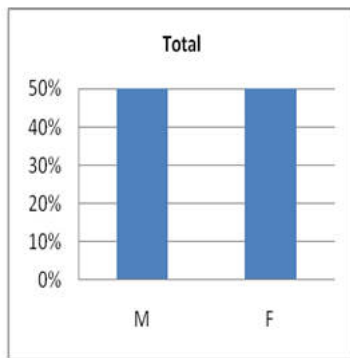
3. Apresentação de Resultados

Para efeito de análise e tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o SPSS versão 17.0 e o programa Microsoft Excel. Numa primeira fase realizou-se uma análise estatística descritiva trabalhada em Excel, apresentando os resultados das características sócio-demográficas.

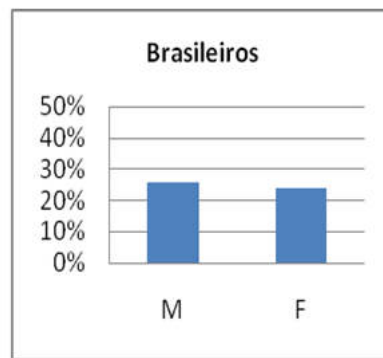
3.1. Caracterização da amostra

Os participantes da amostra foram caracterizados em função das seguintes variáveis: sexo, idade, nacionalidade, com quem vivem, grau de escolaridade completo, profissão actual, tempo de permanência, religião, intenção de ficar/regressar.

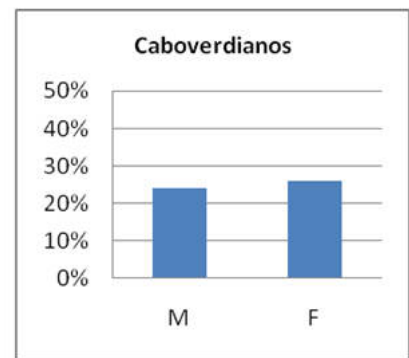




Gráf. 1a: Distribuição em % por sexo

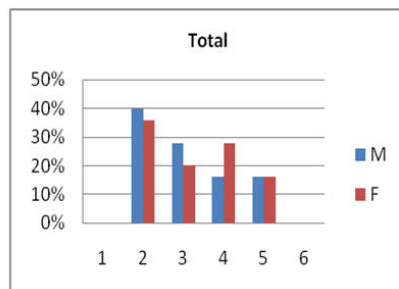


Gráf. 1b: Distribuição em % por sexo

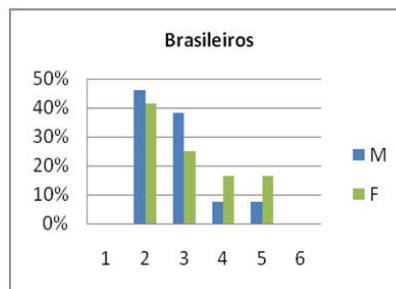


Gráf. 1c: Distribuição em % por sexo

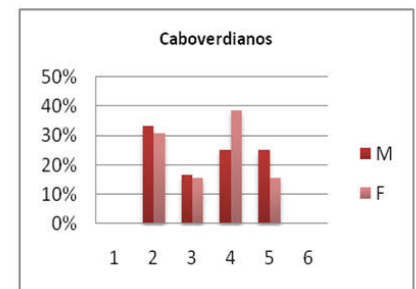
Segundo os dados apresentados 50% dos indivíduos são do sexo feminino e 50% do sexo masculino, em relação à amostra total. (Gráf. 1a). Se fizermos uma análise por grupos, o Grupo A apresenta 24% de elementos do sexo feminino e 26% do sexo masculino. No Grupo B 26% são do sexo feminino e 24% do sexo masculino (Gráf. 1b e 1c).



