

# **Psicologia da Saúde:**

## **Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas**

**Organizado por :  
José Luís Pais Ribeiro;  
Isabel Leal, Anabela  
Pereira & Sara Monteiro.**



**placebo  
Editora**

JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO, ISABEL LEAL, ANABELA  
PEREIRA, PAULA VAGOS E INÊS DIREITO

ACTAS DO 9º CONGRESSO NACIONAL DE  
PSICOLOGIA DA SAÚDE

Título: Actas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

1ª Edição. Fevereiro 2012.

ISBN: 978-989-8463-25-8

Capa: Placebo Editora

Composição: Rafaela Matavelli

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

## **BRASILEIROS EM LISBOA: SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA**

*LYRIA REIS & NATÁLIA RAMOS*

Desde os primórdios da humanidade os seres humanos migram. Por motivos diversos, homens e mulheres mudam de um espaço para outro, dentro do seu próprio país e entre diferentes países do mundo, muitas vezes em busca de melhores condições de vida. Atualmente, o número de migrantes no mundo aproxima-se de 1 bilhão de pessoas sendo 740 milhões de migrantes internos e mais de 210 milhões internacionais (PNUD, 2009). O migrante deixa o seu espaço conhecido e vai de encontro ao novo e desconhecido, o contato entre culturas é inevitável. Diferentes modos de viver são confrontados no dia-a-dia de indivíduos autóctones e migrantes. Destes contatos, novos problemas, individuais e grupais, se têm vindo a registar nas sociedades contemporâneas. A globalização, a mobilidade das populações e a multiculturalidade trouxeram novas problemáticas e colocam novas questões às sociedades, aos serviços, às instituições, às políticas e demandam soluções por parte das populações e pelas suas diferentes instituições no século XXI (Ramos, 2008).

Historicamente Portugal foi um país predominantemente de emigrantes até a década de 60 do século XX. A partir dos anos 70, o país passou também a receber inúmeros imigrantes vindos de diferentes partes do mundo. Desde 1500, ano do descobrimento do Brasil por Pedro Alvares Cabral, existem movimentos entre os dois países. Entre os diversos países de destino de cidadãos portugueses, o Brasil se destaca. Até os anos 60 do século passado, milhões de portugueses emigraram para o Brasil. Portugal está entre os países da Europa escolhido por um grande número de brasileiros migrantes. A partir dos anos 80, milhares de brasileiros escolheram Portugal para viver. Em 2010, os brasileiros eram a maior comunidade brasileira imigrante residente em Portugal, com um total de 119.363 indivíduos (52.478 indivíduos do sexo masculino (44%) e 66.885 do sexo feminino (56%)), contabilizando 26,8% dos imigrantes com situação regularizada junto ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2011). A comunidade brasileira hoje residente em Portugal é muito diversificada tanto ao nível das qualificações académicas quanto ao nível socioeconómico e insere-se nos mais diversos espaços públicos portugueses. Estão dispersos por todo o país mas com uma maior concentração na região metropolitana de Lisboa.

Embora entre Portugal e Brasil existam relações históricas próximas, a migração de indivíduos entre os dois países, origina sempre um contato com o diferente, um contato com o novo para as pessoas que migram. Os migrantes passarão por mudanças e por um processo de adaptação nos diversos aspectos da sua vida quotidiana. Muito do que foi aprendido lentamente, desde o nascimento no seu contexto cultural de origem, terá que ser reaprendido rapidamente no país de acolhimento. Nas migrações internacionais este processo poderá ser mais ou menos fácil, de acordo com aspectos relacionados tanto ao indivíduo, quanto ao meio que o envolve e às políticas do país que o acolhe. Um dos aspectos importantes a observar no processo de adaptação cultural são as questões relacionadas à saúde e à qualidade de vida dos migrantes.

