

Cláudia Fernanda Soares Carvalho Rosa

*SAÚDE MENTAL
EM CONTEXTO MIGRATÓRIO
Um estudo na região de Lisboa*

*DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM RELAÇÕES INTERCULTURAIS*

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

*Universidade Aberta
Lisboa, 2007*

F. Duarte

Capa – Monday Morning in
[http://pt.7paintings.com/frontend/models/enlarge/19437_in 10/11/o7](http://pt.7paintings.com/frontend/models/enlarge/19437_in_10/11/o7)

Cláudia Fernanda Soares Carvalho Rosa

*SAÚDE MENTAL
EM CONTEXTO MIGRATÓRIO
Um estudo na região de Lisboa*

*DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM RELAÇÕES INTERCULTURAIS*

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

*Universidade Aberta
Lisboa, 2007*

AGRADECIMENTOS

Muitos foram aqueles que me acompanharam e ajudaram neste longo percurso de elaboração do presente estudo. Expressar o meu reconhecimento a todos seria difícil. Deixo, assim, o meu agradecimento a todos aqueles que mais me acompanharam, e que, sem a sua preciosa ajuda, tanto emocional como profissional, seria impossível chegar ao fim desta jornada.

À Professora Doutora Natália Ramos, orientadora deste estudo, pelas suas sugestões e esclarecimentos, mas sobretudo pelo incentivo e disponibilidade demonstrados ao longo da elaboração do mesmo.

Aos imigrantes entrevistados, sem os quais não seria possível a realização deste estudo.

Aos profissionais do Hospital Júlio de Matos, e da Consulta do Migrante do Hospital Miguel Bombarda, pela sua preciosa colaboração na identificação dos imigrantes para a nossa amostra e da informação cedida, necessária para o nosso estudo.

Aos colegas e todos aqueles que fizeram com que fosse possível a concretização deste estudo.

Ao apoio incondicional da minha família e dos meus amigos, por estarem sempre presentes e me darem força para chegar ao terminus deste longo percurso.

E ao meu amigo Colaço, um especial OBRIGADO, por todo o apoio, ensinamentos, e tempo que me disponibilizou.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	16
Parte I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
CAPITULO 1- CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL	20
1. NORMAL E PATOLÓGICO.....	20
2. DEFINIÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL.....	25
3. A PSIQUIATRIA - BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA	33
CAPITULO 2 - A PSIQUIATRIA NUMA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL	66
CAPITULO 3- ACULTURAÇÃO.....	79
1- DEFINIÇÃO DE ENCULTURAÇÃO E ACULTURAÇÃO.....	80
2. MODOS DE ACULTURAÇÃO.....	83
3. ACULTURAÇÃO PSICOLÓGICA.....	86
4. STRESS DE ACULTURAÇÃO	87
CAPITULO 4 – DIVERSIDADE CULTURAL, MIGRAÇÕES E SAÚDE	93
1. PORTUGAL: PAÍS DE IMIGRAÇÃO.....	94
2. PROCESSO MIGRATÓRIO.....	111
2.1. Mudanças decorrentes do processo migratório.....	116
3. IMIGRANTES E CUIDADOS DE SAÚDE	119
3.1. Os problemas de saúde mental dos imigrantes.....	122
3.2. A Consulta do Migrante do Hospital Miguel Bombarda.....	125
4. CUIDADOS DE SAÚDE CULTURALMENTE COMPETENTES.....	128
4.1 Comunicação Intercultural.....	133
Parte II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	137
CAPITULO 1 – METODOLOGIA.....	138
1. OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO.....	139
1.1 Problemática de Investigação.....	139
1.2. Questões e objectivos de investigação.....	139
1.3. Justificação do estudo.....	140
2. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO.....	141
2.1. A entrevista.....	142
2.1.1. A análise de conteúdo.....	143
3. TIPO DE ESTUDO.....	144

4. AS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS.....	146
4.1. Contexto de realização.....	146
4.2. Análise dos dados e interpretação dos resultados.....	147
5. POPULAÇÃO ALVO.....	149
6. AMOSTRA.....	150
6.1. Constituição da amostra.....	150
6.2. Caracterização da amostra.....	151
6.2.1 Critérios de inclusão.....	151
6.2.2. Critérios de exclusão.....	151
7. PROCEDIMENTOS NO PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS.....	152
7.1. Inserção no terreno	152
7.1.1. Hospital Miguel Bombarda.....	154
7.1.2. Hospital Júlio de Matos.....	152
9. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	158
CAPITULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS	
RESULTADOS	163
1. APRESENTAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	164
2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	182
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	205
3.1. Motivação para procurar apoio na área da saúde mental.....	206
3.1.1. Perturbações inespecíficas.....	207
3.1.2. Perturbações específicas.....	208
3.1.3. Outros factores.....	210
3.2. Encaminhamento para a consulta/hospital.....	211
3.2.1. Familiares	212
3.2.2. Profissionais de saúde.....	213
3.2.3. Outros.....	214
3.3. Doença actual.....	215
3.3.1. Sinais e sintomas físicos.....	216
3.3.2. Sinais e sintomas psíquicos/comportamentais.....	217
3.4. Antecedentes de patologia psíquica.....	222
3.4.1. Referente a familiares.....	224
3.4.2. Referente ao próprio indivíduo.....	224
3.5. Outros problemas de saúde.....	233

3.5.1. Sem problemas.....	234
3.5.2. Problemas físicos	235
3.6. Apoio médico em Portugal.....	237
3.6.1. Geral (não-psiquiátrico)	238
3.6.2. Psiquiátrico.....	241
3.7. Acesso à saúde.....	243
3.7.1. País de origem.....	244
3.7.2. Portugal.....	245
3.8. Experiência marcante vivenciada desde que imigrou.....	249
3.8.1. Positiva.....	250
3.8.2. Negativa.....	251
3.9. Características dos portugueses percebidas pelos imigrantes.....	261
3.9.1. Técnicos de saúde.....	262
3.9.2. População em geral.....	264
3.10. Integração social.....	267
3.10.1 Facilidades.....	269
3.10.2. Dificuldades.....	271
CONCLUSÃO.....	275
BIBLIOGRAFIA.....	290
REFERÊNCIAS DA INTERNET.....	297
ANEXOS.....	299
ANEXO I – Guião de entrevista para os Informadores qualificados.....	300
ANEXO II – Guião de entrevista para os doentes.....	301
ANEXO III – grelha de análise.....	303
ANEXO IV – Caracterização da amostra.....	308

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Nº de imigrantes em Portugal por nacionalidade (AR+AP)	98
Quadro 2 – Total de imigrantes não comunitários e cidadãos estrangeiros da União Europeia entre 2000-2004.....	100
Quadro 3 – Nº de imigrantes em Portugal por Distrito (AR+AP).....	101
Quadro 4 – Idade Média dos estrangeiros em 2001 por nacionalidade.....	103
Quadro 5 – População activa segundo o escalão etário, em 2001	104
Quadro 6 – Imigrantes com Autorização de Residência por sexo em 2004...	106
Quadro 7 – Distribuição percentual de imigrantes por nível de qualificação académica em 2001	107
Quadro 8 – Distribuição da população estrangeira por grupos sócio-económicos.....	108
Quadro 9 – Distribuição da amostra por idade.....	182
Quadro 10 – Distribuição da amostra por grupos etários.....	183
Quadro 11 – Distribuição da amostra por sexo.....	183
Quadro 12 – Distribuição da amostra por sexo e grupo etário.....	184
Quadro 13 – Distribuição da amostra por estado civil.....	184
Quadro 14 – Distribuição da amostra por estado civil e sexo.....	185
Quadro 15 – Distribuição da amostra por nº filhos.....	185
Quadro 16 – Distribuição da amostra pelo nº de filhos e sexo.....	186
Quadro 17 – Distribuição da amostra pelo nível de escolaridade.....	186
Quadro 18 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade e sexo.....	187
Quadro 19 – Distribuição da amostra por religião.....	187
Quadro 20 – Distribuição da amostra pelo país de origem.....	188
Quadro 21 – Distribuição da amostra pela profissão/ocupação no país de origem.....	189
Quadro 22 – Distribuição da amostra pela profissão/ocupação em Portugal..	190
Quadro 23 – Distribuição da amostra segundo o agregado familiar no país de origem.....	191
Quadro 24 -Distribuição da amostra segundo o agregado familiar em Portugal.....	191
Quadro 25 – Distribuição da amostra pelo nº de pessoas com que residia no país de origem.....	192

Quadro 26 – Distribuição da amostra pelo nº de pessoas com que reside em Portugal.....	192
Quadro 27 – Distribuição da amostra pelo tempo de permanência em Portugal.....	193
Quadro 28 – Distribuição da amostra pela permanência em Portugal, por anos.....	193
Quadro 29 – Distribuição da amostra pelos motivos da emigração.....	194
Quadro 30 – Distribuição da amostra pela situação de legalidade em Portugal.....	195
Quadro 31 – Distribuição da amostra pelo trajecto migratório.....	195
Quadro 32 – Distribuição da amostra pelo conhecimento da língua portuguesa antes da emigração.....	196
Quadro 33 – Distribuição da amostra pelo local de aprendizagem do Português.....	196
Quadro 34 – Distribuição da amostra pela forma como aprendeu Português.....	197
Quadro 35 – Distribuição da amostra pelo associativismo imigrante.....	198
Quadro 36 – Distribuição da amostra pelo diagnóstico médico.....	199
Quadro 37 – Distribuição da amostra pelo diagnóstico médico e sexo.....	200
Quadro 38 – Distribuição da amostra pelo diagnóstico médico e local da recolha de dados.....	202
Quadro 39 – Distribuição da amostra pelo diagnóstico médico, local da recolha de dados e sexo.....	204
Quadro 40 – Motivação para procurar apoio na área da saúde mental.....	206
Quadro 41 – Encaminhamento para a consulta/hospital.....	212
Quadro 42 – Doença actual.....	216
Quadro 43 – Antecedentes de patologia psíquica.....	223
Quadro 44 – Outros problemas de saúde.....	234
Quadro 45 – Apoio médico em Portugal.....	238
Quadro 46 – Acesso à saúde.....	244
Quadro 47 – Experiência marcante vivenciada desde que imigrou.....	250
Quadro 48 – Características dos portugueses percebidas pelos Imigrantes.....	262
Quadro 49 – Integração social.....	268

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Percurso Migratório	113
--------------------------------------	-----

ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 ¹ – Mulher Santomense – Ilhéu das Rolas, São Tomé e Príncipe.	19
Fotografia 2 ² – Homem hindu, Sri Lanka.....	66
Fotografia 3 ³ – Mulheres afegãs, Herat, Afeganistão.....	79
Fotografia 4 ⁴ – Mulher artesã guatemalteca, Antigua, Guatemala, 2004.....	93
Fotografia 5 ⁵ – Homem Cabo-verdiano – Ilha do Fogo, Cabo Verde.....	137
Fotografia 6 ⁶ – Homens paquistaneses conversando na cidade de Pashawar, Paquistão.....	163
Fotografia 7 ⁷ – Noiva Bereber da tribo Ait Hadiddou, Marrocos	275

¹ Fonte: da autora.

² Fonte: Teresa Pinheiro.

³ Fonte: Ibidem.

⁴ Fonte: Conceição Rosa.

⁵ Fonte: da autora.

⁶ Fonte: Internet in http://www.infobrasil.org/fotos/relig_p/uni/isl.htm in 18/12/2007.

⁷ Fonte: Ibidem.

SIGLAS

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

AP – Autorização de permanência

AR – Autorização de residência

CEE – Comunidade Económica Europeia

Dr. – Doutor

Dra. - Doutora

HMB – Hospital Miguel Bombarda

HJM – Hospital Júlio de Matos

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pulmonares

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

URSS – União das Republicas Socialistas Soviéticas

RESUMO

No mundo global em que vivemos as migrações têm vindo a tornar-se um fenómeno cada vez mais frequente. Como tal, é importante dar especial atenção à saúde dos migrantes, nomeadamente, à sua saúde mental.

O presente estudo debruça-se sobre a saúde mental em contexto migratório, abrangendo imigrantes que recorreram a serviços de saúde mental na região de Lisboa.

Na parte referente ao enquadramento teórico são abordados conceitos de saúde e doença mental, e a psiquiatria numa perspectiva transcultural. É ainda desenvolvido o tema da aculturação, e alguns aspectos relativos à diversidade cultural, migrações e saúde.

A investigação teve como principais objectivos identificar os problemas psíquicos predominantes em imigrantes que recorrem a serviços de saúde mental da região de Lisboa e compreender em que medida a imigração é factor desencadeante de psicopatologia e doença mental.

Trata-se de um estudo de carácter exploratório e descritivo, tendo sido utilizada uma metodologia de natureza qualitativa.

Foi seleccionada a entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados e a observação participante como ferramenta exploratória relativamente à população em estudo que consistiu numa amostra intencional de 20 imigrantes que recorreram a serviços de saúde mental na região de Lisboa.

Após ter sido feita a caracterização da amostra em estudo, procedeu-se à análise de conteúdo da informação recolhida, processo utilizado na análise dos dados. Ao longo da análise, houve, simultaneamente, recurso à literatura sobre o tema e a informação obtida por intermédio de informadores qualificados.

Participaram 20 imigrantes cuja média de idades é de 35,4 anos, em que 60% são do sexo masculino e 40% do sexo feminino, sendo o diagnóstico médico predominante a psicose esquizofrénica (30%), seguindo-se a perturbação

bipolar e a perturbação depressiva com a mesma percentagem de resultados (20%).

As principais conclusões do estudo revelam que:

- Os motivos que levaram os entrevistados a procurar apoio na área da saúde mental foram perturbações inespecíficas (as mais evocadas foram as situações de doença e perturbação mental, mas também as alucinações auditivas, o “esgotamento”, o nervosismo e ansiedade) e perturbações específicas (como o alcoolismo, a depressão, o stress, a insónia e alguma sintomatologia física). Também foram referidos o pedido de ajuda e ajuste terapêutico;
- O encaminhamento para a consulta/hospital foi efectuado por familiares e profissionais de saúde, e também pelo próprio. Vizinhos, amigos ou a polícia também foram referidos;
- A doença actual é referida essencialmente através de sinais e sintomas psíquicos/comportamentais (alterações do pensamento e da memória, ideias de conteúdo persecutório e de suicídio, “doença na cabeça” e depressão, alterações do sistema nervoso, alterações comportamentais, stress e alcoolismo), sendo também referidos, embora de forma pouco específica, sinais e sintomas físicos;
- Quanto a antecedentes de patologia psíquica, anteriormente à imigração, foram referidos por nove (45%) dos entrevistados (apontando predominantemente, alterações comportamentais e problemas mentais). Posteriormente à imigração, as alterações psíquicas apresentadas foram referidas por treze dos inquiridos, como tendo início após uma situação marcante, potencialmente traumática, como é o caso de problemas familiares e laborais, de mudança de residência, do processo de legalização e de doença física grave;
- A maioria dos entrevistados apresenta também problemas físicos, para além dos psíquicos;
- Todos os inquiridos já recorreram aos serviços de saúde portugueses, tanto aos psiquiátricos como aos gerais (não-psiquiátricos);

- Quanto ao acesso à saúde, em Portugal, a maioria (65%) dos entrevistados referiram não sentir dificuldades. Contudo, alguns focaram dificuldades comunicacionais (25%) e burocráticas (15%);
- Todos os entrevistados, desde que imigraram, já vivenciaram experiências marcantes. Relativamente às positivas, focaram situações de libertação familiar, de ajuda humanitária e de melhor remuneração. Quanto às experiências negativas, referiram, sobretudo, aspectos familiares, profissionais, de doença e de discriminação;
- Os imigrantes entrevistados consideram os técnicos de saúde portugueses, com quem têm contactado, competentes, simpáticos e comunicativos. Contudo, por vezes, incompetentes e mal-educados. Quanto aos portugueses em geral, consideram-nos simpáticos, embora por vezes isolados, fechados, desconfiados, cobardes e alcoólicos;
- A integração social em Portugal, tem sido influenciada por facilidades/dificuldades que dizem respeito, não só ao próprio imigrante, mas também às condições em Portugal.

Palavras-chave: saúde/doença mental, migração, diversidade cultural, aculturação, cuidados de saúde multiculturais.

ABSTRACT

In the global world where we live, migration has become an increasingly frequent phenomenon. As such, it is important to pay special attention to the health of migrants, particularly their mental health.

In the part which concerns the theoretical background, the concepts of mental health and illness are covered, as well as psychiatry from an intercultural perspective. The issue of acculturation is also addressed, together with some aspects relating to cultural diversity, migration and health.

The main purposes of this investigation were to identify the psychological problems predominating in the immigrants who use the mental healthcare services in the region of Lisbon and understand to what extent immigration is an eliciting factor for psychopathology and mental illness.

This study is of an exploratory and descriptive nature and the methodology used was qualitative.

The semi-structured interview was selected as the data gathering technique relating to the population under analysis, which consisted of an intentional sample of 20 immigrants who use the services of mental healthcare in the region of Lisbon.

After having characterised the sample being studied, the analysis of the contents of the information gathered was carried out, a process used in the data analysis. Throughout the analysis, we simultaneously made use of literature concerning this subject and information obtained from qualified sources.

Twenty immigrants participated in this study, the average age being 35.4 years, 60% of them being male and 40% female; their predominant medical diagnosis was schizophrenic psychosis (30%), followed by bipolar disorder and depressive disorder with the same result percentage (20%).

The main conclusions of this study have revealed that:

- The reasons which led the inquired persons to seek support in the field of mental healthcare were unspecified disturbances (those most cited were cases of illness and mental disorder, but also auditory hallucination, “breakdown”, nerves and anxiety) or specific disturbances (such as alcoholism, depression, stress, insomnia and some physical symptoms). Request for therapeutic help and adjustment were also mentioned.
- The recommendation for a doctor’s appointment/hospital was made by family members or health professionals, as well as by the patient himself. Neighbours, friends or the Police were also mentioned.
- The current illness is referred to essentially through psychological/behavioural signs or symptoms (mental process or memory alterations, stress and alcoholism), physical signs and symptoms being also pointed out, although in a rather unspecific manner;
- Concerning a history of psychological pathology prior to immigration, nine (45%) of the inquired persons mentioned this (predominantly pointing out behavioural alterations and mental problems). Subsequent to immigration, the psychological alterations shown were referred to by thirteen of the inquired persons as having started after situations which marked them and were potentially traumatic, such as family or work problems, change of residence, legalisation procedures or serious physical illness;
- The majority of the inquired persons also show physical problems, in addition to psychological problems;
- All the inquired persons have already used the Portuguese healthcare services, both psychiatric and general (non-psychiatric);
- Concerning the access to healthcare in Portugal, the majority (65%) of the inquired persons mentioned that they did not experience any difficulties. Nevertheless, some of them pointed out communication (25%) or bureaucratic (15%) difficulties;

- Since their immigration, all the inquired persons have experienced situations which marked them. Regarding positive experiences, they indicated situations of family freedom, humanitarian aid and a better salary. As to the negative experiences, they mainly pointed out family, professional, illness and discrimination issues;
- The immigrants inquired consider that the Portuguese health practitioners with whom they have contacted are competent, friendly and communicative. Nevertheless, sometimes they can be incompetent and rude. As regards the Portuguese people in general, they consider them to be friendly, although sometimes solitary, unreceptive, suspicious, cowardly and alcoholic.
- Social integration in Portugal has been influenced by factor of ease/difficulty which concern not only the immigrant himself, but also the conditions in Portugal.