Gráf. 2a: Distribuição em % por grupo etário



Gráf. 2b: Distribuição em % por grupo etário



Gráf. 2c: Distribuição em % por grupo etário

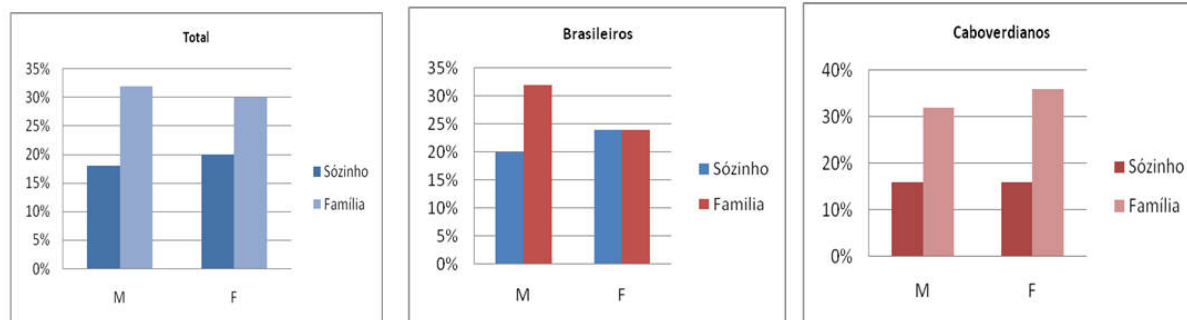
Segundo os dados apresentados e em relação aos grupos etários temos:

- Intervalo 2 – 20/29 anos
- Intervalo 3 – 30/39 anos
- Intervalo 4 – 40/49 anos
- Intervalo 5 – 50/59 anos

Vemos que no Grupo A os intervalos 2 e 3 são os mais populosos, enquanto que nos 4 e 5 prevalece o sexo feminino (Gráf. 2b). No grupo B a distribuição é mais equitativa, sendo o

intervalo 3 o menos populoso e no 4 é onde o sexo feminino é mais elevado (Gráf. 2c). O intervalo mais representativo é o intervalo 2 como se pode ver no Gráf. 2a.

A média de idades do Grupo A é de 33,8 anos e do Grupo B é de 39,5 anos. Ao nível global a idade média é de 36,7 anos.



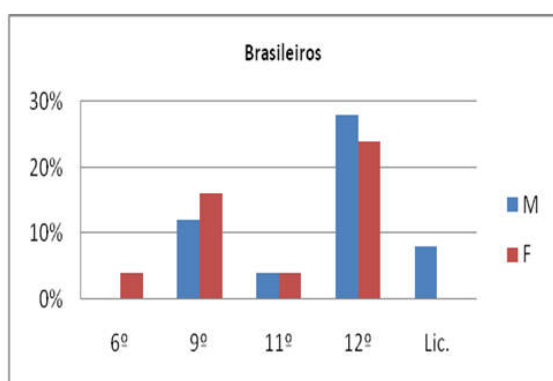
Gráf. 3a: Distribuição em % de com quem vivem

Gráf. 3b: Distribuição em % de com quem vivem

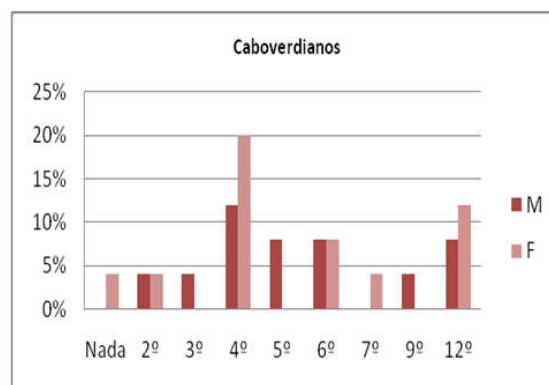
Gráf. 3c: Distribuição em % de com quem vivem

Um total de 62% dos indivíduos vive com a família e 38% vive sózinho, sendo que 32% dos masculinos e 30% dos femininos vive com a família, enquanto que, 18% dos masculinos e 20% dos femininos vive sózinha (Gráf. 3a).

No Grupo A 32% dos indivíduos masculinos e 24% dos femininos vive com a família, enquanto que 20% dos masculinos e 24% dos femininos vive sózinha (Gráf. 3b) e no Grupo B 32% dos indivíduos masculinos e 36% dos femininos vive com a família e 16% dos indivíduos masculinos e 16% dos femininos vive sózinho (Gráf. 3c). Observa-se uma predominância de indivíduos a viverem com as famílias.