### **Migração, Saúde e Qualidade de Vida**

Os processos migratórios provocam alterações nos contextos de inserção dos indivíduos. Nas migrações internacionais essas alterações poderão ser intensas e as dificuldades encontradas pelas pessoas dependerão das condições biopsicossociais individuais, e também das envolventes, tanto do espaço que deixam como também no espaço que encontram. Deve-se procurar conhecer de que contexto sai o indivíduo (país de origem) e em que contexto irá inserir-se (país de acolhimento), tanto ao nível geográfico quanto às condições biopsicossociais individuais e grupais (Reis & Ramos, 2010).

Segundo Ramos (1993, 2004, 2008, 2009), o processo migratório envolve diversas transformações, rupturas espaciais e temporais na vida dos migrantes, nomeadamente mudanças biológicas, psicológicas, familiares, sociais, culturais, económicas e políticas que implicam uma necessidade de adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias que levam a diferentes modos de aculturação. Esta é definida por Redfield, Linton e Herskovits em 1936 (Ramos, 1993, 2004) como *“uma mudança cultural que resulta de contatos contínuos e diretos entre dois grupos culturais distintos”* e que se constitui num processo complexo com consequências ao nível dos comportamentos que podem afetar a saúde dos migrantes, tanto ao nível psicológico como ao nível físico.

Neste processo, os indivíduos têm de adaptar-se às novas realidades e, frequentemente, alteram comportamentos relacionados à saúde, hábitos e estilos de vida. Os comportamentos relacionados à saúde, também chamados estilos de vida (hábitos como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação, a prática de atividade física) são fortemente influenciados por fatores económicos, sociais e culturais, têm sido amplamente investigados e são importantes fatores relacionados ao desenvolvimento das doenças crónicas não transmissíveis nas sociedades desenvolvidas. Matarazzo em 1984 (Ogden, 1999) definiu comportamentos de saúde em termos de *“hábitos prejudiciais à saúde”* (comportamentos patogénicos) tais como fumar, ter uma alimentação rica em gorduras e *“comportamentos de proteção da saúde”* (comportamentos imunogénicos) tais como realizar rastreios preventivos e praticar exercícios físicos regularmente.

Um dos primeiros estudos a relacionar o comportamento e a saúde é proveniente do estudo longitudinal *Alameda County*, realizado por Berkman e Syme em 1979 (Bennet, 2002) que acompanhou mais de 7000 indivíduos autóctones saudáveis, durante mais de 20 anos, identificou fatores associados à saúde/doença durante esse período e esclareceu a associação entre os estilos de vida e a saúde, analisando o tabagismo, o consumo de álcool, o peso dos indivíduos, a alimentação e a prática de atividade física. Em contexto migratório têm sido mais investigadas as questões relacionadas à saúde mental e menos os efeitos dos processos de adaptação dos imigrantes quanto à saúde geral e à qualidade de vida. Com efeito, se a adoção de comportamentos patogénicos podem ser prejudiciais à saúde dos indivíduos autóctones, também poderão contribuir para o desenvolvimento de doenças crónicas nos indivíduos migrantes, sendo necessário prevenir a doença e promover a saúde neste grupo.

Alguns estudos disponíveis sobre a saúde dos migrantes apontam para uma maior vulnerabilidade a doenças e outros problemas de saúde nesta população (Ramos, 1993, 2004, 2008, 2009). Relativamente às doenças crónicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro entre outras, estudos comparativos demonstraram uma maior taxa de prevalência entre as populações migrantes que nas populações autóctones (Hyman et al in Dias & Gonçalves, 2007). Silva e Dawson (2004) realizaram um estudo exploratório e descritivo sobre o impacto da migração internacional na saúde de mulheres imigrantes brasileiras residentes em Melbourne, Austrália. Os resultados encontrados evidenciaram uma diversidade de problemas no processo de adaptação e saúde relacionados à migração destas mulheres. Os principais temas decorrentes das entrevistas e grupos focais foram os problemas de saúde nas mulheres (cancro, febre do feno, hipertensão, asma, artrite, ataque de pânico e sobrepeso), a falta de apoio social e barreiras sócio-políticas, culturais e económicas para o acesso aos serviços de saúde.