Key words: mental health/illness, migration, cultural diversity, acculturation, multicultural healthcare.

INTRODUÇÃO

“Sem como nem porquê, Santo Antão tornou-se o tema preguiçoso da conversa de espera.

Ninguém falava de ninguém, fosse conhecido, parente, amigo ou mito, como se nada tivesse importância no espaço imaginado.

A Ilha era apenas ela, no sentido inicial da concepção: intocada e intocável.

(...) Um dos presentes falou em energia e, falando, a respiração tornou-se-lhe mais lenta, o olhar mais estreito, as narinas trementes, os gestos pensativos e saudosos de quem já participou da força guardada daquela terra e a inscreveu nas suas opções. (...)

Lembrei-me de alguém que há pouco tempo ali encontrei numa ribeira entre um canal e o mar. Foi há tanto tempo...

- Eu venho à Ilha quando me pressiona uma necessidade incontrolável de escuridão – disse-me.

Era um dado novo para mim. Sorri-me: Santo Antão ou a capacidade constante de me causar espanto!

Depois aprendi que a escuridão é o silêncio e é, pode ser, uma casinha pendurada no cume de uma rocha, ou uma lamparina que se apaga à medida que nos sentidos se incorporam os contornos, e o mundo se ausenta para a construção do espectáculo.

Escuridão é, pode ser, uma onda imensa, onde, na crista ou nas entranhas negras, me confronto com um silêncio vazio e estranho. (...)

Horas decorridas e é madrugada. E o outro lado da ilha que se afasta no ciclo perpétuo dos encontros e desencontros.

Hoje, na sala de espera, a lembrança de Santo Antão e de um silêncio chamado escuro” (Salústio, 1994:21).

Santo Antão, Cabo Verde, foi também para nós o local onde, enquanto profissional de saúde a exercer funções em Missão Humanitária, aprendemos a enfrentar a “escuridão” e a ver o Outro num contexto cultural diferente.

Deu-nos a possibilidade de vivenciar a alteração do conceito de “normalidade” com a mudança do contexto cultural, e constatar como a cultura influencia e aceita (ou não) a “anormalidade” comportamental.

Regressada ao nosso habitual local de trabalho, em contexto de saúde mental e psiquiatria, com o contacto frequente com imigrantes com patologia psíquica oriundos dos quatro cantos do mundo e com culturas diversas, fez-nos reflectir

no quanto o conceito de “normalidade” é tão diversificado e como é difícil estabelecer a fronteira entre o normal e o patológico, ou se, de facto, ela existe. Lopez (1976), para ultrapassar essa dificuldade, aconselha, a prestar atenção ao papel da cultura dos doentes na compreensão e comunicação dos seus sofrimentos psicológicos, e colocar a hipótese do estado do doente ser o resultado de pressões sociais, políticas e económicas sofridas por ele, e não de uma doença mental.

A situação de migração reúne, assim, múltiplos factores possíveis de influenciar a saúde mental de um indivíduo, matéria ainda pouco abordada. cremos, pois, que é importante e pertinente fazer investigação nesta área.

O nosso estudo – A **saúde mental em contexto migratório – um estudo na região de Lisboa**, surge-nos, assim, como um projecto de investigação para dar resposta às nossas inquietações, motivadas pela diversidade cultural com que nos deparamos no nosso dia-a-dia.

De acordo com o sugerido por Quivy (1998), enunciámos o nosso projecto de investigação sob a forma de uma pergunta de partida:

- Compreender as relações existentes entre doença mental e a situação de imigração.

Para dar resposta a esta questão traçámos os seguintes objectivos:

- Identificar quais os problemas psíquicos predominantes nos imigrantes que recorrem a Serviços de Saúde Mental da região de Lisboa;
- Compreender em que medida a imigração é factor desencadeante de psicopatologia e doença mental.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo, estruturado em duas partes: na primeira faremos o enquadramento teórico do tema; na segunda parte apresentaremos a investigação empírica.

A primeira parte é composta por quatro capítulos.

No primeiro capítulo serão abordados conceitos de saúde e doença mental. Começaremos por abordar a questão do normal e do patológico. Seguidamente apresentaremos diversas definições de saúde e doença mental. Finalmente faremos uma breve abordagem histórica da psiquiatria.

No segundo capítulo é apresentada uma perspectiva transcultural da psiquiatria.

No terceiro capítulo centramo-nos no tema da aculturação. Começamos por propor diversas definições de aculturação e enculturação, bem como dos modos de aculturação. Abordaremos, também, a aculturação psicológica e finalmente o stress de aculturação.

No quarto capítulo debruçar-nos-emos sobre diversidade cultural, migrações e saúde. Começamos por caracterizar Portugal enquanto país de imigração passando depois para os aspectos referentes ao processo migratório. Abordamos ainda os imigrantes no que diz respeito aos cuidados de saúde, salientando os seus problemas de saúde mental, e, neste âmbito, falamos da Consulta do Migrante do Hospital Miguel Bombarda. Por último, abordamos a questão dos cuidados de saúde culturalmente competentes, focando também o papel da comunicação intercultural.

Na segunda parte será apresentada a investigação empírica. O primeiro capítulo descreverá a metodologia seguida, o segundo é dedicado à apresentação, análise e discussão dos resultados.

A finalizar o nosso trabalho partimos para as principais conclusões obtidas e serão avançadas algumas sugestões.

PARTÉ I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO



Fotografia 2 – Mulher Santomense – Ilhéu das Rolas, São Tomé e Príncipe,
2005

CAPITULO 1 – CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

*“A saúde perfeita, tal como a beleza perfeita, é coisa rara;
Ao que parece, passa-se o mesmo com a doença perfeita”*

Peter Mere Latham In Quartilho (2001:7)

1.1- NORMAL E PATOLÓGICO

Atendendo à diversidade cultural existente na sociedade actual torna-se difícil encontrar uma definição do que é a doença mental ou psiquiátrica. Para compreendermos esse conceito temos de procurar primeiro entender o que é normal e o que é patológico. A utilização destes termos envolve, no entanto, muitos mais conceitos interligados entre si.

Normal/anormal: como pensar nestes dois termos sem imediatamente os remeter um ao outro numa relação de simples exclusão? Colocada entre o inconsciente de Freud, as forças económicas de Marx e a vontade de afirmação de Nietzsche, a normalidade tem “má fama” na filosofia contemporânea. Prefere-se o anormal ao normal, o louco ao banal, o perverso ao santo. A normalidade parece fazer referência à ordem existente, não tem em suma, nem os atractivos da desobediência nem as virtudes criativas da inovação.

“Etimologicamente, a norma latina é o esquadro: aquilo que não pende nem para a direita nem para a esquerda” (Romano, 1994: 379).

Ainda segundo aquele autor (1994: 201) a *“norma é o conjunto dos parâmetros e das situações que permite o desenvolvimento da espécie e do seu par singular”*.

A normalidade, para Romano (1994: 201),

“Compreende substancialmente tudo o que de facto existe: não é um critério arbitrário, mas um modo naturalmente estabelecido e não discricional. O anormal é, deste ponto de vista, um estreito halo, geralmente precário e instável, que envolve a normalidade “.

Existe uma infinidade de conceitos teóricos e clínicos sobre normalidade. Daniel Offer e Melvin Sabshin formulam quatro perspectivas sobre esta

matéria. Embora todas diferentes na sua definição e descrição, estas perspectivas complementam-se e juntas, representam as abordagens das ciências comportamental e social para a normalidade. As quatro perspectivas formuladas por Offer e Sabshin, e referenciadas por Fiorucci⁸ são a normalidade como saúde, a normalidade como utopia, a normalidade como média e a normalidade como processo.

A perspectiva de normalidade como saúde baseia-se, sobretudo, na abordagem médico-psiquiátrico tradicional da saúde e da doença, ou seja, a normalidade como sinónimo de saúde e comportamento dentro dos limites da normalidade, quando nenhuma psicopatologia manifesta está presente. Se todo o comportamento fosse colocado numa escala, a normalidade abrangeria a maior porção do *continuum*, e a anormalidade seria a menor porção restante. Para o profissional de saúde, que trabalha baseando-se neste modelo tradicional, a ausência de sinais e sintomas exuberantes indicam a existência de saúde.

Na perspectiva de normalidade como utopia, a normalidade é concebida como uma mistura harmoniosa e óptima dos diversos elementos do aparelho mental, culminando no seu funcionamento óptimo. Esta abordagem pode ser directamente ligada a Freud que, ao discutir a normalidade, declarou que "*Um ego normal é como a normalidade em geral, uma ficção ideal*". Esta definição emerge quando os profissionais de saúde falam sobre a pessoa ideal ou quando discutem sobre os critérios para um tratamento eficaz.

A normalidade como média é baseada no princípio matemático da curva sinoidal, concebendo a faixa intermediária do *continuum* como normal e ambos os extremos como desvios do normal. Nesta perspectiva a variabilidade é descrita no contexto do grupo e não em termos individuais. É utilizada essencialmente nos estudos normativos do comportamento, com maior frequência na psicologia e biologia, embora também utilizada actualmente na psiquiatria.

A perspectiva de normalidade como processo salienta as mudanças ou processos, em vez de uma definição transversal da normalidade. Defende que

⁸ FIORUCCI, Carlos. Saúde Mental. Conceitos e considerações in http://www.rafe.com.br/sql_vamosprevenir/index.asp?setor=25&idc=132 em 4/4/06

o comportamento normal é o resultado final de sistemas que interagem entre si, que as alterações temporais são essenciais para uma definição completa de normalidade. Esta abordagem é adoptada por estudiosos das ciências comportamentais e sociais.

Se o conceito de normalidade já é tão diversificado, como poderemos perceber onde existe a fronteira entre o normal e o patológico ou se de facto ela existe? Good e Good defendem que essa fronteira entre o normal e o patológico é estabelecida pela cultura (Filho, 1999). Por outro lado, se o que é normal aqui pode ser patológico ali, Abdelmalek (1999: 43) referenciando Canguilhem defende ser *“tentador concluir que não existe fronteira entre o normal e o patológico”*.

Para Romano (1994: 203), *“Normal é o que é conforme com a lei”*. Normal é *“aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável”* (Canguilhem, 1982: p.95). Isto conduz a uma referência de “normal”.

O comportamento normal surge então como aquele que se prevê que aconteça num dado momento, o comportamento mais comum, o mais usual é aquele que atinge as mais fortes percentagens de presença. Pelo contrário, o comportamento anormal é aquele que se desvia da norma, isto é, da tendência central duma população (Foley, referido por Bastide, 1965).

Mas um comportamento, por si só, não poderá ser considerado patológico só porque se “desvia” do comportamento geral do grupo. Não é o facto do desvio que o torna anormal mas o seu funcionamento causal. Temos o exemplo das alucinações dos índios das planícies, que não são anormais, uma vez que constituem um fenómeno geral e normativo imposto pela cultura, embora o sejam as alucinações no caso dos esquizofrénicos. Pelo que Wegrocki (1965:435) conclui que o *“comportamento «anormal» dos índios é análogo ao dos psicóticos, mas não é homólogo”*, então *“o que é anormal não é o mecanismo; é a sua função que determina a anormalidade”*.

Pelo que temos vindo a constatar sobre a anormalidade comportamental, não é fácil atingir a unanimidade por parte dos teóricos quanto à definição deste

conceito. Alguns teóricos definem o comportamento anormal do ponto de vista do *indivíduo* cujo comportamento está sendo considerado, enquanto outros o definem do ponto de vista da *cultura* na qual o indivíduo está inserido (Holmes, 1997).

Quando o comportamento anormal é definido do ponto de vista do indivíduo, a atenção é focalizada primeiro no **sofrimento** do indivíduo. Desse modo, um indivíduo é definido como “anormal” quando está ansioso, deprimido, insatisfeito ou perturbado. Em segundo lugar, a atenção é focalizada na **incapacidade** do indivíduo. Este será, assim, definido como “anormal” quando não é capaz de funcionar pessoal, social, fisiológica ou profissionalmente. Então, do ponto de vista pessoal, a anomalia é definida, sobretudo, em termos de *felicidade* e *eficácia* do indivíduo, e o que os outros pensam sobre ele torna-se irrelevante.

Ao definir o comportamento anormal do ponto de vista cultural, a atenção é focalizada nos **desvios à norma**, isto é, o grau de desvio face às *normas culturais*. Por exemplo, um indivíduo alucinado será definido como “anormal” porque a maioria das pessoas não alucina. Em relação a isto, note-se que o que é normal numa cultura pode não o ser noutra. No tocante às alucinações, que em algumas culturas constituem um sinal de patologia mental e o indivíduo é hospitalizado, noutras culturas são consideradas como a voz de um Deus e o indivíduo é transformado em sacerdote (Murphy, 1976, referenciado por Holmes, 1997).

É de salientar, no entanto, os comportamentos anormais que não são considerados como tal. Isto é, comportamentos que se desviam da norma, embora tal desvio não seja considerado anormal. Ter um QI (Coeficiente de inteligência) de 140, por exemplo, ou ser excepcionalmente bem adaptado, apesar de ser um desvio da norma, não é considerado “anormal” do modo como a palavra *anormal* é habitualmente usada. Constata-se, então, que apenas comportamentos que a cultura considera como negativos são definidos como “anormais”.

Do ponto de vista cultural, assim, a anomalia é definida em termos de normas culturais e os sentimentos do indivíduo são também considerados.

A partir da discussão precedente, parece que sofrimento, incapacitação e desvio da norma podem desempenhar um papel na definição do

comportamento anormal. Devemos, no entanto, permanecer flexíveis na escolha destes critérios para determinar se um dado indivíduo é “anormal”. Por exemplo, se usarmos apenas o ponto de vista pessoal, um indivíduo feliz mas que alucina não será tratado, e se usarmos o ponto de vista cultural o indivíduo deprimido mas que não causa incômodo para ninguém será ignorado até tentar o suicídio.

Por vezes os pontos de vista pessoal e cultural entram em conflito. Isto tende a acontecer quando o ponto de vista cultural é usado e os direitos do indivíduo são ignorados. Tal conflito ocorreu no caso da homossexualidade. A prática da homossexualidade constitui um desvio da nossa norma cultural, mas surge uma dúvida sobre se temos o direito de rotular como “anormais” indivíduos com essa orientação sexual.

Durante muitos anos, a homossexualidade foi encarada como um comportamento anormal, e considerada um transtorno mental enumerado no DSM (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*). Porém, em 1980, o assunto foi reavaliado pelos especialistas que decidem quais as patologias que devem constar na referida listagem, tendo a homossexualidade sido retirada por não constituir um transtorno, a menos que o indivíduo se sinta infeliz em relação à sua orientação sexual. No caso da homossexualidade, portanto, os direitos do indivíduo foram colocados acima das normas culturais.

Para determinar o que é anormal, há que ter em conta, portanto, quer os aspectos pessoais como os culturais do comportamento, o que torna o conceito de anormalidade muito variável, diferindo de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura e de época para época. Citando Holmes (1997:32): *“Comportamento anormal é o comportamento que é pessoalmente angustiante ou pessoalmente incapacitante ou é culturalmente tão afastado da norma que outros indivíduos o julgam como inapropriado ou mal-adaptativo”* e portanto um reflexo de doença mental.

Há no entanto quem defenda a crença, como é o caso de Szasz, referenciado por Holmes (1997: 32) de que a *“doença mental é um mito; em outras palavras, não existe tal coisa como doença mental e os indivíduos não precisam ser tratados”*. Essa crença baseia-se em três noções: A primeira alega que o comportamento anormal é simplesmente um comportamento *diferente* e não necessariamente um reflexo de doença, ou seja, um indivíduo pode ter traços

de personalidade que se afastam do que a sociedade preconiza, no entanto, isso não significa que os traços constituam uma doença. A segunda defende que um indivíduo pode ter uma crença incomum, mas isto não quer dizer que o indivíduo esteja *errado*. Por exemplo, podemos discordar de um indivíduo que acredita que é Deus, mas isso não significa que ele seja ou não Deus. Muitos líderes e cientistas foram, em algum momento da História, considerados errados ou “loucos”. Portanto, mesmo se o indivíduo estiver errado, isso não significa que ele esteja doente. A terceira noção justifica o comportamento anormal como sendo o resultado de algo de errado na sociedade e não no *indivíduo*. Por exemplo, se um indivíduo entra em colapso motivado pelo stress, o problema encontra-se no ambiente e não no indivíduo. Portanto, ser diferente, estar errado ou responder a ambientes anormais não deveria ser a base para rotular um indivíduo como portador de uma patologia ou de ser anormal.

No entanto, o patológico nem sempre é o “anormal”. Canguilhem (1982: 106) refere haver *“uma maneira de considerar o patológico como normal, definindo o normal e o anormal pela frequência estatística relativa (...) pelo que poder-se-á dizer que “uma saúde perfeita contínua é um facto anormal”*. Neste caso expressa-se o facto da experiência do ser vivo incluir, realmente, a doença. Anormal quer dizer precisamente inexistente, inobservável, pelo que neste sentido é evidente que o patológico não é “anormal”. E é mesmo tão pouco anormal que se pode falar em funções normais de defesa orgânica e de luta contra a doença.

Em suma, existe uma grande dificuldade em distinguir o normal do patológico, pelo que a chave para a saúde mental, segundo defende Devereux (1977), será justamente a capacidade de ajustamento às transformações.

1.2– DEFINIÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

Os conceitos de saúde e doença que adoptamos estão intimamente associados ao tipo de sociedade a que pertencemos. Os contextos culturais, políticos, sociais, económicos, históricos, filosóficos e científicos alteram, influenciam e modificam esses conceitos. A saúde, em qualquer sociedade, é

um valor estimado e desejado, que a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu, na constituição de 1948, como “*um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não a meramente ausência de doença*”. Em 1986, a OMS reformula a sua definição de saúde e enuncia-a como “*a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de lidar com o meio que o envolve*”.

Ferreira (1990) contextualizou o conceito de saúde, partindo de conceitos já anteriormente desenvolvidos, sintetizando em quatro grandes grupos de ideias, conceitos interligados entre si, definindo saúde de acordo com várias concepções: médica, psico-social, político-legal e económica.

Perante a **concepção médica**, ao olharmos a saúde como um estado de ausência de doença, a patologia é manifestada por um conjunto de sintomas, sinais fisiológicos, psíquicos e sociais, pelo que a ausência destes confirma a integridade do organismo, e portanto a sua saúde.

A saúde como um estado de conforto e de sensação de confiança e segurança pessoal é defendida pela **concepção psico-social**. Aqui, o sofrimento e todas as situações provocadas pela doença, é abarcado, não de uma forma individual, mas de um modo interpessoal, o que faz sentir o indivíduo enquanto doente, que pode dispor de acesso, acompanhamento, atendimento e tratamento, que o pode ajudar a restabelecer o seu estado de saúde.

A **concepção político-legal** vê a saúde como um pré-requisito funcional para a manutenção do vigor e equilíbrio adaptativo da vida das pessoas e da sociedade. Esta concepção promove o conceito de cidadania em saúde, uma vez que considera que a saúde deve ser desenvolvida numa parceria entre a comunidade e o indivíduo, tendo em consideração o conjunto de deveres e direitos dos cidadãos implicados, beneficiando assim tanto a comunidade como o indivíduo.