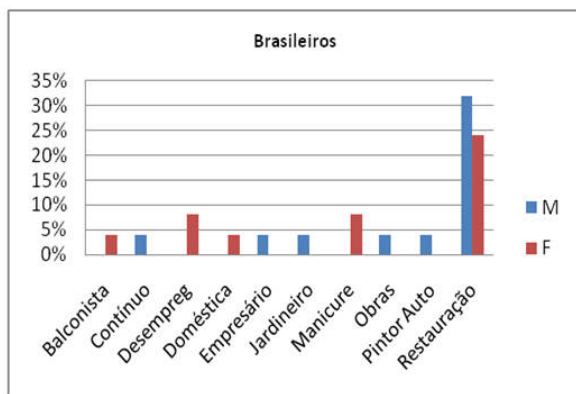


Gráf. 4a: Distribuição em % por grau de escolaridade

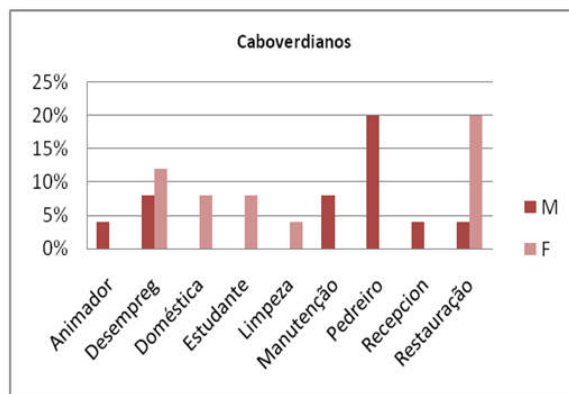


Gráf. 4b: Distribuição em % por grau de escolaridade

Verificam-se diferenças significativas entre os dois grupos. Enquanto que no Grupo A possuem o 12º ou melhor 60% , no Grupo B só 20% tem o 12º ano. Neste Grupo a maioria dos indivíduos só frequentou até ao 4º ano. A amostra reflete o nível de escolaridade mais elevado por parte do Grupo A.



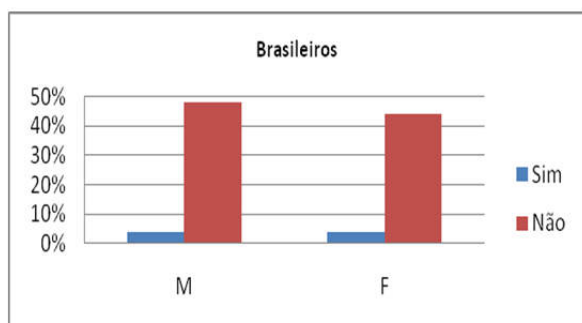
Gráf. 5a: Distribuição em % por profissão actual



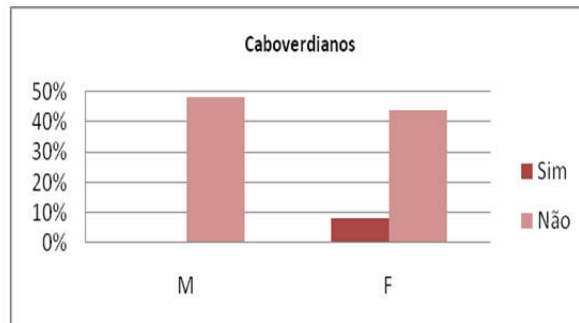
Gráf. 5b: Distribuição em % por profissão actual

Quanto à situação profissional, a maioria dos inquiridos está a trabalhar (92%). No Grupo A nota-se uma predominância na restauração, tanto para o sexo feminino como masculino. Em relação ao Grupo B, vemos que o sexo masculino está mais representado como pedreiro, enquanto que o feminino está na restauração mas de forma diferente. Ficámos a saber que enquanto que as brasileiras trabalham ao balcão ou mesas, as caboverdianas estão na cozinha e desempenham funções de cozinheiras.

Comparando o grau de escolaridade com as profissões desempenhadas, verificamos uma discrepância entre o nível de escolaridade e o trabalho desenvolvido, o que por si só, aumenta a probabilidade de situações de humor depressivo. No Grupo B a relação nível de escolaridade/tipo de emprego parece indicar uma melhor integração destes imigrantes.