A qualidade de vida é um construto que tem vindo a ser cada vez mais investigado no contexto da saúde. A Organização Mundial da Saúde-OMS, define a qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994 in Rodrigues, 2009). O Grupo Qualidade de Vida da OMS desenvolveu dois instrumentos, o *WHOQOL-100* e o *WHOQOL-bref*. O *WHOQOL-bref* é uma versão resumida do *WHOQOL-100* e analisa a qualidade de vida a partir de 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Os instrumentos foram desenvolvidos com a colaboração de 15 centros de investigação, em diversas culturas e estão disponíveis em vinte idiomas. Poucos estudos foram realizados sobre a qualidade de vida em contexto migratório. Rodrigues (2009) realizou uma investigação de doutoramento sobre a qualidade de vida e saúde mental em contexto migratório com imigrantes brasileiros e portugueses residentes em Genebra e nos resultados observou que um maior tempo de migração reflete-se numa avaliação mais positiva na qualidade de vida. Na investigação realizada por Viana (2010) 71,9% dos

imigrantes brasileiros participantes do estudo consideraram a qualidade de vida “muito boa ou boa”, enquanto 23,1% consideraram “nem boa nem má” e 2,7% consideraram “má ou muito má”.

### **Alguns Resultados do Estudo Empírico**

Apresenta-se aqui uma análise e discussão de alguns resultados da análise das entrevistas realizadas a imigrantes no projeto “*Migrações, saúde e qualidade de vida de imigrantes brasileiros residentes na região de Lisboa*”, nomeadamente a percepção sobre a saúde, os comportamentos relacionados à saúde e estilos de vida adotados por imigrantes brasileiros e a qualidade de vida. Nesta investigação foram realizadas entrevistas a 120 indivíduos, mulheres e homens brasileiros, maiores de 18 anos, residentes em Portugal há pelo menos um ano que, após esclarecimento por escrito, concordaram em responder ao inquérito por entrevista. Para análise da informação recolhida foi utilizada metodologia multi-método, utilizando-se estatística descritiva e análise temática de conteúdo.

Foram entrevistados 67 mulheres e 53 homens, com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos (média de 31,5 anos) com a maioria (72%) com idade inferior a 35 anos. Quanto ao nível de escolaridade 50% tem o equivalente ao 12º ano, 12% tem ensino superior completo e 14% tem pós graduação (especialização, mestrado e doutoramento). Quanto ao estado civil 43,5% são solteiros, 39,8% casados, 9,3% vivem em união de facto e 7,4% são divorciados. A maioria dos entrevistados (45,4%) veio da região sudeste sendo Minas Gerais o estado mais representativo com 28,7% dos entrevistados. O estado do Paraná surgiu em segundo lugar com 14,9% e em seguida a Bahia com 10,2% dos entrevistados.

Um dos indicadores analisados para conhecer a saúde dos indivíduos entrevistados foi a percepção sobre a sua saúde atual. A percepção que cada um tem sobre a sua própria saúde é um indicador construído no contexto biopsicossocial e cultural das pessoas. Diversas variáveis interferem na percepção de cada um sobre a própria saúde, entre elas o gênero, a idade, as (in)capacidades físicas, o nível de escolaridade, as condições económicas das pessoas. Em geral, as mulheres, os mais idosos, os que têm menores rendimentos tendem a avaliar pior a sua saúde. A percepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde associa-se fortemente com o real estado da saúde das pessoas e pode ser considerada como uma representação das avaliações objetivas em saúde. Este indicador tem sido utilizado em diversos estudos (Cabral, 2002; Lebrão, 2003; Vigitel, 2011) e é considerado um método confiável, de simples obtenção e capaz de expressar aspectos da saúde física, cognitiva e emocional das pessoas.

Nesta investigação, a percepção sobre a saúde foi analisada com a questão “Como você acha que está a sua saúde atual” e tinha como opções de resposta: muito má, má, regular, boa e muito boa. Quanto à percepção sobre o estado de saúde, 13% da amostra considerou a saúde atual muito boa, 59,3% boa, 24,1% regular e 3,7% má. Na análise por gênero, 78% dos homens consideram a saúde muito boa ou boa e 22% regular. No universo feminino, 68,6% das mulheres consideram a saúde

muito boa ou boa, 25,4% regular e 6% ruim, com os resultados indo de encontro ao descrito na literatura.