Sendo as pessoas saudáveis um forte recurso de produção para a manutenção da economia das sociedades actuais, a **concepção económica** vê a saúde como um factor de importância económica fundamental. A doença, aparece desse modo, como factor destabilizador ou inibitório do processo de produção, através do absentismo e da diminuição da capacidade de produzir.

Se há múltiplas formas de definir saúde e doença, essa multiplicidade mantém-se no que diz respeito aos conceitos de saúde e doença mental, os quais poderão até, por vezes, ser conceitos contraditórios.

Chaplin (1989) defende que *“saúde mental é um estado de boa adaptação, com uma sensação subjectiva de bem-estar, prazer de viver e uma sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões”*. Saúde mental será, portanto, segundo defende Devereux (1977), *“a capacidade de ajustamento às transformações”*. E esta capacidade diz respeito, tanto ao doente, como a quem o assiste. Um xamã adaptado apenas à sua tribo, que não se consiga reajustar a outro grupo, necessita de ajuda psiquiátrica tanto quanto um paciente bem adaptado ao hospital no qual está internado, mas que não se consegue ajustar à vida fora dele.

O conceito de saúde mental deve envolver o Homem no seu todo bio-psico-social, o contexto social em que está inserido, assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, segundo Fonseca (1985), podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico resultante da interacção do indivíduo com os seus vários ecossistemas, isto é, entre o seu meio interno e externo, as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares.

“A saúde mental deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim a percepção e consciência dos mesmos, e a possibilidade pessoal e/ou colectiva de os solucionar, de os modificar, de interferir sobre eles” (Uribe, 1994:65).

Os factores desencadeantes da doença mental podem ser vários, no entanto para Ogara (1982) a causa da doença mental pode ser, nuns casos, devida a alterações de conduta por lesão cerebral, e noutros casos, ser o resultado de circunstâncias sociais ou de conflitos pessoais.

Prodi (1994:248) defende que *“é próprio da doença mental ser (...) humana”*, no entanto esta especificidade não é suficiente para definir conceitos universalistas. O próprio objecto de estudo da psiquiatria – a ciência que pretende tratar e reinserir o doente mental na sociedade – não se encontra absolutamente definido, oscilando entre conceitos que alternam entre o físico e o psíquico, o cérebro e a mente, resultando daí, segundo refere Quartilho (2001:25), na ambiguidade do conhecimento psiquiátrico:

“Não podendo ser completamente integrados nem separados, o cérebro e a mente são uma tese e uma antítese sem síntese possível, dois elementos polares cuja relação dialéctica integra a natureza essencial dos seres humanos e contribui, também, para a referida ambiguidade do conhecimento psiquiátrico”.

Tal ambiguidade repete-se na realização do diagnóstico de doença mental, quando tentamos separar o normal do anormal, já que a fronteira entre ambos é um problema com que se depara o psiquiatra, e variável de cultura para cultura.

Se na doença física o médico se baseia nas queixas do doente e nos resultados dos exames auxiliares de diagnóstico, já na área da doença mental o cenário é um pouco diferente. Os exames auxiliares de diagnóstico vocacionados para esta especialidade são reduzidos, como é o caso do electroencefalograma ou o doseamento de determinados metabolitos, por vezes com um grau de eficácia e utilidade diminutos.

Na frequente impossibilidade de utilizar meios auxiliares de diagnóstico que comprovem a existência de doença mental, e perante a recusa em aceitar o seu estado de doente, as alternativas de diagnóstico são o recurso à observação directa e a recolha de informação fornecida pelo individuo, ou por quem o acompanha, já que são frequentes os casos em que os indivíduos são acompanhados às instituições de saúde, por familiares ou amigos ou mesmo por forças policiais. Assim sendo, o processo de comunicação no seu sentido mais lato, é fundamental para se estabelecer o diagnóstico na área da doença mental, pois segundo Adelmalek e Gérard (1999:34) *“o médico não espera que o doente raciocine, pois o que disser não será tido em conta senão em função do raciocínio do médico”.*

O diagnóstico da doença mental não é pois fácil de definir,

“só pode ser feito a partir de um certo número de indicadores quer de carácter colectivo, quer de carácter individual que permitam estabelecer uma graduação entre as diversas categorias de “doença” e de “saúde”, as diversas formas (normais, desviadas e patológicas) do comportamento humano” (Berner, 1982, citado por Fonseca, 1985:168).

Como temos vindo a constatar não existem conceitos universalistas no que diz respeito à definição de saúde/doença mental. Existem, sim, inúmeras formas de abordagem desses conceitos, pelo que, de uma forma sucinta, passaremos a indicar algumas delas.

A **Organização Mundial de Saúde** (OMS) entende por saúde mental o funcionamento total e harmónico de toda a personalidade, apresentando o indivíduo uma atitude perfeita para estabelecer relações harmoniosas com os seus semelhantes. Este conceito de saúde mental indicado pela OMS é complexo e diversificado e não deixa de ser sujeito a críticas por isso mesmo. Seguindo este conceito não seria possível encontrar alguém realmente possuidor de saúde mental já que, durante a vida de um indivíduo, será difícil a inexistência de um período, mesmo que limitado, em que ele não apresente dificuldades de relacionamento para com os seus semelhantes, ou que não apresente alterações, embora pontuais, da sua personalidade, não fazendo dele, no entanto, um indivíduo doente mental.

O **conceito processual de saúde mental** é provavelmente um dos conceitos mais elaborados e mais completo de saúde mental, daí também a sua complexidade e diversidade. É definido como *“a capacidade para integrar eficazmente os sistemas biológicos, psicológicos e sociais à medida que se vai de encontro aos eventos da vida nos sucessivos estágios de crescimento e desenvolvimento”* (Brunner, 1985: 10). Nesta perspectiva, os factores a ter em consideração para determinar se um dado indivíduo se encontra saudável ou não, do ponto de vista mental, são tão diversificados que obrigariam por certo, a uma análise tão exaustiva de toda a história individual, bem como dos factores socioculturais e ambientais do meio em que se encontra inserido, que os dados recolhidos iriam ser sempre insuficientes, e por conseguinte, na maior parte dos casos, impossível responder se o indivíduo está doente ou saudável, em termos de saúde mental.

O **conceito médico de saúde mental** é outra forma de abordagem para definir doença e saúde mental, descrevendo esta como sendo o estado de ausência de dor, patologia aparente e incapacidade. As alterações patológicas identificadas são apresentadas em listagens internacionais, das quais se destacam a *Classificação Internacional de Doenças (ICD)* e o *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM)* (Brunner, 1985:910).

Esta classifica a listagem dos distúrbios mentais de acordo com a perspectiva americana e vai na sua quarta revisão. O ICD defende a perspectiva europeia face aos distúrbios mentais, sendo editado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), indo já na sua décima revisão. É de referir que em cada nova revisão dessas listagens há alterações face às versões anteriores.

Apesar de, ao longo dos anos, se tentar unificar essas duas listagens numa só, devido a divergências entre as escolas europeia e americana de psiquiatria, tal unificação ainda não foi possível. Assim, um mesmo indivíduo, de acordo com a listagem de referência utilizada, poderá manifestar sintomas que conduzam a diferentes diagnósticos clínicos ou mesmo, em alguns casos, poderá ou não, reunir as condições para ser considerado afectado por uma determinada patologia psiquiátrica.

Este conceito médico poderá, pois, revelar-se pouco prático quanto à sua aplicabilidade, daí a necessidade de abarcar por abordagens mais práticas e funcionais.

O conceito estatístico poderá reunir essas duas características: ser prático e funcional. É por isso um dos conceitos mais operacionais, sendo portanto um dos mais utilizados para definir saúde mental, não deixando de ser, no entanto, um dos mais criticados. Segundo o conceito estatístico, a saúde mental é descrita como sendo constituída pelos *"comportamentos distribuídos dentro de uma curva normal, com os comportamentos desviantes ocorrendo em ambos os extremos"* (Brunner, 1985:910). No entanto a média estatística apenas nos informa do que é mais frequente no universo estudado e não o que é normal ou anormal. Neste tipo de abordagem, não é possível avaliar até que ponto o conceito do mais frequente é o correspondente ao normal, pelo que o problema saúde/doença, não cabendo na gama dos parâmetros da variabilidade, não há nenhum observador que possa avaliar externamente que parâmetros são normais e que parâmetros são "anormais". Assim, não existindo parâmetros, não será possível determinar onde colocar, numa dada curva normal, os pontos que limitarão o espaço da saúde mental. Poderíamos então questionar onde colocar os indivíduos sobredotados, já que estes estarão certamente fora da curva da normalidade, mas isso não significará por certo que sejam indivíduos doentes, pelo facto de não apresentarem as mesmas características que a maioria dos indivíduos observados.

Para Prodi (1994: 200) *"a determinação da normalidade como média estatística é (...) um mero método de análise, e não pode conduzir à construção de discriminantes"*. *"O normal não é uma média correlativa a um conceito social, não é um julgamento de valor, é uma noção-limite que define o máximo de capacidade psíquica de um ser. Não há limite superior da normalidade"* (Ey, referenciado por Canguilhem, 1982: 90). Por isso, quando nos deparamos com indivíduos cujos comportamentos saem dos padrões ditos "normais" temos dificuldade em avaliar onde acaba o exuberante e começa o patológico.

Torna-se útil então uma outra área para avaliar esse tipo de situações, a área jurídica ou legal. De acordo com o **conceito jurídico ou legal de doença mental**, esta é reduzida ao aspecto da insanidade e entendido como a *"incapacidade para distinguir o certo do errado e para adequar o comportamento à lei"* (Brunner, 1985:910). No entanto as leis são variáveis, não só de sociedade para sociedade como na mesma sociedade ao longo do tempo, pelo que este conceito se apresenta mutável e inconsistente, mais de normatividade que de normalidade, e pouco indicado para se referir a aspectos que deverão ser "absolutos e imutáveis", como é o caso da saúde e da doença mental.

A saúde/doença mental é, pois, um assunto pessoal e individual variando os conceitos com as expectativas das sociedades, a época, o lugar e a cultura. A saúde mental pode ser assim entendida como a *"capacidade de ser competente no desempenho dos papéis sociais dentro de uma ampla gama de comportamentos"*, definição que Brunner (1985:910), utiliza para abordar o **conceito cultural de saúde mental**. Portanto, um ser humano dito "normal" deverá ter a capacidade para se adaptar e integrar em qualquer cultura humana.

No entanto, mesmo este princípio não é aceite de forma universal e foi fortemente contestado pelos defensores da etnopsiquiatria, nomeadamente por Devereux (1977: 23) para quem *"le diagnostic de normalité est infiniment plus aléatoire que celui d'anormalité"*⁹. Laplantine (1978: 94) refere ainda que *"a partir do momento em que o mórbido se torna institucional e é partilhado por uma maioria de indivíduos, eles tomam-no como um facto de cultura como*

⁹ *"O diagnóstico da normalidade é infinitamente mais aleatório do que o da anormalidade"* (tradução do autor)

qualquer outro", levando à criação de sociedades neuróticas ou psicóticas como as designam os defensores desta corrente, e que Laplantine caracteriza, referenciado por Colaço (2002:191),

*"Ao falar de culturas neuróticas e de culturas psicóticas, designo o facto evidente de que certas sociedades são eminentemente indutoras de sintomas **individuais** que são os da neurose e da psicose. São sociedades que criam em série indivíduos que já não dispõem desta capacidade crítica e criadora, deste sobressalto passional e desta fantasia que é própria de todas as pessoas saudáveis".*

Este conceito cultural de saúde mental poderá acabar, pois, por nos levar à doença mental. Isto é, por um lado temos um conceito de saúde mental que valoriza a capacidade humana de adaptação à grande diversidade cultural característica da espécie humana. Por outro lado, aceitando a existência de sociedades patológicas, tal como nos é proposto pela etnopsiquiatria, a adaptação a esses modelos culturais específicos acabará por levar a uma incapacidade adaptacional e portanto à doença mental.

Temos, pois, um conceito, que apesar de largamente utilizado, continua a não obter a unanimidade de todos os que se têm debruçado sobre este assunto. Por exemplo Abdemalek e Gérard (1999: 45) na abordagem desta temática terminam afirmando: *"A saúde caracteriza-se, pois, não pelo conformismo adaptativo, mas pela capacidade de tolerar as infidelidades às normas do meio, portanto, de jogar com as normas"*.

Também os factores ambientais são considerados pela maioria dos investigadores como sendo desencadeantes de alterações genéticas associadas a doenças mentais, resultando daí a importância do **modelo biopsicossocial** "como resposta ao «imperativo cultural» do modelo biomédico" como expressa Quartilho (2001) referenciado por Colaço (2002: 190):

"(...) constituição e ambiente são um todo interdependente, não só porque (...) é essa a lógica da construção da espécie mas também porque a tradução das informações genéticas de espécie a nível de um ser singular e concreto durante a diferenciação ontogenética

ocorre num determinado ambiente, que é aquele em que ocorre efectivamente o desenvolvimento e que, portanto, interactua de facto com o genoma. A informação não é o carácter, mas a indicação para a formação do carácter, o qual tem a sua sequência de desenvolvimento durante a formação ontogenética materializando-se em estrutura-função: a anistoricidade e esquematicidade da informação genética só nessa condição é transferida para a historicidade e particularidade duma determinação individual, que é inconfundível em relação a qualquer outra, mesmo no caso de gémeos monocoriais (...)”.

Com os exemplos apresentados podemos constatar a imensa dificuldade para definir os conceitos de saúde e doença mental. Muitos mais poderíamos apresentar. No entanto torna-se difícil a obtenção de um conceito que seja sucinto, prático, que não deixe lugar a críticas e dúvidas, e que seja unânime por parte de todos os que abordem esta temática, já que “*Não há teoria da psique que valha, mas, apenas, uma filosofia do existir humano*” como defende o filósofo Karl Jaspers (Abreu, 1997: 24).

1.3 - A PSIQUIATRIA – BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA

“A história da psiquiatria começou quando um homem tentou aliviar o sofrimento de outro homem, influenciando-o. Quando o sofrimento psíquico e físico não se distinguem entre si, o precursor da psiquiatria era qualquer homem que cuidasse de outro homem com dor. A história da psiquiatria começa assim com a história do primeiro curador profissional, o médico-feiticeiro” (Alexander, 1968 :41).

Nos tempos primórdios, quem tinha a tarefa de cuidar dos doentes era o médico – feiticeiro, o qual na maioria das vezes era também o sumo-sacerdote, além de ser o chefe da tribo e o feiticeiro do clã. Era também a pessoa que os outros acreditavam ter poderes misteriosos.

A doença mental era considerada como provocada por forças mágicas de divindades malévolas, e os “terapeutas” usavam rituais religiosos e mágicos para combater essas forças.

Na Mesopotâmia, os médicos babilónios também usavam os processos mágicos, auxiliados por práticas astrológicas e oraculares. Aqui havia dois tipos de médicos: os sacerdotes Assipu, que tratavam das doenças internas e principalmente das doenças mentais, sendo estas atribuídas à possessão demoníaca e tratadas por métodos mágico-religiosos; e os médicos leigos Asu que tratavam dos problemas físicos externos, normalmente provocados por ferimentos, utilizando para isso tratamentos mais naturais.

Os médicos utilizavam drogas, mas o principal tratamento era através do encantamento, processo que acreditavam ser o mais eficaz, e um poderoso instrumento psicológico.

Todos os médicos tinham os seus próprios deuses pessoais mas a sua principal divindade era Ninurta, o deus curador. O sacerdote, em primeiro lugar diagnosticava a doença, e seguidamente, apelava ao deus específico daquela doença, sendo cada uma causada por um demónio específico. A insanidade mental era causada pelo demónio Idta.

Apesar da medicina praticada na Mesopotâmia ser essencialmente mágica e religiosa, a medicina posterior foi influenciada por ela. Os mesopotâmios além de descreverem muitas doenças correcta e pormenorizadamente nas suas tábuas cuneiformes, descobriram também muitos princípios médicos, assim como foram os primeiros a estudar o histórico da vida do doente. Além disso, aspectos como a higiene, a medicina social, e principalmente a ética médica, atingiram importantes dimensões.

No antigo Egipto a medicina também era predominantemente mágico-religiosa quer os médicos fossem sacerdotes, leigos, mágicos ou uma combinação deles, no entanto por vezes tentavam encontrar causas físicas para as doenças. É o caso da perturbação emocional, que identificaram, e que mais tarde foi designada por histeria (hysteron = útero), acreditando que a mesma se devia a um mau posicionamento do útero. O tratamento consistia na fumigação da vagina com o objectivo de levar o útero errante à sua posição natural.

Imhotep, o primeiro curador egípcio de que se tem conhecimento, viveu por volta de 2850 A.C. e foi divinizado como o deus especial da medicina. O seu templo em Mênfis tornou-se simultaneamente numa escola de medicina e hospital. Aqui era desenvolvido um protótipo de terapia ocupacional que só séculos mais tarde viria a ser desenvolvida: os doentes *“eram encorajados a ocuparem-se (...) com actividades recreativas como excursões sobre o Nilo, concertos, danças, pintura e desenho, e outras ocupações construtivas”* (Alexander, 1968: 46).

Os egípcios deixaram-nos importantes escritos médicos nos seus papiros, entre os quais se destacam o papiro de Ebers e o papiro de Edward Smith, ambos datados de aproximadamente 1550 A.C. O papiro de Ebers aborda aspectos de medicina interna e farmacologia, sendo no mesmo frequentes os encantamentos e as explicações mágicas das doenças. O papiro de Smith descreve ferimentos e tratamento cirúrgico, e as referências mágicas e religiosas são escassas. É também neste papiro que se encontra a primeira descrição conhecida do cérebro, o qual, também, é reconhecido como a sede de funções mentais.

Os antigos hebreus também consideravam os factores mágico-religiosos como os causadores das doenças. No entanto baseavam-se na crença de que um Deus único era a origem da saúde e da doença. O objectivo da doença, inclusive a loucura, seria portanto, a punição do homem pelos seus pecados, pelo que a cura era um atributo do divino.

Os médicos hebreus mais importantes eram sacerdotes que tinham meios especiais de apelar ao Grande Curador.

O interesse dos hebraicos pelos doentes mentais já se fazia sentir e, no ano de 490 D.C. *“já havia em Jerusalém um hospital destinado exclusivamente aos doentes mentais”* (Alexander, 1968:49), assim como recomendavam como tratamento para a perturbação mental a diversão do doente, e que este falasse livremente das suas preocupações.

A medicina persa antiga remonta a meados do primeiro milénio A.C. e a principal fonte de informação sobre a mesma deve-se ao *Venidad*, que tem vários capítulos dedicados à medicina.

Os persas também davam ênfase às teorias religiosas e demoníacas, apesar de no *Vernidad* ser mencionado a existência de três tipos de médicos: mágicos, cirurgiões e médicos de ervas.

O tratamento preconizado na medicina persa era a pureza da mente e do corpo, boas acções e bons pensamentos, e higiene.

Os antigos gregos associavam também as perturbações mentais a causas divinas, sendo Esculápio considerado o deus da medicina. Foram construídos imensos templos esculapianos onde os doentes se iam tratar, e o principal tratamento que ali se desenvolvia era o sono do templo ou de “incubação”.