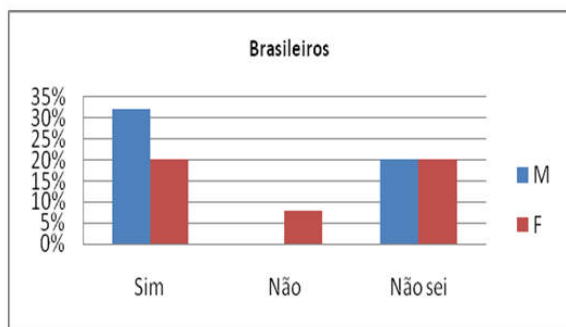


Gráf. 6a: Distribuição em % por quem toma psico-fármacos

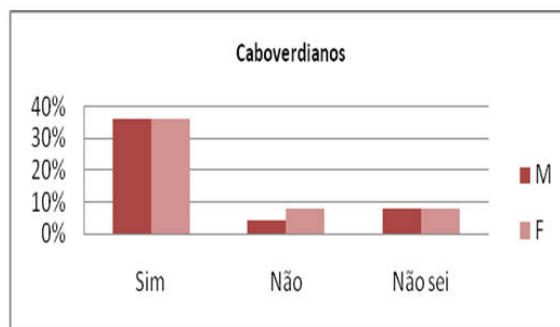


Gráf. 6b: Distribuição em % por quem toma psico-fármacos

No Grupo A, tanto no sexo feminino como no masculino encontramos indivíduos a tomarem anti-depressivos, conforme nos confidenciaram, 4% em cada sexo, no Grupo B só encontramos a tomar medicação o sexo feminino, no entanto este valor sobe para 8%.



Gráf. 7a: Distribuição em % de quem pensa regressar



Gráf. 7b: Distribuição em % de quem pensa regressar

Dos gráficos apresentados concluímos que a maioria dos indivíduos, tanto do Grupo A, como do Grupo B pensa regressar. É interessante verificar que no Grupo A as intenções do sexo masculino repartem-se entre o “Sim” e o “Não sei”, enquanto que 8% do sexo feminino diz que não pensa em regressar.

No Grupo B é clara a vontade da maioria em regressar ao seu país de origem.

3.2. Análise da Escala de Beck – II

Para avaliara a incidência percentual da depressão recorreu-se a uma tabela de frequências em Excel, tendo-se verificado no presente estudo, que a maioria dos imigrantes inquiridos não sofre de depressão (80%), embora 15% dos brasileiros homens apresentem níveis moderados, com pontuação “20 – 28”, e mesmo níveis graves com pontuação “29 -63”, 15% dos femininos caboverdianos.

Percebemos que no conjunto são os brasileiros que apresentam valores mais acentuados de depressão, confirmado pelo Coeficiente de Correlação de Pearson.

Tabela 1 - Análise percentual da depressão

Escala de Beck	Conjunto da Amostra (n=50)		Brasileiros				Caboverdianos			
			Masculino (n=13)		Feminino (n=12)		Masculino (n=12)		Feminino (n=13)	
Pontuações	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
0 - 13	40	80%	9	69%	10	83%	12	100%	9	69%
14 -19	4	8%	2	15%	1	8%	0	0%	1	8%
20 - 28	4	8%	2	15%	1	8%	0	0%	1	8%
29 - 63	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%	2	15%
	50	100%	13	100%	12	100%	12	100%	13	100%

4. CONCLUSÕES

Ao investigar a presença de sintomas depressivos entre imigrantes brasileiros e caboverdianos em Portugal, o presente estudo pretendeu apresentar a vertente cultural e familiar como um importante fator na integração e bem estar psicológico dos indivíduos.

Começámos por ver à luz da revisão bibliográfica que a depressão pode ser desencadeada como reação ao stress de aculturação, em que o indivíduo vê o seu equilíbrio interno sob ameaça, sendo os imigrantes indivíduos mais vulneráveis a este tipo de situação.

A experiência de emigrar tem implicações psicológicas importantes na saúde dos indivíduos. Tanto o encontro com a nova cultura como o deixar as suas referências culturais e familiares são fatores importantes e a considerar no contexto migratório.

Um fator a considerar nos resultados deste trabalho, é o enviesamento dos mesmos uma vez que devido ao baixo nível de escolaridade dos caboverdianos, foi necessário ler e explicar-lhes as diversas perguntas. É possível que a nossa explicação tenha levado a entendimentos diferentes logo, a escolhas diferentes.

Através dos questionários socio-demográficos foram encontradas diferenças significativas quanto aos motivos que levaram os indivíduos a deixarem os seus países de origem, o que por si só pode ser uma “porta aberta” para que a adaptação não se faça da mesma forma.