Os comportamentos relacionados à saúde dos imigrantes brasileiros analisados para esta comunicação foram o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e a prática de atividade física. Em geral, foram observadas alterações nos comportamentos relacionados à saúde tanto ao nível do consumo de bebidas alcoólicas como na prática de atividade física. Quanto ao tabagismo, 25,7% dos entrevistados era fumador no Brasil. Essa percentagem passou para 21% em Portugal. Analisando as entrevistas quanto ao hábito tabágico, cerca de 69% dos indivíduos não alteraram os hábitos, 17% deixou o hábito e 9% iniciou o tabagismo após emigrar. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em geral, 77% dos brasileiros entrevistados consumia algum tipo de bebida alcoólica quando residia no Brasil. Em Portugal, 81% dos brasileiros desta amostra consomem bebidas alcoólicas. Foram observadas alterações quanto ao padrão de consumo e ao tipo de bebida consumida. Cerca de 35% dos indivíduos mantiveram a mesma quantidade de bebidas consumidas, 22% diminuiu a quantidade, 15% aumentou a quantidade e 8% que não consumiam nenhum tipo de bebidas alcoólicas incorporaram esse hábito em situação migratória. Cerca de 14% dos entrevistados referiu não consumir nenhum tipo de bebidas alcoólicas.

As maiores alterações nos comportamentos relacionados à saúde observados foram nos comportamentos imunogênicos como a prática de atividade física. Cerca de 60% dos entrevistados praticavam algum tipo de atividade física no Brasil, percentagem que passou a 36% em Portugal, sendo essa diminuição mais observada entre os indivíduos do sexo masculino. O contexto a que estão sujeitos os indivíduos migrantes (muitas vezes com uma carga horária de trabalho alargada, pesada e inadequada) torna a prática de atividade física uma atividade difícil de ser conjugada com todos os outros afazeres diários. Também a perda da rede de contactos, que ficou no país de origem e, a necessidade de construir novas amizades interfere com a disponibilidade para a prática de atividade física.

Quanto à qualidade de vida dos participantes desta investigação, nesta comunicação será analisada apenas a resposta à primeira questão do questionário WHOQOL-bref “*Como você avaliaria a sua qualidade de vida*”. Os resultados foram: 1,9% ruim; 19,4% nem ruim nem boa; 67,6% boa e 11,1% muito boa. Quanto à percepção sobre a qualidade de vida, as mulheres avaliaram melhor a qualidade de vida (13,4% consideraram muito boa) enquanto que entre os homens, essa avaliação é feita apenas por 7,3% dos indivíduos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção é uma experiência sensorial que tem ganho significado e importância, implicando a sensação (dependente dos órgãos sensoriais e das estruturas nervosas) e a interpretação (psicossocial e cultural) e que irá condicionar os comportamentos dos indivíduos (Piovesan, 1970). A auto-percepção sobre a saúde é um importante indicador para avaliar a saúde das pessoas e grupos. É construída social e culturalmente pela própria condição de saúde individual e pelo mundo que nos rodeia. A qualidade de vida segundo Minayo et al (2000) é uma representação social e uma construção social de acordo com cada sociedade, criada a partir de parâmetros subjetivos e objetivos, tendo em conta o grau de desenvolvimento económico e social dos grupos. Nesse sentido, conhecer as percepções sobre saúde e qualidade de vida dos imigrantes é muito importante ao nível da prevenção em saúde. As percepções que as pessoas, nomeadamente os imigrantes têm sobre o mundo que os rodeia, irão condicionar o modo como interpretam esse mundo e o modo como reagirão a ele.