Hipócrates (460-377 A.C.) foi o primeiro a tentar explicar as doenças com base em causas naturais, aplicando as especulações filosóficas à medicina, juntamente com as observações por si estabelecidas junto dos doentes. Foi por isso chamado o Pai da Medicina.

A patologia hipocrática baseava-se no conceito de harmonia entre os quatro humores corporais - sangue, fleuma, bílis negra e bílis amarela – os quais seriam as manifestações corporais resultantes da combinação das quatro qualidades básicas da natureza – calor, frio, humidade e aridez. O cérebro era considerado o órgão mais importante do corpo e o seu funcionamento normal exigia um equilíbrio entre os humores. Assim, “*grandes excessos de fleuma causavam uma forma de demência, a bílis amarela era causadora da raiva maníaca e a bílis negra causava melancolia*” (Colp, 1999: 3000). A esta teoria dos humores correspondeu a teoria dos temperamentos: sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico, sendo esta a primeira tentativa de explicar as diferenças de temperamento e de personalidades.

Os hipocráticos foram os primeiros a descrever racionalmente e a classificar doenças como a epilepsia, a mania, paranóia, delírios tóxicos, psicose pós-parto, fobias e histeria, e pensavam ser esta uma doença específica das mulheres.

Como tratamento, os hipocráticos defendiam a higiene pessoal, banhos e cuidados dietéticos de forma a manter os humores em equilíbrio. Em caso de insanidade tentavam eliminar os humores excessivos através de purgativos, catarse e sangrias.

Se com a influência de Hipócrates a loucura abandonou, pelo menos temporariamente, a causalidade mágico-religiosa, com a filosofia platônica ela volta, fazendo renascer a ideia da origem sobrenatural das doenças mentais.

Platão (427 – 347 A.C.) dividia a alma em três partes: racional, espiritual-afectiva e apetitiva (desejos e ganância). Segundo ele, a loucura surgia então quando a alma racional passava a dominar a alma apetitiva ou quando uma perturbação da alma provocava um comportamento destrutivo.

A medicina romana não se distinguiu por uma abordagem particularmente revolucionária, no entanto destacam-se alguns nomes. Asclepiades nasceu por volta de 124 A.C. na Grécia e aqui também estudou, mas apesar das discriminações que em Roma existiam perante os médicos gregos, foi aí que exerceu medicina. Este médico grego evidenciava-se por dar ênfase ao tratamento humano digno, não só aos doentes físicos mas também aos doentes mentais. Receitava banhos, exercícios, massagens e vinho, prescrição que agradava aos seus doentes, e recomendava aposentos claros e arejados. Negava a intervenção divina como causa da doença mental mas considerava-a como o resultado de uma perturbação emocional. E já fazia a distinção entre alucinações e delírios

Mas em Roma, a influência da racionalidade grega não se manteve por muito tempo. Aurélio Cornélio Celso (25 A.C.- 50 D.C.) acreditava na demonologia a ponto de considerar algumas doenças como devidas à ira dos deuses. Um dos métodos que recomendava para o tratamento dos doentes mentais era o de assustar o doente, no sentido de espantar os espíritos que o possuíam.

Aretaeus (50-130 D.C.) observava doentes mentais fazendo o seguimento dos seus casos, concluindo daí que os estados maníaco e depressivo ocorrem no mesmo indivíduo, e que existem intervalos de lucidez entre os referidos estados. E foi o primeiro a descrever a personalidade pré-psicótica.

Mas foi Cláudio Galeno de Pérgamo (131-200 D.C), o maior médico romano, que consolidou e aprimorou o pensamento médico e psicológico, e cuja autoridade foi praticamente incontestável nos mil e quinhentos anos seguintes. A perpetuação da influência de Galeno deveu-se à firmeza com que defendeu Hipócrates (acreditava na teoria dos quatro humores), e à sua aceitação de um Criador ao qual com frequência dedicou os seus trabalhos.

De uma forma geral, a medicina romana reflectia o pragmatismo do seu povo. Havia pouco interesse teórico pela anatomia e fisiologia, e a orientação dos médicos romanos era estritamente empírica. Desejavam apenas proporcionar conforto aos seus doentes por meio de terapêuticas físicas agradáveis, de forma a obter uma imediata melhoria dos mesmos, o que contribuía também para a sua reputação, e era isso principalmente o que lhes interessava.

Nem na Grécia, nem em Roma, havia uma responsabilidade legal relativamente ao tratamento dos insanos. Uma minoria era admitida nos templos esculapianos e os soldados romanos eram tratados em hospitais militares. A grande maioria dos insanos era pois mantida, sob contenção, em casa, pelas suas famílias. É no campo legislativo que Roma fez as suas contribuições mais significativas na área da doença mental (Kaplan, 1990 :2):

"O clássico texto legal dos últimos anos do Império Romano, Corpus Juris Civilis, detalhava as várias condições — insanidade, embriaguês, etc. — que, se presentes no momento do acto-crime, poderiam diminuir a responsabilidade do criminoso pelas suas acções. Além disso foram criadas leis que definiam a capacidade do doente mental para contratar casamento, divorciar-se, dispor dos seus bens, fazer testamento e testemunhar".

Nos 1000 anos que se seguiram à queda do Império Romano, o mundo ocidental estava dividido em vários impérios (o árabe que se estendia do Oriente próximo até Espanha e o bizantino cristão) e reinos feudais cristãos. Ora esta divisão também se reflectia, em diferentes perspectivas, na forma de abordagem das questões relacionadas com a saúde e doença.

Nessas épocas em que a catástrofe (guerras, epidemias, mortes) era uma constante, as populações procuravam consolo em explicações sobrenaturais e o Cristianismo parecia corresponder a essas necessidades emocionais. Santos eram evocados, tal como no passado pagão, para prevenir a doença. Os doentes recorriam cada vez mais aos mosteiros e às igrejas e estas construíram hospitais nas suas proximidades.

No início da Idade Média a assistência ao indivíduo doente era considerada uma responsabilidade colectiva. É neste período que em Montecassino, São

Benedito de Núrsia (480-543 D.C.) lançou os alicerces de medicina monástica, defendendo que *“O cuidado dos doentes deve ser colocado acima e antes de qualquer outro dever”* (MacKinnzy, referenciado por Alexander, 1968:84), prestando considerável contribuição à assistência psiquiátrica humanitária. No entanto, a assistência psiquiátrica dessa época mais não era do que o exorcismo demonológico.

Apesar das muitas limitações práticas e teóricas, características deste período, Wals, referenciado por *Alexander* (1968:86), denota que a assistência física aos doentes mentais era melhor no início da Idade Média que em épocas posteriores:

“Um dos primeiros asilos para doentes mentais, o Bethlehem Hospital, em Londres, era originariamente muito diferente do inferno que depois se tornou conhecido como Bedlam. Naqueles primeiros dias os pacientes eram tratados com muito mais interesse. Quando estavam em condições de deixar o hospital sob os cuidados dos parentes, recebiam braçadeiras para usar, a fim de poderem voltar ao hospital se seus sintomas reaparecessem. Esses pacientes recebiam tanta atenção e simpatia da colectividade que vadios frequentemente falsificavam braçadeiras para serem tomados como ex-pacientes de Bethlehem”.

Neste período os monges actuavam simultaneamente como teólogos e como médicos, e a fé não tolerava concorrência, particularmente da ciência, sendo apenas brevemente interrompida a sua autoridade durante o período em que o Império Árabe dominou.

Com a ascensão do Império Árabe, o pensamento médico teve um importante período na história. Os árabes à medida que conquistavam países, apossavam-se de manuscritos incluindo-os no seu património, tornando-se assim os principais detentores do conhecimento antigo. Foram também eles que ofereceram duas contribuições que se tornaram instrumentos indispensáveis para as ciências naturais: o conceito de zero e a álgebra.

Um dos mais importantes médicos árabes foi Rhazes (865-925 D.C.). No campo da psiquiatria, Rhazes foi tão bom quanto o melhor dos médicos hipocráticos. Descreveu cuidadosamente todas as doenças, incluindo as doenças mentais. Combinava métodos psicológicos e explicações fisiológicas e utilizava psicoterapia de modo primitivo, mas dinâmico.

Mas o mais brilhante de todos os médicos árabes foi Avicena (980-1037 D.C.). Ele interessou-se, entre outras matérias, pelos delírios psicóticos e respectivos tratamentos. O seu livro - *O Cânone* - tornou-se a bíblia médica na Ásia, e posteriormente na Europa, tendo sido usada até ao início da experimentação anatómica no século XVI, uma vez que o Alcorão não permitia a dissecação anatómica.

Avicena, tal como Rhazes, tentavam correlacionar reacções filosóficas e estados emocionais.

No decorrer do século XII, Avenzoar (1113-1162) e seus discípulos Averróis (1126-1198) e Maimônides (1135-1204) influenciaram a medicina árabe com as suas especulações filosóficas. Maimônides dava relevância aos aspectos mentalmente higiénicos seguindo a tradição dos sábios hebraicos. Considerava a medicina mais uma arte do que uma ciência, e como médico intuitivo que era, interessava-se muito mais pelo doente como um todo do que pela sua doença propriamente dita. E tal como Averróis, não consideravam a fé religiosa e as explorações científicas incompatíveis. Foram das poucas pessoas que contestaram o autoritarismo durante a Idade Média.

Maimônides, Avenzoar e Averróis representaram uma força humanística e filosófica que emanou no Império Muçulmano e que exerceu indiscutível influência sobre o movimento de fundação de hospitais.

Uma vez que o Islão defendia que a sociedade era responsável pela assistência aos insanos, os árabes construíram hospitais com departamentos psiquiátricos: em Bagdá (750) e no Cairo (873), assim como asilos especiais também para os insanos em Damasco (800), Allepo (1270) e na cidade espanhola de Granada (1365), então governada por muçulmanos. Os árabes acreditavam que os insanos eram de alguma forma divinamente inspirados e não vítimas de demónio, pelo que o tratamento hospitalar que lhes era proporcionado, em geral, era humanizado e caridoso.

Em contrapartida os cristãos acreditavam que os insanos eram possuídos por demónios, pelo que as suas atitudes perante os mesmos oscilavam entre a rejeição e a tolerância. Por um lado, sendo considerados portadores do demónio, os insanos eram encarcerados em locais para o efeito ou eram periodicamente expulsos das cidades. Por outro lado, um indivíduo poderia ser considerado um demente em virtude dos desígnios de Deus, pelo que tinha de ser tratado.

A partir do século XIII, foram construídos na Europa (França, Alemanha, Suíça, Londres) hospitais com departamentos psiquiátricos, sendo o primeiro hospital europeu dedicado exclusivamente a doentes mentais construído em Valência, em Espanha, em 1409.

No decorrer dos séculos XIII e XIV, médicos leigos que mantinham a tradição hipocrática opuseram-se aos escolásticos, resultando daí que passaram aqueles a dedicar-se aos tratamentos do corpo humano e das suas perturbações orgânicas. No entanto, o mesmo não sucedeu com os problemas da mente, que continuavam sendo do domínio dos sábios clericais, e cada vez mais controlados pela teologia filosófica e pela escolástica medieval.

Os insanos, com o seu comportamento perturbador e associal, eram considerados, não como doentes, mas como portadores do demónio. E exemplos mais claros de possessão demoníaca eram as mulheres psicóticas e/ou histéricas com pouco controle sobre as suas manifestações de fantasias sexuais e sentimentos sacrílegos.

Os loucos passaram então a ser activamente perseguidos, e em 1497, Johann Spenger e Heinrich Kraemer, dois teólogos que haviam sido designados pelo Papa para actuarem como inquisidores da Igreja contra a bruxaria, publicaram o seu famoso “Manual de Inquisição” - *Malleus Maleficarum* (“O Martelo das Feiticeiras”), após ter sido previamente aprovado pelo Papa Inocêncio VIII, pelo rei de Roma, Maximiliano I e pela faculdade de teologia da Universidade de Colónia. Estava portanto aberta a “caça às bruxas”.

O livro *Malleus Maleficarum* é simultaneamente um manual de pornografia e um manual de psicopatologia, no qual é exposto pormenorizadamente “a destruição dos dissidentes, cismáticos e doentes mentais, todos os quais são incluídos no termo “feiticeiro”” (Alexander, 1968: 105), e é composto por três

partes. A primeira parte tenta demonstrar a existência de demónios e feiticeiras e na longa argumentação apresentada conclui-se afirmando que *“se o leitor não se deixar convencer pelos argumentos dos autores, é porque ele próprio está sendo vítima de feitiçaria ou heresia”* (Alexander, 1968: 105). Na segunda parte é indicado como se pode proceder à identificação das feiticeiras; a terceira e última parte descreve a forma como as feiticeiras devem ser julgadas e punidas pelos tribunais civis. A forma preferida para eliminar o demónio era queimar o seu hospedeiro, a feiticeira.

O *Malleus* sustenta que, se um médico não puder encontrar a razão para a causa da doença ou *“se o paciente não puder ser aliviado por medicamentos, mas pelo contrário parecer ficar pior devido a eles, então a doença é causada pelo demónio”* (Institoris, referenciado por Alexander, 1968:105). Então, todas as doenças cuja causa fosse desconhecida eram consideradas como causadas por feitiçaria, pelo que durante séculos, por toda a Europa, foram queimadas centenas de milhares de mulheres, doentes mentais, entre outros infelizes.

Apesar dos progressos feitos na tecnologia e na ciência durante a Renascença, a magia continuou a ser uma influência tão forte como sempre fora. A astrologia, a quiromancia, o toque mágico, a sugestão e outras magias, bem como a execução das bruxas, praticadas neste período eram utilizadas para aliviar a ansiedade e o medo.

Dois dos que mais protestaram contra os caçadores de feiticeiras são figuras importantes na história da psiquiatria, ambos médicos: Paracelso (1493-1541) e Johann Weyer (1515-1588).

Weyer publicou *De Praestiis Daemonum* (“A Ilusão de Demónios”), baseado em doze anos na sua observação das bruxas. No seu livro, Weyer salientou a diferença entre magos e bruxas. Os primeiros, segundo ele, seguiam obedientemente as instruções do demónio, enquanto que as segundas eram doentes mentais, e portanto, não responsáveis pelos seus actos, necessitando pois, de assistência médica. *De Praestiis Daemonum* é ainda uma crítica, ponto por ponto, do *Malleus Maleficarum*. Os seus estudos de casos de doentes contêm excelentes descrições psiquiátricas de diferentes perturbações mentais.

Paracelso considerava a doença mental como *“uma perturbação dentro da substância interna do corpo e não podia ser considerada como resultado de efeitos externos”* (Alexander, 1968:127). Acreditava ainda que as doenças, tanto mentais como físicas, podiam ser tratadas com medicação adequada,

sendo por isso a prescrição de drogas para doenças mentais específicas o seu principal contributo na área da psiquiatria.

Mas a partir do século XV outra mentalidade estava-se instaurando. O mundo sobrenatural da Igreja e a ordem feudal estavam sendo substituídos pelo mundo real do presente. Para isso contribuiu o movimento humanista, nomeadamente a nível da literatura, das artes plásticas, da filosofia, e também, embora em menor grau, da medicina e psiquiatria, assim como o início do uso da imprensa contribuiu para que essas ideias se divulgassem.

Reformadores como Calvino e Lutero desafiavam a autoridade da Igreja católica, astrónomos negavam os conceitos celestiais dos antigos, anatomistas punham em causa a anatomia de Galeno e descreviam a estrutura interna do corpo humano, enquanto que os artistas mostravam o homem de forma realística por fora, e finalmente, os psicólogos e filósofos descreveram as sensações e os sentimentos.

À medida que o homem começou a confiar nos seus próprios sentidos e experiências, sem se basear na palavra escrita da autoridade, a ciência pode finalmente entrar na renascença.

O século XV foi, portanto, o período de transição entre os mundos medieval e moderno.

Se a Renascença representou os primeiros passos de uma diferente forma de encarar a psiquiatria, no século XVII esse avanço foi ainda mais notório. Algumas dessas contribuições advieram, entre outros, do trabalho de Thomas Sydenham (1624-1689) e Baruch Spinoza (1632-1677).

Sydenham, através das suas meticulosas observações ofereceu um relato abrangente sobre a histeria, e verificou que esta tanto ocorria em homens como em mulheres, bem como constatou as complexas relações entre corpo e mente.

Spinoza desafiou o dualismo platónico, recuperado por Descartes, da separação entre o corpo e a mente. O seu princípio básico era de que a mente e o corpo são inseparáveis, e que a fisiologia e a psicologia não passam de dois aspectos da mesma coisa: o organismo vivo. Por isso, e também pela sua brilhante análise dos estados emocionais, muito lhe devem os subseqüentes estudiosos da mente humana.

No século XVII, apesar da evolução científica e social que se ia apresentando, o louco indigente constituía o oposto de todos os valores sociais e políticos desta época. *"Coisa insuportável, é necessário então atribuir-lhe, mesmo que*

pela força, um lugar no corpo social — mesmo que este lugar seja um lugar escondido. Os hospitais e os hospícios vão responder a estas necessidades” (Pereira, 1981:376).

“Depois do isolamento forçado dos leprosos e, seguidamente, dos pestíferos na Idade Média, será a vez de se proceder à reclusão dos loucos e dos mendigos. O 'grande encerramento' dos séculos XVI e XVII constitui o coroamento da nova política social: a afirmação das estruturas do Estado moderno servia de eco às mutações ocorridas na atitude social” (Geremek, 1995:242).

De facto, os objectivos do "grande internamento", efectuado com base num decreto da monarquia francesa, nunca incluíram a promoção de melhores condições de vida para os pobres ou tratamento para os loucos, mas obter o controlo dos indesejáveis e proteger a sociedade francesa.

As condições gerais destes internamentos, segundo refere Geremek (1995:241), eram absolutamente desumanas, além de que a sobrelotação era constante, bem como a absoluta falta de higiene. Não existia qualquer tipo de tratamento médico, tanto para doenças físicas, como para doenças mentais, e a fome era um factor constante. O que parecia realmente dominar naqueles internamentos eram as medidas repressivas, a corrupção e a arbitrariedade do pessoal de apoio que ali exercia funções:

“É difícil compreender a incrível desumanidade com que eram tratados os doentes mentais na era do Iluminismo, a menos que se levem em consideração três factores principais: a ignorância completa sobre a natureza da doença mental, o profundo temor que se tinha dos insanos e finalmente a crença, então corrente, que a doença mental era incurável.

(...) Pacientes excitados eram encerrados nus em estreitos compartimentos e alimentados através de orifícios com vasilhas de cobre presas a correntes. Os espancamentos eram comuns e defendidos por meio de superficiais racionalizações. Camisas de forças e correntes presas em paredes ou camas eram usadas para

conter pacientes, pois a teoria era que, quanto mais dolorosa a coacção, melhores os resultados" (Alexander, 1968:163).

Encarceramentos similares ocorreram na Alemanha. Mas em outros países europeus poucos insanos foram encarcerados, segundo refere Colp (1999:3002). Em Inglaterra, após 1660, a maioria das pessoas insanas eram mantidas em casa ou deixadas a vaguear pelas ruas, e apenas um reduzido número foi enviado para asilos privados ou novos asilos públicos para doentes mentais em grandes cidades, como é o caso em Londres do *Bethlehem ou Bedlam*, como passou a ser chamado posteriormente, devido aos maus cuidados que passaram ali a ser prestados.