Considerando a depressão como uma implicação psicológica importante para a saúde do imigrante procurou-se verificar esta situação e, na realidade encontrámos alguns imigrantes com níveis moderados e mesmo graves de depressão. No entanto e, por limitações deste estudo, não

podemos afirmar que estes estados depressivos se devam ao facto de terem emigrado ou se seriam situações já anteriores e até a justificação para terem emigrado.

A maioria dos inquiridos não apresenta níveis significativos de depressão, o que pode ter diversas explicações, desde uma capacidade de adaptação inata, ao facto de serem oriundos de países com raízes em Portugal, logo com uma maior proximidade com a cultura portuguesa, muitas são as hipóteses que ficam no ar.

Apesar de não se poder estabelecer uma relação entre o tempo de permanência e a depressão, podemos dizer que quem está à menos tempo em Portugal tem maiores níveis de depressão. Uma vez que serão os brasileiros, em particular os homens, a apresentarem níveis mais elevados de depressão, podemos pôr a hipótese de haver alguma desilusão e frustração para aqueles que chegam, enquanto que quem está à mais de 5 anos parece estar mais bem adaptado e talvez daí, o terem ficado. No entanto, os caboverdianos parecem ter um comportamento diferente ao terem níveis de depressão mais elevados com o aumento do tempo em Portugal. Neste caso podemos levantar a hipótese de esta situação ter a ver com as perspetivas pouco animadoras que a crise económica deixa antever para os seus filhos.

Quanto aos resultados da aplicação da Escala Toulosana, verificou-se que são as mulheres brasileiras que obtiveram maiores resultados nas dimensões positivas, particularmente no controle e no suporte social, mais uma vez a ideia de que as mulheres brasileiras são decididas e em controlo das suas vidas parece fazer sentido, com os resultados obtidos.

Verificamos ainda que os homens caboverdianos são quem menos utiliza a dimensão controle, enquanto que as mulheres caboverdianas e os homens brasileiros têm maiores valores na dimensão retraimento, o que representa um menor índice da auto-estima.

Os resultados da Escala de Empowerment indicam-nos que são os caboverdianos que parecem ter menos capacidades para controlar as suas vidas apesar de níveis mais baixos de depressão. Podemos pensar que este facto estará relacionado com o baixo nível de escolaridade e com uma vivência bastante distinta da dos brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achotegui, J. (2005). *El síndrome de Ulises. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple*. Director del Postgrado “Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, refugiados y minorías” de la Universidad de Barcelona.

Amendoeira, J. (s.d.). *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades*. Escola de Enfermagem, Instituto Politécnico de Santarém e CesNova, FCSH. pp. 4-7.

Baldwin, D. S. & Hirschfeld, R. MA. (2003). *Depressão*. Porto. Medisa. Edições e Divulgações Científicas, Lda. p. 10, pp. 21-23, p. 36.

Bastide, R. (2003). *Le rêve, la transe et la folie*. Paris. Éditions du Seuil.

Bosseur, C. (1994). *Antipsiquiatria*. Lisboa. Publicações Dom Quixote.

Bozarth, J. (2001). *Terapia Centrada na Pessoa: Um Paradigma Revolucionário*. Lisboa. Universidade Autónoma de Lisboa.

Cabecinhas, R.; Cunha, L. (coord). (2008). *Comunicação Intercultural – Perspectivas, dilemas e desafios*. Porto. Campo das Letras Editores.

Cabral, M. V. (coord); Silva, P. A. da; Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. pp. 20-29.

Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para a Auto-Aprendizagem*. Lisboa. Universidade Aberta.

Cooper & outros. (1977). *Psiquiatria e antipsiquiatria em debate*. Porto. Edições Afrontamento.

Couto, J. (1995). *A Construção do Brasil*. Lisboa. Edições Cosmos. p. 312, pp. 333-334.

Davidson, B. (1969). *Os africanos – Uma introdução à sua história cultural*. Lisboa. Edições 70.

Devereux, G. (1977). *Essais d’ethnopsychiatrie général*. (3ªed.). Paris. Gallimard.

Esteves, A. P. (2004). *Imigração e cidades. Geografia de metrópoles multiétnicas*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa.

Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia*. (5ªed.). Amadora. McGraw-Hill. p. 553.

Fernandes, H. B. (1998). *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental – I - O Homem Perturbado*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, F. A. G. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. p. 344, pp. 414-420, p. 498.