Os comportamentos relacionados à saúde, hábitos e estilos de vida são importantes fatores relacionados às doenças crónicas não transmissíveis. Os resultados desta investigação indicaram alterações de comportamentos relacionados à saúde entre os imigrantes brasileiros entrevistados. Comportamentos prejudiciais para a saúde devem ser combatidos enquanto comportamentos saudáveis devem ser estimulados, desde a infância, em todas as fases da vida e nos diversos contextos.

Sendo a saúde e a qualidade de vida fundamentais para o bem-estar dos indivíduos e da coletividade, é muito importante que se desenvolvam políticas de educação e prevenção das doenças crónicas entre todos os indivíduos, autóctones e migrantes, políticas essas adequadas ao modo como vivem as pessoas, às suas crenças e às suas culturas.

Diversos atores sociais (indivíduos, associações e governantes) devem contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida de todos, devendo a saúde e qualidade de vida serem objetivos em todas as políticas. Igualmente, deverá promover-se o acesso de todos aos cuidados de saúde, cumprindo-se o Despacho nº 25 360/2001, que regula que qualquer cidadão tem o direito à saúde e o dever de a proteger e a Constituição da República Portuguesa que estabelece que todos os cidadãos, nacionais ou estrangeiros, têm direito à prestação de cuidados globais de saúde.

Factores como a paz, a habitação, a educação, a alimentação, o meio ambiente saudável e seguro, ter rendimentos adequados para fazer face às necessidades do dia-a-dia, a justiça social são pré-requisitos fundamentais para a saúde. Para além destes elementos, para os imigrantes, a reconstrução das suas redes sociais, o desenvolvimento do sentimento de pertença, o fortalecimento das redes comunitárias e a existência de políticas públicas favoráveis facilitam o desenvolvimento pessoal, favorecem a integração e aumentam a coesão social nos países de acolhimento.

Como acentua Ramos (2009:9) “*A crescente multiculturalidade que se verifica nos diferentes contextos da vida pública exige esforços na reformulação de estratégias e políticas públicas com o objectivo de melhorar a saúde, a qualidade de vida, o acesso aos serviços públicos e a comunicação entre os diferentes grupos que coabitam no mesmo espaço*”.

## REFERÊNCIAS

- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crónicas por inquérito telefónico*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel\\_2010\\_preliminar\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf).
- Cabral, M. V. (coord.) (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: ICS.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. In: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. *Imigração e Saúde - Revista Migrações*. nº1. Lisboa: ACIDI.
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2003). *SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS. Disponível em [http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l\\_saber.pdf](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf).
- Minayo, M. C. S. et al. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1),7-18.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Piovesan, A. (1970). Percepção cultural dos fatos sociais: Suas implicações no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 4(1),85-97.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD (2009). *Relatório de Desenvolvimento Humano 2009*. Coimbra: Almedina.
- Ramos, N. (1993). *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Paris V. Universidade René Descartes. Sorbonne (I e II vol.).
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2008). Migração, aculturação e saúde. In N. Ramos (org.), *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB.
- Ramos, N. (2009). “Saúde, Migração e Direitos Humanos”. In *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17 (1), 1-11.

- Reis, L. M., & Ramos, N. (2010). Comportamentos de saúde e estilos de vida em contexto migratório: um estudo com mulheres e homens brasileiros imigrantes em Portugal. In *Actas Fazendo Gênero 9: Diásporas, diversidades, deslocamentos*. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278185656\\_ARQUIVO\\_LyriaReis-TextoFinalFG9.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278185656_ARQUIVO_LyriaReis-TextoFinalFG9.pdf)>
- Rodrigues, I. F. (2009). *Qualidade de vida e saúde mental em contexto migratório: Um estudo com brasileiros e portugueses residentes na cidade de Genebra-Suíça*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Universidade Aberta.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras-SEF (2011). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2010*. Lisboa: SEF. Disponível em <[http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2010.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2010.pdf)>.
- Silva, A. L., & Dawson, M. T. (2004). O impacto da migração internacional na saúde de mulheres brasileiras na Austrália. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(3), 339-50.
- Viana, V. C. (2010). *Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa*. Lisboa: ACIDI.