As perspectivas sociais sobre a loucura, como é natural, sempre acompanharam as ideias dominantes da sociedade. Não é de admirar, pois, que fosse necessário esperar pela expansão das ideias humanistas, proporcionadas pela revolução francesa e pelos seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, para que surgissem algumas mudanças naquele cenário. Assim, e como refere Ey (1985:58), *"não é surpreendente que a psiquiatria tenha nascido na França e no momento da Revolução Francesa"*.

Philippe Pinel (1745-1826) destacou-se na história da psiquiatria, tanto pela sua tentativa de libertar os loucos das grilhetas que os prendiam e a aplicação do seu Tratamento Moral, como pela *"criação da psiquiatria do século XIX: psiquiatria médica, clínica, descritiva e nosológica, preocupada simultaneamente com os aspectos médico-legais e administrativos"* (Pichot, 1984:18).

No entanto, quando Pinel chegou a Bicêtre, manicómio de Paris, encontrou a sua tarefa já facilitada para o tipo de intervenção a que se propunha, por Jean-Baptiste Pussin (1746-1811).

Pussin, ele próprio hospitalizado em Bicêtre com *escrófulas*, e considerado incurável, após a sua inesperada recuperação é nomeado Mestre das Crianças do Edifício Nove. Pussin, ajudado então por doze rapazes, recrutados entre os alienados calmos, tenta introduzir um conjunto de medidas, segundo refere Ferron referenciado por Abdelmalek (1999:184), tendo em vista a melhoria das condições de internamento:

“impõe-se perante os pensionistas, multiplica as observações aos doentes, procura desviar os dementes das suas ideias negras ou delirantes e opõe-se a qualquer forma de brutalidade gratuita”.

Quando Pinel chega a Bicêtre, é sobre o trabalho de Pussin que tira as bases para o seu posterior Tratamento Moral, tratamento este, que segundo Swain (1981: 341), é *“simplesmente um tratamento que declarando secundários ou ineficazes os meios físicos de agir sobre o alienado, privilegia o recorrer às faculdades intelectuais e aos sentimentos ou paixões”*, que ao fim e ao cabo já estava sendo implementado por Pussin, apesar da história o atribuir aquele médico francês, como refere Postel (1981:391):

“Pussin, sem ter pedido a opinião a ninguém e sem que alguém desse por isso, experimentava desde há bastante tempo o sistema que Pinel iria inaugurar. Ele acompanharia o médico-chefe na sua primeira visita: os loucos gritavam e agitavam-se como sempre. Pinel disse para Pussin: 'Quando eles se tornam demasiado maus, o que faz? — Solto-os. — E então? — Eles acalmam-se!'”.

Em 24 de Maio de 1798, após longo e acalorado debate, foi promulgada em França a Lei que permitia a “libertação” dos loucos (Colaço, 2002). Esta lei, apesar de permitir a libertação do louco das grilhetas e de separá-lo dos delinquentes, continuava no entanto a confiná-lo ao encarceramento. Esta libertação foi então limitada, já que os alienados passaram a ser vítimas de outras cadeias: jurídicas e asilares. Mas o avanço deu-se e, de forma gradual, os loucos foram sendo separados dos criminosos e a loucura passou a ser considerada uma doença.

Se Pinel não conseguiu a efectiva libertação dos loucos, procedeu, no entanto, à introdução de uma nova perspectiva médica perante a loucura e pretendia fazer desta um objecto de estudo científico. *“Esta nova perspectiva que fará (re)nascer o chamado “tratamento moral”, em oposição ao tratamento físico, é considerada por muitos como o verdadeiro nascimento da psiquiatria”* (Swain, referenciado por Colaço, 2002:87). Esta nova orientação aliava intimamente ideias médicas, humanitárias e jurídicas.

Mas a Pinel, além das contribuições atrás descritas dadas à psiquiatria, deve-se também a elaboração de uma classificação simples e prática das doenças

mentais: “*Pinel separou as doenças mentais em melancolias, manias sem delírio, manias com delírio e demência – isto é, deterioração intelectual e idiotia*” (Alexander, 1968 :159). Esta classificação foi efectuada baseando-se nas suas observações no novo ambiente hospitalar, e de acordo com os princípios que prevaleciam nas ciências naturais - observação meticulosa seguida da sistemática apresentação dos dados.

Para além da memorável intervenção de Pinel, em França, é de destacar neste período, em Itália, a acção do grão-duque Pietro Leopoldo da Toscana (1747-1792); em Inglaterra, o arrojo de William Tuke (1732-1822), e na Alemanha, o desempenho de Johann Gottfried Langemann (1768-1832). Antes mesmo das reformas de Pinel, já o grão-duque Leopoldo fazia importantes reformas relativamente aos insanos. Entre elas destacam-se a publicação, em 1789, de uma lei que previa o tratamento dos insanos e o respectivo respeito pelos mesmos enquanto pessoas que eram, e a criação do Hospital de Bonifácio onde muitas das ideias posteriormente defendidas por Pinel já lá eram aplicadas. O regulamento do Hospital de Bonifácio “*proibia qualquer tipo de brutalidade para com os doentes, reduzia ao mínimo os meios de coacção, e descrevia medidas higiénicas a serem aplicadas pelo pessoal de enfermagem sob orientação médica*” (Pichot, 1984:66).

Em Inglaterra, Tuke foi o grande pioneiro das reformas humanitárias das instituições psiquiátricas que ali se instauraram.

Tuke, era um próspero negociante de chá e de café, e ligado à Seita dos Quakers, a qual se preocupava com actividades sociais e de caridade, entre as quais, os cuidados para com os loucos.

Após a morte da esposa de um Quaker ter acontecido sem que fosse permitido à família visitá-la, Tuke propôs a criação de um estabelecimento para hospitalização dos Quakers afectados por perturbações mentais. Assim, em 1796, foi fundado a *Retreat*, num campo perto de Iorque. Esta instituição não se apresentava como um estabelecimento hospitalar (embora mais tarde viesse a incluir um médico entre o seu pessoal) e a sua orientação era mais social do que médica, distinguindo-se pela abordagem humanitária aos doentes mentais. Esta filosofia aplicada na *Retreat*, veio a dar origem a

alterações significativas em outras instituições inglesas dedicadas ao tratamento destes doentes, e uma das origens das tendências posteriores da psiquiatria britânica.

Na Alemanha, Langemann teve a oportunidade de, como superintendente de um asilo na Bavária, alterar alguns dos comportamentos desumanos que eram praticados naquelas instituições. Opondo-se à maioria dos seus contemporâneos, recusava-se a aceitar que as doenças mentais resultassem de uma lesão do sistema nervoso que deveriam ser tratadas, exclusivamente, por métodos físicos. Pelo contrário, defendeu que mesmo algumas doenças com aspectos orgânicos podiam ser atribuídas a factores psicológicos, pelo que deveria ser esta abordagem mais humanizada, o método terapêutico preferencial a aplicar aos doentes mentais.

Também da Alemanha vem o importante contributo de Franz Joseph Gall (1758-1828), com a sua teoria frenológica, precursora de muitas das teses psiquiátricas organicistas. Esta teoria pressupõe *"que as faculdades mentais eram inatas e dependiam das estruturas tópicas do cérebro, às quais correspondiam protuberâncias particulares da superfície craniana externa"* (Kaplan, 1990:4). Isto é, as capacidades mentais e a personalidade de cada um seriam determinadas de forma hereditária, e reveladas pela configuração do crânio, mais especificamente pelas bossas e depressões cranianas. A interpretação desta "geografia" craniana deveria permitir, não só uma identificação precoce das tendências e qualidades de cada um, mas também detectar indivíduos, potencialmente detentores de alterações mentais.

O século XIX foi um período de grande fertilidade para a evolução da psiquiatria, e a sua importância crescente, não apenas em termos absolutos mas também no interior da medicina, é um fenómeno geral que podemos observar na maioria dos países. Responsáveis por essa evolução são as diversas "Escolas de Psiquiatria" que se foram formando e das quais se destacam a francesa, a inglesa, a alemã e a americana, com as suas respectivas concepções e inovações.

Da Escola Francesa, além de Pinel, e discípulo deste, também Jean Etienne Dominique Esquirol (1782-1840), foi um dos psiquiatras mais influentes da sua época. Segundo refere Colp (1999:3003), ele desenvolveu ainda mais a teoria e a aplicação da terapia moral iniciada por Pinel, e via o asilo como o melhor recurso para a doença mental, sendo um dos autores da Lei de 1838 que foi promulgada em França, e a que corresponderam disposições regulamentares mais ou menos semelhantes noutros países, pela mesma altura. Esta lei “*regulamentava a estrutura jurídica e institucional dos cuidados a prestar aos doentes mentais, previra a criação de estabelecimentos repartidos de igual modo por todo o território francês*” (Pichot, 1984:24). Ele inaugurou o primeiro curso de psiquiatria e formou médicos para serem directores dos asilos. Entre os seus alunos é de destacar Jean-Pierre Falret (1794-1870) que descreveu a “loucura circular”, e Jacques-Joseph Moreau de Tours (1804-1884) que foi o primeiro psiquiatra a descrever os efeitos psicóticos de uma psicose tóxica.

Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858) na sua tese *Recherches sur les maladies mentales* denota a existência de relação entre algumas formas de alienação, nomeadamente a paralisia geral, e algumas perturbações das faculdades intelectuais, como a inflamação crónica da membrana aracnóidea. “*A importância da tese de Bayle reside no facto de, ao mesmo tempo que nascia o método anátomo-clínico, se isolava na psiquiatria a ‘alienação essencial’ de uma outra entidade que correspondia ao modelo médico.*” (Pichot, 1984:23). A paralisia geral apresentada por Bayle, iria contestar a classificação de Pinel. A monomania, a mania e a demência consideradas por esta classificação como doenças independentes entre si, são consideradas por Bayle, como uma única doença, de que as várias designações constituíam etapas evolutivas, com sintomatologia específica que associa sinais motores e sinais psíquicos.

Apesar das contestações perante esta tese apresentada por Bayle, o modelo da doença mental, por ele apresentado, vai levar a que muitos psiquiatras do século XIX se preocupem em tentar encontrar uma causa orgânica das doenças mentais, bem como perceber possíveis relações histológicas entre a patologia e as suas manifestações clínicas.

Uma outra teoria para explicar a doença mental foi a teoria da degeneração apresentada por Morel. Benedict-Augustin Morel (1809-1873) defendeu a

importância dos factores hereditários em psiquiatria, e construiu uma nosologia geral das doenças mentais numa base etiológica. *“Pela primeira vez é apresentado um modelo biológico geral da etiologia das doenças mentais, tendo em conta a hereditariedade e o meio (...) integrando as causas e as manifestações psicológicas e somáticas”* (Pichot, 1984:27). Ele defende que as manifestações clínicas particulares correspondem ao nível de degenerescência que o indivíduo apresenta, e que este poderia ser predisposto por factores externos como traumas sociais, alcoolismo, sífilis e outras infecções.

As conclusões de Morel foram fortemente influenciadas pelas ideias pré-mendelianas bem como uma interpretação algo duvidosa da teoria da selecção natural de Darwin, no entanto, apesar de todos os seus erros, marca uma viragem, e só em 1912, com os avanços na bacteriologia, imunologia e patologia, a origem sífilítica e patogénese da paralisia foi demonstrada.

Baseado na teoria da degenerescência, em Itália, o psiquiatra Cesare Lombroso (1836-1909) desenvolveu uma abordagem que designou por "Antropologia Criminal" através da qual pretendia estabelecer uma relação significativa entre o comportamento criminoso e a presença de estigmas físicos e psicológicos. Lombroso, nos seus livros - *O Homem Delinvente* (1876) e *A Mulher Criminosa* (1893), defendia que *“os criminosos representavam um fenómeno de degeneração biológica e que podia ser identificado com base na aparência”* (Colp, 1999:3003). Apesar da sua abordagem não estar correcta, inspirou no entanto uma escola de antropologia criminal em Itália, a partir da qual se desenvolveu a criminologia enquanto ciência.

Paralelamente à escola francesa de psiquiatria também a inglesa dava os seus contributos à evolução desta disciplina.

A psiquiatria britânica tinha acima de tudo preocupações institucionais. Samuel Tuke (1784-1857), neto de William Tuke, ao publicar o seu livro *Description of the Retreat*, transformou a *York Retreat* num dos asilos em que se praticava o Tratamento Moral, de maior renome da sua época. Também o neto deste, Daniel Hack (1827-1895), o primeiro membro da família Tuke a estudar medicina, se interessou exclusivamente pelos problemas de organização da hospitalização e da pós-cura. Neste campo, John Conolly (1794-1866) adquiriu

reputação internacional ao propor uma reorganização do funcionamento dos internatos que consistia na supressão das formas de repressão mecânicas e posteriormente também as químicas, tais como o brometo e hidrato de cloral, nos doentes agitados internados, assim como a estruturação do meio e a ressocialização dos doentes graças à influência de enfermeiros formados na sua função terapêutica.

A Grã-Bretanha esteve, em meados do século XIX, na origem de concepções que, inicialmente, sem ligação directa com a medicina, virão mais tarde a exercer naquela uma profunda influência. Uma delas, é o modelo proposto por Darwin, no qual demonstrara que a selecção natural é o precursor da evolução, fornecendo desse modo uma base científica para as teorias dos seus antecessores. Outra é o contributo de Francis Galton (1822-1911) que está na origem da psicologia diferencial e, posteriormente, embora de forma indirecta, na psicologia quantitativa, que mais tarde começa a ser amplamente utilizada em avaliações psiquiátricas.

Nos Estados Unidos, em 1880, embora não existisse ainda uma “escola americana” havia já um número de psiquiatras sensivelmente igual ao de França, entre os quais se destacou Benjamin Rush (1745-1813), considerado o pai da psiquiatria americana. Ele defendia que, não só a loucura pertencia ao domínio da medicina, mas também a histeria e a hipocondria. O seu livro *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*, publicado em 1812, viria a permanecer durante 70 anos o único manual americano de Psiquiatria.

Foi também fundada a *American Psychiatric Association* em 1844, e o respectivo periódico oficial - *American Journal of Psychiatry*, por um grupo de superintendentes de asilos, que na perspectiva de McGovern, “assumiram a responsabilidade pelos mentalmente enfermos, convenceram-se de que podiam manejar e curar os insanos, e dispuseram-se a convencer a todas as outras pessoas” Colp (1999:3003).

A escola alemã de psiquiatria, por volta dos anos 80 do século XIX, passa a ocupar um lugar cimeiro, ultrapassando a francesa, isto porque enquanto esta fora construída principalmente pelos chefes de psiquiatria dos grandes

hospitais de Paris, a psiquiatria alemã estava ligada à multiplicação das clínicas universitárias, ao prestígio a elas ligado e aos recursos de pessoal e de laboratórios de que dispunham.

Wilhelm Griesinger (1817-1868), responsável também pelo nascimento da psiquiatria alemã, defendia que as doenças mentais eram doenças cerebrais, embora ainda não fosse possível correlacionar uma alteração cerebral específica com uma doença psiquiátrica específica. Griesinger, mais tarde, tornou-se professor de psiquiatria e neurologia em Berlim, sendo responsável por clínicas e laboratórios universitários em estudos da anatomia e patologia do cérebro. Este trabalho levou à escola de psiquiatria cerebral, representada em Viena por Theodore Meynert (1833-1892) e em Breslau por Carl Wernicke (1848-1905), a qual tentou explicar os fenómenos psiquiátricos com alterações cerebrais específicas.

A reputação de Meynert baseava-se nas suas pesquisas da anatomia do sistema nervoso. O córtex cerebral era para ele, *“o centro funcional da formação do eu no cérebro e as suas relações com os núcleos de base são uma chave importante para explicar o mecanismo cerebral anormal nas doenças mentais”* (Pichot, 1984:74).

Wernicke descreveu uma forma distinta de perturbação da linguagem, a «afasia sensorial», mas sobretudo apresentou, uma explicação anatómica daquela perturbação, e propôs para a doença mental o mesmo modelo etiológico. Daqui resultou a delimitação de um grande número de entidades síndromicas, entre as quais a alucinação, a «psicose da motilidade» e a presbiofrenia.

Mas esta correlação entre a morfologia do encéfalo e funções psicológicas foi introduzida de forma revolucionária por Gall (1758-1828). No entanto foi Paul Broca (1824-1880) quem, pela primeira vez, conseguiu estabelecer uma relação directa entre uma alteração de comportamento e uma alteração anatómica cerebral. Broca, cirurgião e antropólogo, apresentava na Sociedade de Antropologia, em 1861, as conclusões do seu estudo sobre o cérebro do doente Leborgne, o qual apresentava uma anomalia significativa da linguagem. Após a morte deste, ao estudar o seu cérebro, permitiu-lhe identificar uma alteração ao nível do lóbulo anterior do hemisfério esquerdo, o que levou Broca a concluir ser esta a causa para a perda da fala, anomalia da linguagem que

ele denominou de afemia, termo que Trousseau substituiu para afasia. Começava assim a história da afasia e, simultaneamente a doutrina das “localizações cerebrais”.

Entretanto em finais do século XIX surgem na Alemanha duas correntes teóricas encabeçadas por dois grandes nomes da psiquiatria: Emil Kraepelin (1856-1926) e Sigmund Freud (1856-1939). O primeiro dedica-se à “psiquiatria profunda” - as psicoses - e exerce o seu trabalho em asilos. O segundo exerce a sua actividade essencialmente em consultório, sendo o seu trabalho dedicado à “psiquiatria mais ligeira” – as neuroses.

Kraepelin, entre finais do século XIX e princípios do século XX, simbolizou a posição proeminente tomada pela escola alemã. Foi ele que fundou a psiquiatria clínica moderna, estabelecendo os grandes quadros nosológicos, que continuam a ser, ainda hoje, a base do esquema conceptual utilizado em medicina psiquiátrica.

O seu objectivo era clarificar a classificação das manifestações patológicas, criar uma nosologia coerente, fase necessariamente anterior à investigação das causas, dos mecanismos e dos tratamentos.

Tinha como método de trabalho observar pormenorizadamente todos os doentes hospitalizados, tanto no que se referia à sintomatologia actual, como relativamente à sua evolução, sendo a informação criteriosamente resumida pelo próprio Kraepelin. Em 1899, na sexta edição do seu tratado - *Compendio de Psiquiatria* – classificou as principais psicoses em dois grupos. A psicose maníaco-depressiva (anteriormente denominada insanidade circular) e a demência precoce (dementia praecox). Os doentes situados no primeiro grupo geralmente recuperavam, enquanto que no segundo grupo tal recuperação raramente acontecia. Segundo Kraepelin, no caso dos doentes com demência precoce, o seu estado ia-se degradando, podendo a demência ser classificada, de acordo com o seu estado mórbido, em três subgrupos: a hebefrenia, a catatonia e a demência paranoide.

Freud interessou-se pelos doentes neuróticos. Inicialmente usou a hipnose para o seu tratamento, mas posteriormente criou um novo método, que denominou em 1896, de psicanálise, e que incide na associação livre do pensamento e interpretação dos sonhos. Através deste método mostrou que

“os sintomas dos pacientes histéricos são causados por recordações inconscientes de encontros sexuais ilícitos do passado” (Colp, 1999:3004), podendo a sintomatologia histérica ser aliviada quando essas recordações são trazidas à consciência pela psicanálise, e revividas com o apoio do psicanalista.