Ferreira, F. A. G. (1988). *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. pp. 22-33, pp. 71-82, p. 481, p.502.

Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia – I*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Fortune, R. (1963). *Os Feiticeiros de Dobu*. Lisboa. Livraria Bertrand.

Foucault, M. (2008). *Doença mental e psicologia*. Lisboa. Edições Texto & Grafia, Lda. p. 9, pp. 74-75.

Frances, A., & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos DSM – IV – TR*. Lisboa: Climepsi Editores.

Freyre, G. (1961). *O Luso e o Trópico*. Lisboa, Comissão Executiva das Comemorações do V Centenário da Morte do Infante D. Henrique.

Freyre, G. (1951). *Interpretação do Brasil*. Lisboa. Edições Livros do Brasil. p. 35, p. 60.

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria*. Porto. Edições Afrontamento. p. 46.

Góis, P. (org.) (2008). *Comunidade(s) Cabo-verdiana(s): as múltiplas faces da imigração cabo-verdiana*. Observatório da Imigração. ACIDI. p.14-16.

Guia, M. J. (2008). *Imigração e Criminalidade – Caleidoscópio de Imigrantes Reclusos*. Coimbra. Edições Almedina. p. 33.

Hipólito, J. & Nunes, O. (2000). “Patologia Somática Grave – Um Olhar da Abordagem Centrada na Pessoa”. In *A Pessoa como Centro, Revista de Estudos Rogerianos, n° 6*. Lisboa. Desafio Jovem.

Kolevzon, A. & Simeon, D. (2002). *Psychiatry Essentials, A Systematic Review*. Philadelphia. Hanley & Belfus, Inc. Medical Publishers. pp. 110-111.

Laplantine, F. (1978). *Etnopsiquiatria*. Lisboa. Editorial Vega. pp. 109-111.

Lévi-Strauss, Claude. (1983). *O Olhar Distanciado*. Lisboa. Edições 70.

Leandro, M. E., Plácido, M. & Carvalho, D. J. (2002). Os males do corpo em terra estrangeira. in Saúde. As teias da discriminação social. *Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social*. Braga. Instituto de Ciências Sociais – Universidade do Minho.

Lima, A. M., Martinez, B. & Filho, J. L. (1990). *Introdução à Antropologia Cultural*. (8ª ed.). Lisboa. Editorial Presença.

Lopes, R. G. (2006). *Psicologia da Pessoa e Elucidação Psicopatológica*. Porto. Higiomed Edições.

Malheiros, J. M.. (2007). *Imigração Brasileira em Portugal*. Promotor Observatório da Imigração. (Coord.) Prof. Roberto Carneiro. ACIDI. pp.17-18, p. 20, p. 25, p. 29.

Meireles, J. M. C.; Meireles, M. M. C.; Barbosa, M. S. C. (2002). *Guia Prático Jurídico do Cidadão Imigrante (não comunitário): Direitos e Deveres em Portugal*. Braga. Associação Famílias.

Neto, F. F. M. (2002). *Psicologia Intercultural*. Lisboa. Universidade Aberta. p.51., pp. 58-59, pp. 96-105.

PAIGC. (1974). *História da Guiné e Ilhas de Cabo Verde*. Porto. p.46.

Pires, C. M. L., (2003). *Noções de Psicopatologia*. Lisboa. Universidade Aberta.

Pires, C. M. L., (2002). *A Depressão não é uma doença*. Leiria. Editorial Diferença. p. 25.

Portes, A. (1999). *Migrações Internacionais – Origens, tipos e modos de incorporação*. Oeiras. Celta Editora. pp. 24-25.

Porto Editora (2006). *Dicionários Académicos*. Porto Editora, Lda.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa. Universidade Aberta. p.109, p. 111, p. 115, pp. 133-134, p. 257, pp. 268-269, p. 277, p. 282, pp. 294-295.

Rivière, C., (1995). *Introdução à Antropologia*. Lisboa. Edições 70.

Rocha –Trindade, M. B. (org.). (2009). *Migrações, Permanências e Diversidades*. Porto. Edições Afrontamento.

Rocha-Trindade, M. B. & Caeiro, D. (2000). *Portugal-Brasil*. Lisboa. Edições Inapa.

Rogers, C., Rosenberg, R. L. (1977). *A Pessoa como Centro*. S. Paulo. EPU, Ed. da Universidade de S.Paulo.

Rodrigues, V. A. & Gonçalves, L. (1997). *Patologia da Personalidade*. (2ª ed). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Sampiero, R. H., Fernández-Collado, C., Lucio, P.B. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ª ed.). Mexico, D. F. McGraw-Hill Interamericana. p. 182.

Santos, L.A. (2000). *Revista do Mundo Médico*, nº 17, Julho/Agosto p. 36.

Silva, L. F. (2004). *Sócio-Antropologia da Saúde – Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Lisboa. Universidade Aberta.

Sordes – Ader, F., Esparbès, S., Tap, P. (1995). Stratégies de coping et personnalisation. *Revue Bulgare de Psychologie*, 2, pp. 59-80.

Sordes, F., Esparbès S., Tap, P. (1994). Contrôle de soi et stratégies de développement : le coping en question. *Psychologie et Éducation (Association française des psychologues scolaires)*, 16, pp. 81-96.

Tap, P., Pires, M., Nunes, O., Brites, R. & Hipólito, J. (2009). *Versão reduzida da Escala Toulousana de Coping (material de resposta e de cotação)*. Documento não publicado. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.

Tap, P. (2007). Les effects de l'exclusion et de la stigmatisation sur l'identité personnelle et sociale. *Colloque sur L'Exclusion*, AFPA, Lille, Nov. 2006 in Exclusions et discriminations: comprendre et agir. AFPA, Lille, pp. 13-24.

Tap, P., Sobal Costa, E. & Alves, M.N. (2005). Escala Toulousiana de coping (ETC) : estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, saúde & doenças*, 6 (1), pp. 47 – 56.

Tap, P., Vasconcelos, M. de L., Fonseca, M., Santos, R. (2004). Saúde, precariedade e vulnerabilidade psicossocial : análise dos valores em função da situação sócio-económica, do sexo e da idade. in J.L. Pais Ribeiro et I. Leal. *A psicologia da saúde num mundo em mudança*. Lisboa. Ispa Edições.

Tap, P. (1995). Identités et compétences en situations difficiles. Journées annuelles de l'ADC-ENSP (Pointe-à-Pitre, Mai 1994), Revue de l'Association des Directeurs Certifiés de l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes. In *Directeurs et Environnements*, pp. 113-127.

Tap, P., Beaumati, A., Esparbès, S. Michon-Tap C. (1990). Insertation et intégration sociales: des notion aux pratiques. Paris. *Annales de Vauvresson*, nº 32-33, pp. 69-81.

Tavares, M. J. F. (1997). *Sociedade e Cultura Portuguesas - Volume I*. Lisboa. Universidade Aberta.

Torrinha, F. (1995). *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa*. Editorial Notícias.

Vallejo-Nágera, J.A. (2002). *A Depressão – Como lidar com a doença do nosso tempo*.

S. João do Estoril. Principia, Publicações Universitárias e Científicas. p. 12.

INTERNET

ALVES, Maria Neves e OLIVEIRA, Eusébio Augusto Medeiros de. O efeito do desemprego no stress e coping dos professores do 2º ciclo. *Psic., Saúde & Doenças*. [online]. 2008, vol.9, no.2 [citado 10 Agosto 2010], p.335-347. www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200011&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1645-0086. Site acedido a 10-08-2010.

Associação Portuguesa de Psicologia Transcultural (APPPT), acedido em www.mighealth.net/pt/images/f/fc/Apresenta%C3%A7%C3%A3oAPPPT.pdf, 05-08-2010.

Barros, P. P., (1999). As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996. Artigo apresentado no 6º Encontro Nacional de Economia da Saúde “As desigualdades perante a saúde” a 28 de Janeiro de 1999, promovido pela Associação Portuguesa de Economia da Saúde, acedido a 05-08-2010 in www.ppbarros.fe.unl.pt/textos-saude.html

Bógus, L., organizadora do estudo «Esperança Além-Mar: Portugal no Arquipélago Migratório Brasileiro». São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,

www.oi.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1511, acedido a 03-08-2010.

Dalgard, O. S. & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. Oslo, acedido a 28-07 -2010 in www.cpementalhealth.com/content/3/1/24.

Fernandes, G. (2008). Viver e conviver além-mar: A simpatia de imigrantes brasileiras a viver em Lisboa. VI Congresso Português de Sociologia, acessado a 05-08-2010 in www.aps.pt/vicongresso/pdfs/381.pdf.