Freud revolucionou o pensamento e a prática psiquiátrica, assim como outras áreas do pensamento, ao publicar em 1900, *A Interpretação dos Sonhos*, e *Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* em 1905. Freud lançou assim as primeiras bases de uma psicopatologia geral, ao abandonar a hipnose a favor do método das associações livres, ao introduzir as noções de “defesa” e de “inconsciente”, e ao atribuir aos traumatismos sexuais precoces uma função etiológica importante.

George Miller Beard (1840-1883), médico americano, também se interessou pelo estudo das neuroses. Beard descreveu uma nova neurose – a neurastenia – como uma “doença da civilização”, particularmente frequente no Novo Mundo, devido ao progresso e às novas exigências da sociedade. A neurastenia manifestava-se por um quadro clínico de exaustão física e mental e cujo tratamento recomendado era o repouso, exercícios, massagens e estimulação eléctrica de várias partes do corpo.

Com a chegada do século XX, é dada à psiquiatria a oportunidade de atingir a maturidade.

O movimento psicanalítico organiza-se no período compreendido entre os anos 1900-1920, e foi tendo os seus diversos defensores. Alfred Adler (1870-1937), Carl Gustav Jung (1875-1961), Otto Rank (1884-1939) e Karen Horney (1885-1952), seguidores de Freud, criaram as suas próprias versões de psicanálise e psicoterapia, tendo, no entanto, por base, a importância que o seu mestre dava aos efeitos das primeiras experiências sexuais sobre a personalidade adulta. Melanie Klein (1882-1960) e Anna Freud (1895-1982) criaram dois modos diferentes de aplicação da psicanálise à ludoterapia com crianças e diferentes ideias do desenvolvimento infantil.

Enquanto se difundia a teoria psicanalítica, Petrovich Pavlov (1849-1936) elaborava a partir das suas descobertas a teoria dos reflexos condicionados:

“Esta teoria levou Pavlov ao desenvolvimento de conceitos mecanicistas do comportamento e a uma classificação de tipos de personalidade baseados nas diferentes formas de como os indivíduos lidam com os estímulos. Segundo ele, estas diferenças teriam por base a especificidade individual dos arranjos neuronais que tivessem sido sobreexcitados ou inibidos” (Colaço, 2002:99).

Pavlov começou assim a edificar uma psicopatologia experimental, quase em paralelo com o fisiologista americano John Watson (1878-1958), desenvolvendo este, experiências no âmbito da sua tese behaviorista.

De facto, a contribuição mais efectiva da psicopatologia experimental para a psiquiatria foi o aperfeiçoamento das variedades essenciais de testes mentais, para explorar a inteligência, as capacidades e os conhecimentos. Dois dos testes que se tornaram muito usados em avaliações diagnósticas de doentes psiquiátricos foram o teste de borrões de tinta, criado em 1920 pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach (1884-1922), e o teste de apercepção temática, criado em 1935, pelo médico e psicólogo americano Henry Murray (1893-1988).

A psiquiatria vai-se modernizando e as instituições passam a ter estruturas mais hospitalares que asilares, pelo que em 1937, em França, o asilo passa a ser denominado hospital psiquiátrico.

A perspectiva organicista desenvolve-se e, paralelamente, vão-se desenvolvendo os primeiros tratamentos de carácter físico-biológico.

O primeiro tratamento deste tipo, a malarioterapia, desenvolvido em 1917, pelo médico austríaco Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940), e que lhe valeu o Prémio Nobel da Medicina em 1927, consistia na inoculação de uma forma benigna de malária nos indivíduos que apresentassem manifestações neuro-psiquiátricas da sífilis (paralisia geral progressiva), verificando-se que as crises de hipertermia, resultantes da infecção, actuavam como agente terapêutico. Na década de quarenta, a malarioterapia para a paralisia geral foi substituída pela penicilina.

Em Portugal, o médico Egas Moniz (1874-1955) desenvolveu um tratamento psico-cirúrgico, a lobotomia pré-frontal, que lhe valeu o Premio Nobel da

Medicina em 1928, método com que pretendia tratar doentes psicóticos e obsessivo-compulsivos incontroláveis, e que conheceu uma larga aceitação durante um certo período. No entanto, este tipo de tratamento acabou por ser largamente contestado. Apesar da sua eficácia no caso de doentes agitados, estes ficavam, após o tratamento, completamente apáticos, condição essa irreversível. Como diz Alexander (1968:370), *“A ansiedade era aliviada, mas ao preço da perda do respeito próprio e da empatia com os outros”*. O uso de lobotomias, com o advento das drogas psicotrópicas, declinou, então, acentuadamente.

Em 1933, são publicados por Manfred Sakel (1900-1957) os primeiros resultados de experiências efectuadas com insulina em doentes esquizofrénicos. Era provocado um coma hipoglicémico o qual parecia desencadear uma melhoria significativa na sintomatologia psicótica da esquizofrenia, em especial nos casos iniciais, e também no caso das crises de abstinência alcoólica.

Também em 1933 foram induzidas as primeiras “convulsões terapêuticas” por Ladislaus von Meduna (1896-1964), através de uma injeção de uma solução de cânfora, substância rapidamente substituída pelo cardiazol. No entanto estas “drogas” eram difíceis de manusear devido à dificuldade em definir a sua “janela terapêutica” e os múltiplos efeitos secundários que apresentavam.

A electroconvulsivoterapia veio então substituir esse anterior método. Introduzida por dois psiquiatras italianos, Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964), em 1938, esta terapia tornou-se um tratamento para psicoses maniaco-depressivas e depressões severas, e veio, segundo alguns autores, *“culminar essa época áurea das terapias psiquiátricas”* (Fonseca, 1985:621).

Depois do final da Segunda Grande Guerra uma confluência particularmente feliz de circunstâncias socioculturais e descobertas científicas implicam uma mudança radical nas formas de assistência ao doente mental. O hospital psiquiátrico deixa de ser o eixo assistencial por definição, para se converter num elemento de apoio da cadeia dos serviços extra-hospitalares de carácter ambulatorio. Assim, em 1946, Maine organizou em Birmingham, na Inglaterra, um hospital psiquiátrico, no qual introduziu uma nova perspectiva que viria a revelar-se revolucionária a vários níveis. *“Sua ideia era de que o hospital e a*

cidade não deviam ficar separados por barreiras, e que o pessoal do hospital devia ter plena participação na re-socialização do paciente. Maine chamou esses programas de ‘comunidade terapêutica’” (Alexander, 1968:443).

Este modelo veio também a ser utilizado por Maxwell Jones, no Dingleton Hospital, em Melrose, na Escócia, tornando-se este o seu principal divulgador e o criador do conceito de “psiquiatria social”.

Maxwell Jones, na linha da abordagem social, considera que toda a actividade no hospital deve ser integrada num programa terapêutico individualizado. Este programa deve ter em consideração, não apenas os problemas que levaram o indivíduo ao hospital, mas também os novos problemas resultantes do próprio internamento.

O facto de se considerar o próprio internamento hospitalar como parte do problema contribuiu para a criação de instituições alternativas ao hospital tradicional. É assim proposta a criação de hospitais-de-dia e hospitais-de-noite, instituições onde os doentes psiquiátricos poderiam passar parte do dia, estando o resto do tempo com a sua família.

“As hospitalizações a tempo parcial são um meio de ajudar certos doentes a reinserirem-se na sociedade. A hospitalização de noite facilita, no decurso de uma fase aguda, uma retoma de vida profissional e social, ao mesmo tempo que permite que o doente beneficie de um acompanhamento médico quotidiano. Solução tranquilizadora para certos doentes, é também um meio de garantir que os cuidados e tratamentos prescritos são efectivamente acompanhados, em particular quando se sabe que o doente se mostra reticente a eles.

Os hospitais de dia oferecem igualmente esta manutenção de uma ligação hospitalar, quando o estado no momento não imponha já uma hospitalização a tempo inteiro, mas não consinta ainda uma retoma do trabalho” (Olié, 1996 :267).

Mas na prática estes hospitais mais não passaram do que uma versão moderna de asilos, uma vez que um elevado número destes internados a tempo parcial é constituído por doentes “crónicos”, pondo em causa os

objectivos iniciais, apesar das vantagens em termos de custos e resultados proporcionadas por este tipo de abordagem.

Na realidade, a grande revolução a nível das instituições psiquiátricas deu-se a nível psicofarmacológico. Foi o desenvolvimento de novas formulas químicas capazes de actuar sobre a psique humana que possibilitou e fomentou as alterações a nível institucional, bem como suscitou o aparecimento de teorias químicas da doença mental.

“Uma vez que drogas psicofarmacológicas bem-sucedidas diminuían a dopamina química cerebral em pacientes esquizofrénicos e aumentavam a noropinefrina e a serotonina cerebrais em pacientes deprimidos, os neurocientistas teorizaram que alguns casos de esquizofrenia eram causados por elevações da dopamina e que existiam dois sub-tipos de doença depressiva, um causado por deficiência de norepinefrina e outro causado por deficiência de serotonina” (Colp,1999:3006).

Foi em 1952 que surgiu uma nova droga realmente eficaz no campo da psiquiatria, a clorpromazina, comercialmente designada por Largatil. Este psicofarmacolo, desenvolvido por dois psiquiatras franceses, Jean Delay (1907-1987) e Pierre Deniker (1917-) que *“tiveram o mérito de mostrar que a clorpromazina, prescrita em longo curso era o primeiro medicamento capaz de acalmar a agitação e de reduzir alucinações, delírio, retraimento autista”* (Olié, 1996 :245), em doentes psicóticos hospitalizados, sem lhes causar paralisia mas apenas diminuição da actividade nervosa. Por este motivo a clorpromazina foi denominada de neuroléptico.

Os neurolépticos vieram a dar origem a uma nova designação específica, os psicofármacos ou psicotropos, que segundo Delay, citado por Sousa (1986:628), são *“medicamentos com tropismo psicológico, capazes de modificar a actividade mental ou seja, as suas acções essenciais exercendo-se sobre o psiquismo”*.

Em pouco tempo, um vasto conjunto de medicamentos veio juntar-se aos primeiros neurolépticos.

Em 1949, o psiquiatra australiano Jonh Cade (1912-1980), relatou num artigo para o *Medical Journal of Australia*, a acção do lítio em doentes internados

com excitação maníaca. Cade referia que os doentes internados, após a administração daquele fármaco ficavam mais calmos, verificando-se a recorrência da mania quando o lítio era retirado. Apesar da aparente eficácia terapêutica do lítio nos doentes maníaco-depressivos este fármaco foi bastante contestado devido à sua toxicidade, e apenas em 1970 a *Food and Drugs Administration* aprovou o seu uso na América.

A mania, contudo, em grande número de casos, alterna com períodos depressivos, pelo que este quadro patológico é designado de ciclotímico.

Os antidepressivos, sendo completamente ineficazes na fase maníaca, e como o seu nome indica, actuam na fase depressiva, fizeram a sua aparição pela acção do psiquiatra suíço Roland Kuhn (1912-), que ao fazer ensaios com um fármaco, a imipramina, em doentes deprimidos, estes melhoravam consideravelmente. *“Segundo ele, a administração da imipramina, por várias semanas, em doentes deprimidos, produzia um resultado completamente diferente dos neurolépticos, resultando numa alteração de humor que anulava o estado depressivo”* (Colaço, 2002:122).

Após os relatos deste psiquiatra em 1957 e do psiquiatra americano Nathaniel Kline (1916-1983), ficou comprovado que duas classes de drogas eram eficazes no tratamento das depressões: os antidepressivos tricíclicos (como é o caso da imipramina) e os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs).

No final dos anos 80, outro tipo de antidepressivos - os inibidores selectivos da recaptção de serotonina, foram sendo desenvolvidos por diferentes companhias farmacêuticas. São exemplos disso a fluoxetina (Prozac), a paroxetina (Paxil) e a sertralina (Zoloft). Muitos doentes que não respondem aos tricíclicos e aos IMAOs respondem a estas drogas, mas o inverso também ocorre.

Os neurolépticos, o lítio, os antidepressivos destinavam-se às psicoses, no entanto, pela mesma altura surgiram também drogas para a ansiedade neurótica, as Benzodiazepinas.

Sem dúvida que os barbitúricos de baixa dosagem eram sedativos, no entanto tinham como efeito secundário uma penosa sonolência. Em 1951, J. Ludwig e C. Piech sintetizaram nos laboratórios Wallace, o Meprobamato como droga miorrelaxante. Em 1960-1963 a companhia farmacêutica americana Hoffman-La Roche comercializou dois compostos benzodiazepínicos, o clordiazepóxido

(Librium) e posteriormente o diazepam (Valium), os quais substituíram amplamente o Meprobamato como drogas ansiolíticas, em casos de ansiedade não-psicótica. A Hoffman-La Roche e outras companhias farmacêuticas desenvolveram depois outras benzodiazepinas ansiolíticas, como é o caso do lorazepam (Ativan) em 1977 e em 1981, o alprazolam (Xanax). A aplicação sistemática deste tipo de substâncias veio revolucionar, como nunca, a terapia psiquiátrica e o ambiente hospitalar das instituições psiquiátricas.

No início dos anos 60 muitos autores, como Laing, Cooper, Esterson e Basaglia, iniciam um movimento com expansão mundial, que virá a ser conhecido como antipsiquiatria, afirmando que *“o Hospital Psiquiátrico é um instrumento de repressão ao serviço do aparelho psiquiátrico”*. (Oliveira, 1996:27), e cujas ideias irão influenciar os psiquiatras ingleses, italianos e também de outras nacionalidade.

A antipsiquiatria caracteriza-se por um movimento anti-autoritário generalizado, responsabilizando a sociedade pela loucura dos seus elementos, ao mesmo tempo que nega a existência de doenças mentais.

“ (...) a antipsiquiatria constituiu um conjunto de ideias e de práticas que tiveram um importante desenvolvimento até aos fins da década de setenta, que questionaram o conceito de doença mental, a prática terapêutica que lhe tem estado ligada, as relações técnicos/doentes subjacentes e as estruturas de assistência psiquiátrica.

(...) Nunca na história da psiquiatria a contestação ao seu saber «oficial» foi tão forte, como no auge do movimento antipsiquiátrico” (Gameiro, 1992:51).

A escola antipsiquiátrica inglesa não recusa reconhecer a doença psiquiátrica, e em particular a esquizofrenia, como doença. Mas recusa-a como uma entidade individualizada, apresentando-a como uma situação de crise micro-social, em que a sociedade e a família, como agentes etiopatogénicos, e os técnicos de saúde mental, como rotuladores nosológicos, desempenhariam um importante papel. *“A esquizofrenia seria uma forma de libertação da família e a*

entrada numa vida mais «normal» do que aquela até aí vivida. (...) este processo seria interrompido pela hospitalização e pela intervenção dos técnicos de saúde” (Gameiro, 1992:61). Estes autores consideram esta interrupção negativa e prejudicial ao natural desenvolvimento individual, já que seria o desenrolar natural deste processo, entendido como uma sequência de morte-renascimento, que permitiria ao indivíduo proceder a uma viagem interior, a qual originaria uma transformação espiritual profunda, que englobaria novas zonas de experiência. Segundo Bosseur (1975), este processo que Laing designou por metanóia (o que significa simultaneamente arrependimento, conversão e transformação espiritual), constituiria então um aspecto positivo da crise psicótica, a qual até aí, sempre tinha sido considerado como perigosa e problemática.

A estrutura hospitalar tradicional, com o seu formal sistema hierárquico só poderia tender a reproduzir internamente os mecanismos familiares que estão na base da loucura, pelo que se tornava necessário procurar uma estrutura alternativa para lidar com estas situações.

“Este lugar, é David Cooper quem primeiro tenta criá-lo em meio psiquiátrico tradicional: em Shenley, um grande hospital psiquiátrico londrino. Ele agrupa num mesmo serviço – a «villa 21» – jovens considerados esquizofrénicos (entre 15 e 30 anos) não tendo sido nunca hospitalizados (e portanto não estando ainda deformados pela vida hospitalar e esclerosados por longos anos de «tratamento»). Inspirando-se nas comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, Cooper tenta criar um «lugar de vida», onde os pacientes possam sair da sua passividade e assumirem-se a si próprios na sua vida quotidiana. Para isso torna-se necessário acabar com todas as estruturas hospitalares que cristalizam o paciente no seu papel de «doente mental», dependente e inválido. Cooper tenta pôr fim às relações hierárquicas instituídas e à disciplina rígida imposta aos pacientes” (Fleming, 1976:66).

Esta experiência que duraria entre 1962 e 1966, apesar dos resultados positivos, acabou por não avançar devido à resistência institucional face à mudança e ao conseqüente afastamento de Cooper.

Em 1965 é fundada a *Philadelphia Association*, associação filantrópica e de investigação científica que criou três comunidades terapêuticas de antipsiquiatria, das quais a que mais se evidenciou foi a *Kinsley Hall*, uma comunidade *hippy* urbana. *“Para Cooper estas novas comunidades seriam uma antifamília terapêutica por oposição à família patogénea e alienante”* (Gameiro, 1992:63).

Apesar dos aparentes resultados positivos destas comunidades terapêuticas, a antipsiquiatria inglesa não deixou de ser grandemente contestada. Apesar das suas teorias obrigarem a reflectir nas condições da psiquiatria institucional poucas foram as alterações verificadas. Até porque, a própria antipsiquiatria inglesa se desenvolveu essencialmente a nível de instituições privadas, o que levou a que os hospitais psiquiátricos não fossem influenciados no seu método terapêutico.

Já a experiência da antipsiquiatria italiana gozou de uma dinâmica completamente diferente apesar de se basear nos mesmos princípios gerais.

O principal defensor da antipsiquiatria italiana foi Franco Basaglia (1924-1980), e mais tarde fundador da autodenominada psiquiatria democrática, que viria a estar na origem da psiquiatria social. Tal como Laing e Cooper também Basaglia irá questionar e pôr em causa as diferentes etiologias reconhecidas para a doença mental.

“Basaglia vê na doença mental uma produção psico-patológica na qual o doente se refugia a fim de escapar a uma realidade social que se lhe tornou insuportável. Interpretada assim, a doença revela-se como um fenómeno social, que põe em causa as normas estabelecidas e da qual a sociedade se defende, criando áreas de compensação onde relega e dissimula as suas contradições” (Fleming, 1976:101).

Basaglia, focaliza no entanto a sua atenção essencialmente para as condições de internamento dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos. Para além de alertar para o carácter repressivo destas estruturas hospitalares, contesta a

sua capacidade terapêutica. Segundo ele, tornar-se-ia imperativo reestruturar estas pesadas organizações, já que em vez de recuperarem e tratarem do doente mental, contribuem para a sua institucionalização e perda do valor social.

Em 1971, enquanto director do hospital de Gorizia, em Trieste, Basaglia, inicia um revolucionário programa de desinstitucionalização, do qual resultou, em menos de cinco anos, uma redução de mais de 50% no número de doentes internados. Inspirando-se na experiência inglesa, reorganiza o hospital em comunidade terapêutica, e simultaneamente cria uma rede de atendimento ambulatorio que faz o acompanhamento dos doentes no pós-alta, de forma a prevenir recaídas. Continuando o seu projecto, em 1973 transforma a ergoterapia hospitalar numa cooperativa de ex-doentes que efectua serviços de limpeza, procurando aumentar a autonomia individual e a reinserção social destes, e em simultâneo aproxima a sociedade do doente psiquiátrico.

Basaglia, considera no entanto, esta reestruturação hospitalar em comunidade terapêutica, não como um novo modelo institucional, mas como uma etapa transitória. *“Esta estrutura de passagem permitiria clarificar as contradições existentes na psiquiatria, nas relações dos técnicos com os doentes, possibilitando a passagem da doença mental, de doença a problema”* (Gameiro, 1992:69). Problema este que ele considerava, não como médico mas social, cuja resolução passaria necessariamente pela criação de alternativas não institucionais, que substituíssem o desgastado modelo do hospital psiquiátrico.

Em 1973, inspirado nas ideias e acções desenvolvidas por Basaglia, é criado em Bolonha, o movimento autodenominado de Psiquiatria Democrática.

“A Psiquiatria Democrática institucionaliza as ideias (...) da necessidade de ligar a psiquiatria ao cultural e ao político. Ao sair da crítica técnica, das condições de assistência para o terreno político, este grupo alarga o seu sistema de actuação extravasando a psiquiatria. Faz sistema entre a psiquiatria e seu contexto socio-político e adquire como finalidade a intervenção no novo sistema global. Insere os doentes psiquiátricos no grupo dos «explorados»

(na terminologia da luta de classes de origem marxista) e coloca-se como agente em confluência com essa luta” (Gameiro, 1992:75).

Na sucessão deste movimento, e impulsionado pelas mudanças sócio-políticas que se fizeram sentir em Itália na década de setenta, em 1978, é alterada a Lei da Saúde Mental. A famosa lei 180 prevê, não apenas o encerramento de todos os hospitais psiquiátricos, como proíbe desde a data da sua publicação, o internamento de doentes em unidades deste tipo. Como alternativa, propõe a criação de unidades de internamento de curta duração em hospitais distritais, para doentes agudos, e o reforço na intervenção comunitária através de centros de saúde mental.

As alterações foram-se efectuando, no entanto os objectivos inicialmente traçados ficaram aquém do idealmente previsto. A rede dos centros de saúde mental nunca foi completamente desenvolvida por falta de recursos humanos e materiais, além de que este tipo de assistência não teria sido suficiente para responder às necessidades dos doentes mais dependentes. Por outro lado, o impedimento legal de internamentos prolongados deu origem a que aumentassem as instituições privadas a que só as classes privilegiadas teriam acesso, ou a admissão em lares de terceira idade ou para deficientes, com piores condições do que os antigos hospitais psiquiátricos, para os menos favorecidos, e a pior ainda, consistiu no aumento dos sem-abrigo.

Um outro dos objectivos desta reforma que seria a humanização dos hospitais, em oposição à crescente tecnocratização destas instituições, também não foi alcançado.

Apesar de todos as adversidades com que se defrontou, o movimento da antipsiquiatria italiana em particular, e a antipsiquiatria em geral, influenciou definitivamente a instituição psiquiátrica e as novas correntes da psiquiatria.

Também nos Estados Unidos foi forte o movimento de desinstitucionalização. Esta desinstitucionalização foi influenciada, não só pelos movimentos atrás descritos, mas também devido às críticas públicas sobre o ambiente nos asilos públicos, e à influência do uso das drogas antipsicóticas. O discurso presidencial proferido em 1958, por Harry Solomon, à *American Psychiatric*

Association afirmando que os asilos públicos estavam falidos e deveriam ser extintos também contribuiu para esse movimento.

Então, em 1961, a Comissão Conjunta sobre Doença e Saúde Mental lançou um relatório, a *Action for Mental Health*,

”recomendando que os grandes asilos públicos fossem convertidos em pequenos centros regionais para a avaliação e tratamento intensivo de pacientes e que clínicas comunitárias de saúde mental, hospitais gerais e hospitais mentais fossem estabelecidos. Em Outubro de 1963, o Presidente John F. Kennedy assinou a Lei dos Centros Comunitários de Saúde Mental com verbas federais oferecendo serviços de internação, ambulatórios e de emergência, hospitalização parcial, educação e consultoria” (Colp, 1999:3006).

Estavam assim dados os primeiros passos para a implementação dos cuidados comunitários a nível da saúde mental. E na altura, psiquiatras e cientistas sociais, segundo a opinião do historiador Gerald Grob (1983), acreditavam que os problemas representados pelas doenças mentais seriam resolvidos de vez pelo tratamento, prevenção e trabalho social em contextos extra-hospitalares.

No entanto esses problemas nunca conseguiram resolver-se totalmente, e embora alguns programas comunitários fossem bem sucedidos, os centros comunitários frequentemente eram incapazes de cuidar dos ex-doentes, os quais recebiam cuidados inferiores em instituições não psiquiátricas ou acabavam por se tornar em sem-abrigo.

O propósito desse movimento foi bom, no entanto, devido a não ter havido uma adequada programação, o seu sucesso acabou por ser reduzido.

A história da psiquiatria é assim constituída por um conjunto de sucessos e retrocessos, que ao longo de mais de vinte séculos tem vindo a acompanhar a evolução do ser humano.

Mas no século XXI, em que vivemos, com toda a evolução científica com que nos deparamos, e perante a diversidade existente, será que o “louco” continua a existir, ou será a loucura meramente uma forma mais fácil de “rotular” o Outro, pelas diferenças que o distinguem da maioria?

CAPITULO 2 – A PSIQUIATRIA NUMA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL



Fotografia 2 – Homem hindu, Sri Lanka, 2005

*“O indivíduo não é somente o produto da sua cultura,
mas também a constrói, a reconstrói, a recria,
em função das problemáticas e das estratégias diversificadas
e num contexto marcado pela diversidade e pela pluralidade.”*

N. Ramos (2001:165)

A primeira referência histórica de carácter antropológico, no domínio da psicopatologia, inicia-se com Freud e o seu trabalho *“Totem e Tabu”* (1913). No entanto a autêntica psiquiatria transcultural só começa a definir-se com os trabalhos de alguns antropólogos como Margaret Mead, Gregory Bateson, Ruth Benedict, Erikson, entre outros.

A psiquiatria transcultural é um dos ramos principais da Antropologia Médica e, uma importante fonte para o estudo da natureza da saúde e dos seus problemas, nas diversas regiões do mundo.

Para Helman (1994: 216), a psiquiatria transcultural consiste, *“no estudo e na comparação da doença mental nas diversas culturas”*, isto é, estuda o doente mental nas suas relações com o ambiente cultural em que se desenvolve.

Kirmayer e Minas, referenciado por Quartilho (2001), comparam a psiquiatria transcultural a um tríptico. Do lado esquerdo, encontra-se uma primeira fase correspondente aos estudos transculturais comparativos da forma e prevalência das perturbações psiquiátricas. Do lado direito, encontra-se uma segunda fase, relacionada com o estudo das populações migrantes e das variações culturais na experiência subjectiva das doenças, em nações caracterizadas pela diversidade étnica. No plano central, encontra-se a terceira e última fase, a qual se interessa pela crítica cultural da teoria e das práticas psiquiátricas.

A psiquiatria transcultural aborda preferencialmente a «doença» (*illness*) mental em prol da enfermidade (*disease*). Ou seja, preocupa-se menos com os aspectos orgânicos dos transtornos psicológicos do que com as dimensões psicológicas, comportamentais e socioculturais, a eles associadas. Mesmo quando a situação apresenta, claramente, um fundamento orgânico (como por exemplo a neurosífilis, *delirium tremens*, demência, entre outros), os

especialistas dedicam maior interesse aos factores culturais que influenciaram o comportamento e as percepções do doente, relativamente ao conteúdo das alucinações ou delírios, e à conduta de terceiros com relação ao doente.

À psiquiatria transcultural compete *“identificar os factores culturais susceptíveis de influenciar as características das doenças psíquicas”* já que *“a existência e a definição desses factores demonstram-nos que há determinados costumes, normas culturais, crenças religiosas e mitos que são mais traumáticos do que outros”* (Fonseca, 1985:657), podendo assim predispor, precipitar ou mesmo manter certas formas de doença mental.

As pesquisas sobre a psiquiatria transcultural foram, e ainda são, desenvolvidas por dois tipos distintos de investigadores: psiquiatras e antropólogos sociais.

Primeiramente, por psiquiatras com formação ocidental, que encontram síndromes curiosos e, por vezes bizarros, de transtornos psicológicos, em regiões do mundo não-ocidental, e tentam compreendê-los de acordo com as categorias ocidentais das doenças mentais.

Em segundo lugar, antropólogos sociais, interessados principalmente nas definições de «normalidade» e «anormalidade» nas diferentes culturas; na influência cultural sobre a formação da «estrutura da personalidade» e também sobre a etiologia, apresentação e tratamento das doenças mentais.

Embora as duas abordagens conduzam a perspectivas distintas sobre o assunto, ambas apresentam uma preocupação comum com dois tipos de problemas clínicos:

1. Diagnóstico e tratamento da doença mental, quando médico e doente possuem *backgrounds* sociais diferentes.
2. O efeito da emigração, urbanização e de outras formas de mudança social sobre a saúde mental.

As definições de «normalidade» e «anormalidade» variam muito em todo o mundo, estando os dois conceitos, muitas vezes, sobrepostos, em muitas culturas. Baseiam-se nas crenças compartilhadas por um grupo, sobre o que constitui o modo ideal, «apropriado», de um indivíduo conduzir a sua vida relativamente às outras pessoas. Essas crenças determinam uma série de directrizes sobre o comportamento culturalmente normal, e também, sobre o

comportamento temporariamente anormal. A normalidade é, geralmente, um conceito multidireccional.

A um nível mais individual, as manifestações de comportamento consideradas anormais para os padrões de vida diária, devem também ser analisadas à luz do *background* da cultura em que aparecem. O mesmo acontece com o comportamento colectivo nos ritos de inversão¹⁰, que também são controladas (em grau variável) por normas culturalmente implícitas, que determinam quando e como podem ocorrer.

Segundo Foster e Anderson (1978:57), *“não há culturas em que homens e mulheres ignorem um comportamento irregular, perturbado, ameaçador ou bizarro no meio em que vivem, qual seja o contexto cultural em que ele ocorra”*. Ora assim sendo é importante estudar e comparar as doenças mentais nos diversos grupos e sociedades. No entanto, antropólogos, psicólogos, médicos e psiquiatras transculturais confrontam-se com duas questões, que Landy (1977:333) resumiu para que seja possível traçar comparações significativas entre as doenças mentais nos diversos grupos e sociedades:

1. *“Podemos nos referir a alguns aspectos do comportamento como normais ou anormais, num sentido universal do ser humano?”*
2. *“Serão as psicoses da experiência psiquiátrica e da nosologia ocidental universais e transculturais, ou estarão elas rigidamente delimitadas pelos condicionamentos e pressões?”*

As respostas para as duas perguntas são importantes porque determinam transculturalmente a natureza do diagnóstico e do tratamento das doenças mentais, bem como podem vir a esclarecer as razões pelas quais algumas formas de doença mental são mais comuns do que outras, em determinadas regiões do mundo.

Para a maioria dos antropólogos, as dimensões sociais e culturais da doença mental constituem o objecto principal dos seus estudos, e isto porque os factores culturais influenciam a apresentação clínica e o reconhecimento de grande parte dessas desordens, até mesmo daquelas com bases orgânicas. Além disso, em muitas regiões do mundo não-ocidental, a doença mental é

¹⁰ São exemplo disso determinados Festivais, Carnavais, Bacanais ou *Mardi gras*, envolvem, algumas vezes, uma inversão de comportamento normal e papéis, comportamentos completamente opostos do que os categoriza, teoricamente (travestimos, permissividade sexual, disfarce de animais, etc. No ocidente, é o caso do 1º de Abril, Dia das Bruxas, etc).

interpretada mais como um «acontecimento anormal» do que como uma crença equivocada.

O diagnóstico de uma doença mental, quando realizada através de um estado psicológico como, por exemplo, na presença de um delírio, pode ser difícil se o conteúdo do delírio for comum a outros membros da sociedade. Nesse caso, o diagnóstico de doença mental realizado pelo médico ocidental dependeria, não só das suas observações clínicas, baseadas na avaliação do comportamento da pessoa afectada, e das suas mudanças biológicas (anorexia, insónia, perda de líbido, entre outras), mas também da sua resposta a determinados testes psicológicos. A realização desse diagnóstico estaria também vinculada à forma como o comportamento dessa pessoa é percebido pela sua própria comunidade.

O problema que se apresenta, na comparação das doenças mentais nas diversas sociedades, é decidir se será válido comparar avaliações clínicas ocidentais em diferentes culturas, ou comparar as percepções das diversas culturas sobre aqueles indivíduos considerados mentalmente doentes.

Os estudiosos tendem a adoptar pelo menos uma das três abordagens que se seguem:

1. A abordagem biológica
2. A abordagem da rotulação social
3. A abordagem combinada

A abordagem biológica considera as categorias diagnósticas do modelo psiquiátrico ocidental aplicáveis à humanidade, num sentido universal, uma vez que possuem um fundamento biológico, apesar das variações locais determinadas pelos factores sociais.

Na perspectiva de Kiev (1972), a forma dos transtornos psiquiátricos permanecem essencialmente constantes em todas as partes do mundo, independentemente do contexto cultural em que ocorrem. Desse modo, os transtornos esquizofrénicos e maníaco-depressivos são estabelecidos ao nível formal pela natureza biológica do homem, enquanto que as características secundárias da doença mental, como por exemplo, o conteúdo dos delírios e das alucinações, são influenciadas por factores culturais. Assim, o *Koro*, susto e encantamentos são, por exemplo, formas de «ansiedade»; o *shinkeishitsu*

japonês é uma «neurose obsessivo-compulsiva»; o *mau-olhado* e a *morte por voodoo* são exemplos de «estados fóbicos», e a possessão espiritual, como são o caso do *amok* na Malásia e *Hsieh ping* na China, são exemplos de «estados dissociativos». Na opinião de Kiev (1972), essas condições não são novos rótulos diagnósticos, mas semelhantes às doenças já conhecidas no Ocidente.

A abordagem biológica assemelha-se à interpretação das enfermidades (*diseases*) como entidades universais.

Esta abordagem tem no entanto sido criticada por dar primazia ao sistema ocidental de nomenclatura e diagnóstico. Além disso, as categorias ocidentais de doença mental também são «delimitadas culturalmente», sendo o resultado das circunstâncias sociais e históricas específicas, não sendo universais, no que se refere à sua aplicabilidade.

Outra crítica à abordagem biológica é que a mesma doença mental pode desempenhar papéis sociais diferentes em sociedades distintas. Para melhor conhecer um episódio de uma mesma doença noutra cultura é necessário conhecer um pouco do contexto social, cultural, político e económico em que ela ocorre.

A abordagem da rotulação social, desenvolvida por sociólogos, considera a doença mental como um «mito», um facto essencialmente social e não biológico, que pode ocorrer associado ou não a componentes biológicos. A sociedade determina os sintomas e os padrões de comportamento definidos como «desviantes», ou como algo específico, como é a doença mental. A doença mental não aparece e nunca existiu, até que assim seja rotulada.

De acordo com Waxler (1977), o conceito de doença mental está relacionado exclusivamente com a sociedade em que ocorre, não podendo, portanto, existir «universalmente». A definição de doença mental é, portanto, específica de cada cultura. O processo de rotulação envolve um primeiro estágio no qual o comportamento desviante menor de um indivíduo é considerado como doença mental.

A perspectiva da rotulação social é válida por evidenciar a estrutura social e a manutenção da sintomatologia da doença mental. Uma vez que a existência de

doença depende da definição social, o seu conceito é relativo, e não pode ser comparado facilmente entre sociedades distintas.

Esta abordagem tem sido criticada por negligenciar o aspecto biológico da doença mental, nomeadamente nas situações em que está bem definido, como no caso dos tumores cerebrais, *delirium tremens*, demência, entre outros.

Este tipo de abordagem ignora também as psicoses mais extremas, as quais são, aparentemente, universais em termos de distribuição.

A abordagem combinada utiliza elementos da perspectiva biológica e da rotulação social, e é aquela com a qual concorda a maioria dos antropólogos médicos.

Esta abordagem sustenta que há certas universalidades no que se refere ao comportamento anormal, particularmente nos transtornos extremos de conduta, raciocínio ou afecto. As categorias ocidentais das psicoses importantes, como a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva, embora variem muito em forma e classificação, nas diferentes partes do mundo, realmente existem, ainda que sejam, evidentemente, denominadas de forma distinta nas diferentes culturas. As psicoses importantes, por conseguinte, bem como os transtornos oriundos de doenças cerebrais orgânicas aparecem reconhecidas em todas as sociedades, embora as suas apresentações clínicas sejam influenciadas, em geral, pela cultura local.¹¹

As vítimas de transtornos psicológicos extremos são percebidas pelas suas próprias culturas como portadores de tipos descontrolados de comportamento social anormal. Com algumas variações, nas diferentes sociedades, os seus quadros clínicos, são passíveis de comparação. Foster e Anderson (1978) sugerem que a comparação deve ocorrer ao nível dos sintomas padrão, e não entre as categorias diagnósticas (esquizofrenia, por exemplo). Nestas condições, é possível contornar o problema de tentar incluir doenças mentais de outras culturas em categorias diagnósticas ocidentais.

A comparação dos padrões sintomatológicos pode também ser aplicada no caso dos transtornos delimitados culturalmente, muitos dos quais poderiam ser

¹¹ Por exemplo: um psicótico, numa sociedade tribal, poderá afirmar que o seu comportamento é regido pelo poder das bruxas ou feiticeiros, enquanto que um psicótico ocidental poderá afirmar que é controlado por seres espaciais, marcianos ou discos voadores.

classificados como neuroses ou psicoses funcionais segundo o modelo psiquiátrico ocidental.

Os transtornos psicológicos também têm os seus padrões culturais. Isto é, cada cultura transmite aos seus membros formas padronizadas de adoecer, de adaptar o seu sofrimento a uma forma de doença identificável, de explicar as suas causas, e de receber tratamento para as mesmas.

As explicações leigas para as diversas situações recaem sobre as mesmas categorias etiológicas: comportamento individual e influências dos mundos natural, social e sobrenatural.¹² Foster e Anderson (1978) ressaltam que essas explicações de carácter «personalista» para as doenças são mais frequentes no mundo não-ocidental do que no ocidental. Em contraste, a perspectiva ocidental das doenças mentais enfatiza os factores psicológicos, experiências de vida e efeitos do stress, como aspectos etiológicos importantes.

Como ocorre nas doenças físicas, as culturas determinam a linguagem de sofrimento através da qual o sofrimento psicológico é transmitido às outras pessoas. Esta linguagem inclui as várias definições culturais específicas de anormalidade, como sejam mudanças importantes de comportamento, discurso, vestuário e higiene pessoal.

Relativamente à expressão verbal do sofrimento emocional, incluindo a descrição de alucinações e delírios, a linguagem inclui símbolos, imagens e temas do meio cultural do doente.

Cada cultura fornece um repertório de símbolos e imagens sobre os quais as doenças mentais são articuladas. Os símbolos utilizados para a manifestação das doenças mentais expressam «uma polarização de significados». De um lado, dizem respeito a preocupações pessoais psicológicas e emocionais, de outro, a valores sociais como um todo.