Fonseca, L. et al. (2005). (coord.), Reunificação familiar e imigração em Portugal, p.74, p. 194, Coleção “Estudos e Documentos do Observatório da Imigração” nº 15 www.oi.acidi.gov.pt/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=15, acessado a 15-07-2010.

Freitas, C. (2006). Em busca de um bom médico quando ‘a saúde não tem fronteiras’ percepções dos cabo-verdianos sobre profissionais de saúde na Holanda. Dissertação de Mestrado em Migrações e Estudos Étnicos. Universidade de Amesterdão. p. 17.

www.oi.acidi.gov.pt/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=17, acessado a 15-07-2010.

Graça, L. (2000) - A emergência da hospitalização psiquiátrica em Portugal (1848-1971) p.176 [*Hospitals and psychiatry in Portugal (1848-1971)*]. www.ensp.unl.pt/lgraca/textos176.html, acessado a 11-08-2010.

Jesus, P., (2009). Imigrantes do Leste com 'stress' e depressão. Diário de Notícias. 14 de Junho. www.dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1262171, acessado a 12-07-2010.

Pereira, F. C. (2006). O que é o empoderamento (Empowerment). www.fapepi.pi.gov.br/novafapepi/sapiencia8/artigos1.php, site acessado a 11-08-2010.

Martins, A., Silva, A. I., Nêveda, R. (2005). Ajustamento Psicológico de Doentes com Insuficiência Respiratória Crónica em Ventilação Mecânica Domiciliária. Porto. Revista Portuguesa de Psicossomática, Janeiro-Dezembro, vol. 7, nº 1-2, pp. 125-137. www.sppsicossomatica.org/Publicacoes/Revista-da-SPP/Volume-7-N1-1/Ajustamento-psicologico-de-doentes-com-insuficiencia-respiratoria-cronica-em-ventilacao-mecanica-domiciliaria, acessado a 07-08-2010.

Nunes, O., Brites, R., Pires, M. (2010) Estudo sobre validação de Escala Portuguesa de Empowerment. www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiDesenv_12.pdf, acessado a 11-08-2010.

Winkelman, M., Article: Cultural Shock and Adaptation, Arizona State University

Department of Anthropology. www.asu.edu/clas/shesc/projects/bajaethnography/shock.htm, acessado a 05-07-2010.



www.apdr.pt/congresso/2009/pdf, acessido a 07-07-2010.

www.dre.pt (dre – Diário da República Electrónico), site acessido a 03-07-2010.

www.fhspereclaver.org/migra-salut-mental/, site acessido a 28-07-2010.

www.mfh-eu.net/public/partners/pilot_hospital.htm, acessido a 21-07-2010.

www.mdm-international.org/IMG/pdf/MdM_Press_kit_PT_-_BD-2.pdf, acessido a 19-07-2010.

www.mighealth.net/pt/images/f/fc/Apresenta%C3%A7%C3%A3oAPPPT.pdf, acessido a 15-07-2010.

www.mighealth.net/pt/index.php/P%C3%A1gina_principal, MIGHEALTHNET - Rede de Informação e Boas Práticas em Cuidados de Saúde para Imigrantes e Minorias na Europa, MIGHEALTHNET - Information network on good practice in health care for migrants and minorities in Europe, 10-08-2010.

www.museu-emigrantes.org/BEATRIZ%20ROCHA-TRINDADE.pdf, 03-07-2010.

www.oi.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=2259, MIGHEALTHNET - Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa. Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal. Fonseca, M. L.; Silva, S.; Esteves, A.; McGarrigle, J.; Departamento de Geografia / Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa. 2009, site acessido a 08-08-2010.

www.oi.acidi.gov.pt/docs/rm/GuiaJurídico/livroguiajuridico/pdf, acessido a 12-07-2010.

www.pcd.pt/biblioteca/docs.php?id=65&id_doc=114&id_cat=9, acessido a 08-07-2010.

www.pensamientocritico.org/josach0407.html, acessido a 19-07-2010.

www.un.org (un – United Nations), site acessido a 03-07-2010.

www.un.org/esa/population/publications/2006_MigrationRep/report.htm, site acessido a 08-08-2010.

www.unesdoc.unesco.org, acessido a 12-07-2010.