Quando o doente mental pertence a uma minoria cultural ou étnica, ele utiliza, frequentemente, símbolos da cultura dominante para articular os seus sofrimentos psicológicos e, assim, obter ajuda. Ou seja, ele necessita de apreender o sistema de valores da cultura dominante, e utilizar o vocabulário coerente com esses valores. É o que acontece frequentemente no que diz

¹² Assim as doenças mentais podem ser atribuídas à possessão espiritual, feitiçaria, violação de tabus religiosos, etc.

respeito à somatização dos sintomas, nas diversas culturas, isto é, a padronização cultural dos distúrbios psicológicos numa linguagem de sofrimento constituída principalmente por sintomas e sinais físicos.

Os transtornos psicológicos delimitados culturalmente constituem um grupo de doenças (*illness*) populares, cada uma exclusiva e peculiar de determinada cultura ou área geográfica. Eles são identificados pelos membros dos grupos culturais através de um conjunto específico de sintomas, sinais ou mudanças de conduta, a que estes reagem segundo um padrão pré-estabelecido.

De um modo geral, estas doenças possuem uma gama de significados simbólicos (moral, social ou psicológico) tanto para as suas vítimas como para as pessoas que as rodeiam. Frequentemente, o caso individual de doença é associado a questões mais amplas, que incluem relações com a comunidade, com poderes sobrenaturais e com o meio ambiente natural. Em muitos casos, desempenham um papel importante na expressão e na resolução de emoções anti-sociais e conflitos sociais de maneira culturalmente padronizada. As condições oscilam entre transtornos puramente comportamentais ou emocionais e outros com grande componente somático.¹³

Também podem ser considerados como transtornos delimitados pela cultura ocidental, uma série de comportamentos comuns, linguagens de sofrimento, percepções de estados orgânicos, bem como determinadas categorias, enquanto ocorram em contextos específicos, como são o caso da obesidade, anorexia nervosa, síndrome pré-menstrual, entre outros. Littlewood e Lipsedge (1987) acrescentam ainda o para-suicídio¹⁴, agorafobia¹⁵, furto em lojas¹⁶, exibicionismo¹⁷.

Além dessas síndromes específicas, ocidentais e não-ocidentais, existe um padrão cultural mais difuso que determina a linguagem de sofrimento utilizada para expressar determinados tipos de transtornos psicológicos em cada sociedade.

¹³ Como é o caso do *amok* - impulso de ataques violentos e repentinos a pessoas, animais e seres inanimados, que atinge os homens na Malásia; o *hsiehping*- estado de transe entre os chineses, no qual os pacientes crêem ser possuídos por familiares ou amigos mortos que, em vida, eles ofenderam; *koro* - delírio que aflige os homens chineses, em que estes imaginam que seu pénis se está a retrair para dentro do abdómen, o que provocará a morte; *mal ojo* ou *mau olhado*; *latah*; *morte voodoo*.

¹⁴ *overdose* por drogas prescritas pelo médico

¹⁵ Conhecida pela doença das «donas-de-casa»

¹⁶ praticado por mulheres ricas de meia-idade

¹⁷ ou «ostentação»

Assim, os transtornos delimitados culturalmente só podem ser compreendidos se observados no contexto em que se inserem, assim como o seu tratamento e os procedimentos que os mesmos envolvem.

No que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico transcultural, um dos problemas para a realização do mesmo pode residir na avaliação dos médicos, que podem sobrevalorizar a cultura como explicação para o comportamento dos doentes e, assim, ignorar qualquer psicopatologia subjacente. Portanto, segundo Lopez (1976), o médico, ao diagnosticar indivíduos de culturas diferentes, deve estar atento a alguns aspectos:

1. A extensão da influência dos factores culturais sobre algumas categorias e técnicas diagnósticas da psiquiatria ocidental;
2. O papel da cultura dos doentes na compreensão e comunicação dos seus sofrimentos psicológicos;
3. Como as crenças e o comportamento dos doentes são vistos pelos outros membros do seu grupo cultural, isto é, se as suas “anormalidades” são interpretadas como benéficas (ou não) para o grupo;
4. Em que medida o conjunto específico de sintomas, sinais e mudanças de condutas, manifestados pelo doente (ou comunidade), são interpretados como manifestações de um distúrbio psicológico delimitado culturalmente;
5. A hipótese do estado do doente ser o resultado de pressões sociais, políticas e económicas sofrida por ele, e não de uma doença mental.

No mundo ocidental, a psiquiatria e a psicologia têm em geral, como principal objecto de estudo os doentes enquanto indivíduo. O doente constitui o principal «problema» do terapeuta. O seu estado emocional, comportamento e delírios são o motivo principal da sua preocupação. A maior parte dos diagnósticos e tratamento ocorrem em ambientes especializados, como o consultório médico, distante da família e dos amigos. De um modo geral, as consultas caracterizam-se pela privacidade e sigilo, envolvendo um doente e um terapeuta de cada vez. É uma vez que ambos pertencem a meios culturais semelhantes, a maioria das vezes, certamente, estarão de acordo

relativamente à origem e natureza prováveis, dos transtornos psicológicos, bem como do tratamento a implementar.

Segundo Waxler (1977), no contexto ocidental o tratamento psiquiátrico, não tem uma função integradora, a qual é desempenhada pelo sistema político, burocrático e outros. Aqui, a doença mental contribui para alienar ou abandonar, ainda mais, o indivíduo doente. Além disso, o tratamento ocidental determina limites para o doente, sem criar ou restabelecer os laços sociais entre os doentes e outros grupos, excepto talvez no que se refere à família nuclear.

O psicótico ocidental é tido como um portador de um processo crónico de doença, recorrente, e sob o risco constante de recorrências. Quando recuperado, é referido como um «esquizofrénico em remissão», e não como «um indivíduo que teve esquizofrenia». Waxler (1977), ressalta ainda a ausência de uma função integradora nos longos cursos das doenças dos psicóticos ocidentais.

No mundo não-ocidental, particularmente em sociedades rurais, o quadro é diferente. As doenças (*illnesses*), quer sejam somáticas ou psicológicas, e respectivo tratamento, são considerados como um evento mais social, que envolve intimamente, família, amigos e comunidade do doente.

A doença, em muitos casos, é interpretada como um indicador de conflitos ou tensões no tecido social. Kleinman (1980) usa o termo «cura cultural», quando os rituais de cura se destinam a tratar rupturas sociais.

O tratamento ocorre em vários níveis: o restabelecimento da saúde acontece não só para o doente, mas também para a comunidade em que vive. O objectivo do tratamento, é portanto, resolver os conflitos causadores das suas doenças (*illness*), restabelecer a coesão do grupo, reintegrar o doente à sociedade normal.

Ao contrário do que acontece no mundo ocidental, os transtornos psicológicos no mundo não-ocidental, são muitas vezes considerados úteis à comunidade. Waxler (1977) observa que, em sociedades menores, a doença mental é útil e até necessária, incorre em obrigações entre as pessoas, além de ter função integradora, fortalecendo laços entre os grupos e no seio dos mesmos. Nestas sociedades, uma vez que são raras as instituições especializadas que

promovem esse tipo de integração, como uma organização legal, política e burocrática centralizada, então os desvios, como é o caso da doença mental, podem desempenhar esse papel. Este processo restabelece os vínculos entre os grupos, e reafirma os limites entre os mesmos. Assim, o doente mental é reintegrado na sociedade.

Segundo Waxler (1977), o processo de reintegração e o papel fundamental da família nos cuidados com o doente significam que, em sociedades tradicionais não-ocidentais, a cura da doença mental aparece mais facilmente, e a duração da doença é menor.

O tratamento da doença mental nessas sociedades é realizado por curandeiros populares¹⁸.

Murphy (1964) descreveu alguns aspectos psicoterapêuticos do xamanismo enquanto parte de um ritual de cura cultural, entre os quais estão: trabalhar no universo das crenças compartilhadas pelo grupo, reforçando-as; envolver o indivíduo e a comunidade no ritual, para que, durante este, o doente esteja cercado por amigos e familiares; identificar, durante a sessão, a causa da doença mental; prescrever condutas apropriadas, as quais se acredita efectuar a cura e demonstrar que o doente está, de facto recuperado.

De acordo com Lewis (1971), o xamã não é menos do que um psiquiatra; ele é mais do que isso, pela ampla função que desempenha na vida religiosa da sua comunidade.

Existem poucos estudos conclusivos sobre os benefícios terapêuticos da cura cultural para os transtornos psicológicos. No entanto, num estudo realizado num templo espiritualista no México, Finkler (1981) constatou que a cura popular é ineficaz para as psicoses, mas útil como psicoterapia nos transtornos neuróticos, nos problemas psicofisiológicos e nos síndromes somatizados.

A cura cultural habilita o doente a abandonar o seu papel de doente, voltar a ter o comportamento normal, e eliminar a «sensação de estar doente».

Num outro estudo sobre resultados terapêuticos efectuado por um xamã, Kleinman (1980), constatou que a cura cultural era eficaz para os episódios de

¹⁸ São exemplo os *tang-ki* no Taiwan, os *chimbuki Ndembu*, os *curandeiros* latino-americanos ou os *isangoma*, Zulu.

neurose e somatização, e o seu valor residia no tratamento da doença (*illness*) e não na cura da enfermidade (*disease*).

O tratamento cultural nas sociedades não-ocidentais insere o episódio da doença (*illness*) num contexto cultural mais amplo, explicando-a em termos familiares, mobilizando o apoio social para a vítima, reafirmando os valores básicos e a coesão grupal, e assim reduzindo a ansiedade do doente e da família.

Para terminar, podemos concluir que a evolução da psiquiatria transcultural foi intensa nas últimas décadas, estudando e comparando a doença mental nas diversas culturas bem como as influências dos factores culturais ou sócio-culturais susceptíveis de exercer e permitir diferenciar certas manifestações psicológicas.

A psiquiatria transcultural, desempenha assim, um importante papel na equipa de saúde mental, ao inculcar-lhe uma certa competência cultural. Não se pode exigir aos técnicos de saúde que conheçam aprofundadamente a cultura dos doentes que os procuram. É importante, sim, que estes técnicos estejam, não só receptivos e despertados culturalmente, de forma a detectarem as dificuldades dos doentes, decorrentes do confronto destes com os seus valores sócio-culturais, mas também saibam lidar com essas dificuldades culturais, uma vez que os diagnósticos e as terapêuticas estandardizadas não são aplicáveis, igualmente, a todos os doentes.

CAPITULO 3 – ACULTURAÇÃO



Fotografia 3 – Mulheres afegãs, Herat, Afeganistão, 2002

“A única forma para um grupo imigrante transportar a sua cultura através do mundo é sob um modo psicológico: através de sentimentos, de crenças e de ideias”.
W. Rivers (1926:14) In Ramos (2004:239)

No passado a grande maioria das pessoas passava toda a sua vida num só sistema cultural, não tendo qualquer contacto, directo ou indirecto, com outras culturas. Com os avanços científicos e tecnológicos, dá-nos a sensação do espaço e do tempo terem diminuído, tornando-se mais frequente a interacção entre diferentes culturas. Fenómenos como a descolonização, o exílio de refugiados, as migrações internacionais, o turismo, as telecomunicações, concorreram para que as sociedades modernas se tenham tornado cada vez mais multiculturais.

É, pois, importante definir as várias formas de transmissão e consequente apreensão das referências culturais. São essencialmente duas, que embora com uma grafia e sonoridade semelhantes, são diferentes, pelo que importa assim distingui-las – enculturação e aculturação.

1. DEFINIÇÃO DE ENCULTURAÇÃO E ACULTURAÇÃO

A aculturação é uma forma de mudança cultural resultante do contacto com outras culturas. É um processo pelo qual passam os indivíduos, frequentemente já na idade adulta, em reacção a uma mudança de contexto cultural (Ramos, 2003; Neto, 2002).

A enculturação, por seu turno, consiste num processo que liga o desenvolvimento dos indivíduos aos seus contextos culturais, isto é, o processo através do qual o indivíduo apreende as referências culturais do meio onde está inserido enquanto membro de um grupo social, sendo essas referências transmitidas pelos seus pares sociais.

Camilleri (1989:28) considera que a enculturação pode até fazer parte de um processo mais globalizante como é o caso da socialização: “(...) *l’ensemble*

des processus conduisant à l'appropriation par l'individu de la culture de son groupe".¹⁹

Ramos (2001) defende que as referências culturais, com as quais contactamos desde muito cedo, tornam-se a base da estruturação da nossa personalidade e, baseando-se nos estudos de Mead, define enculturação do seguinte modo:

"Il s'agit d'un processus d'intériorisation par l'individu des traditions, systèmes de références et valeurs de son groupe, processus qui procède essentiellement par voie inconsciente" ²⁰ (Ramos, 1993 :31).

Clanet segue a mesma linha de pensamento, segundo refere Sousa (2003:38), ao expressar que

*"(...) enculturation désigne les processus par lesquels l'enfant reçoit (assimile) la culture de l'ethnie ou du milieu auquel il appartient, tandis que le milieu reçoit (assimile) l'enfant. L'enculturation peut être vue comme une assimilation réciproque de l'enfant et d'une culture initiale dans la transmission de laquelle la famille joue un rôle prépondérant (...)"*²¹

A enculturação e/ou socialização são processos dinâmicos e interactivos resultantes de diversas interacções com o meio social e cultural. Contudo, Ramos (2004) faz a distinção entre esses dois conceitos. Enquanto que, no primeiro caso, ocorre de forma inconsciente o processo de incorporação da cultura, no segundo caso, o indivíduo sofre as influências do meio envolvente, com o qual interage, de uma forma consciente.

O conceito de aculturação foi definido pela primeira vez, em 1936, por três antropólogos, Herskovitz, Redfield e Linton como sendo

¹⁹ Tradução do autor: "(...) o conjunto de processos que conduzem à apropriação pelo indivíduo da cultura do seu grupo"

²⁰ Tradução do autor: "Trata-se dum processo de interiorização, por parte do indivíduo, das tradições, sistemas de referência e valores do seu próprio grupo, processo esse que ocorre, essencialmente, por via do inconsciente".

²¹ Tradução do autor: "(...) enculturação designa os processos através dos quais a criança recebe (assimila) a cultura da etnia ou do meio ao qual pertence, ao mesmo tempo que o meio recebe (assimila) a criança. A enculturação pode ser encarada como uma assimilação recíproca da criança e de uma cultura inicial, em cuja transmissão a família tem um papel preponderante (...)"

“(...) o conjunto de fenómenos que resultam do contacto directo e contínuo entre grupos de indivíduos de culturas diferentes, com mudanças subsequentes nos tipos e modalidades culturais de um ou dos restantes grupos” (Ramos, 2004:117).

A aculturação, segundo Cabral (1983), referido por Seabra (2005:32) é

“(...) o fenómeno psicossocial em que duas culturas exercem reciprocamente uma acção de que vai resultar a transformação de cada uma delas, por interpenetração de conteúdos culturais e invenção – descoberta de novos conteúdos”.

Também Clanet (1990), aborda o conceito de aculturação: *“...l’ensemble des phénomènes qui résultent du contact direct et continu entre des groupes d’individus de cultures différents avec des changements subséquents de l’un ou des autres groupes...”*²² Sousa (2003:38)

Podemos constatar, portanto, que na análise de qualquer situação de aculturação deve ter-se em consideração tanto o grupo dador como o receptor, uma vez que não há uma cultura unicamente «dadora» ou «receptora».

Camilleri (1989) defende ainda que o processo de aculturação, é influenciado por cinco parâmetros culturais, como nos mostra Anes (2006:28):

- *“Son origine, selon qu’il est endogène, qu’il provient du groupe où il s’effectue, ou au contraire exogène ;*
- *Sa vitesse, ou rythme d’effectuation ;*
- *Son étendu, selon le nombre de sous-systèmes et de «traits» atteints par la transformation ;*
- *Sa profondeur, selon la distance de ce qui est affecté par le changement au «noyau» de la culture ;*

²² Tradução do autor: “...o conjunto dos fenómenos resultantes do contacto directo e contínuo entre grupos de indivíduos de culturas diferentes com as subsequentes mudanças entre uns e outros...”

- Sa «*reliabilité*», selon que ses produits peuvent s'accorder ou non avec le contexte dans lequel ils s'insèrent".²³

Para Ramos (2006:340), a aculturação "(...) implica a aprendizagem de uma nova cultura, assim como escolhas por vezes difíceis entre o que o imigrante gostaria de manter e o que tem de abandonar dos hábitos e da cultura de origem", levando o mesmo a desenvolver estratégias de adaptação de modo a ultrapassar as dificuldades inerentes à sua condição de imigrante, tendo como resultado diferentes modos de aculturação.

2. MODOS DE ACULTURAÇÃO

O modo como um indivíduo, ou um grupo, em aculturação se relaciona com a sociedade receptora reflecte-se na forma de aculturação que se verifica.

Bastille (1960) construiu uma tipologia de situações de aculturação baseada em três critérios: de ordem geral, cultural e social (Seabra, 2005:33).

O primeiro critério, de ordem geral, que define como "*a presença ou ausência de manipulações das realidades culturais e sociais*", origina três situações-padrão:

- Aculturação "espontânea", "natural" ou "livre" que consiste num tipo de aculturação que não é controlada, devendo-se a alteração dos padrões culturais unicamente ao contacto de culturas de acordo com as normas internas de cada uma delas;
- aculturação "organizada", "forçada" verifica-se habitualmente em benefício de um só grupo, o grupo dominante, o qual tenta modificar, num curto prazo, a cultura do outro grupo. A aculturação mantém-se fragmentária, parcial, e é frequente a desculturação sem aculturação. Um exemplo desta situação é o caso de escravatura e da colonização;

²³ Tradução do autor: "Quanto à sua origem, consoante seja endógena, proveniente do grupo onde tem lugar, ou, pelo contrário, exógeno; Quanto à rapidez, ou ritmo, com que tem lugar; Quanto ao alcance, consoante a quantidade de sub-sistemas e de «características» afectadas pela transformação; Quanto à profundidade, consoante a distância do que é afectado pela mudança fica em relação ao «núcleo» da cultura; Durante o «reenlace», consoante o seu resultado se adequa ou não ao contexto em que se insere".

- aculturação “planificada” verifica-se partindo da suposição de serem conhecidos os determinismos sociais e culturais em que a aculturação, controlada e sistemática, é obtida a longo prazo. Em regime capitalista pode originar o “neo-colonialismo”.

No que diz respeito ao segundo critério, de ordem cultural, prende-se com a homogeneidade ou heterogeneidade das culturas em presença.

O terceiro critério, de ordem social, abarca a abertura ou clausura dos grupos em contacto.

Também Berry (1989) desenvolveu um modelo de aculturação, bidimensional, no qual, segundo Ramos (1993, 2004), é feita a relação entre as estratégias de adaptação dos imigrantes e a importância que estes atribuem, não só à necessidade de manterem a herança cultural do seu grupo de origem, mas também à sua adaptação na sociedade de acolhimento. Resultam daqui quatro tipos de estratégias de adaptação e consequentemente quatro modos de aculturação: assimilação, integração, separação e marginalização.

Assimilação – Trata-se de um processo unilateral pelo qual os membros de um grupo se apropriam dos elementos culturais de um outro grupo em detrimento dos seus padrões culturais. Isto tem como consequência directa a subjugação do grupo minoritário ao grupo maioritário com a respectiva perda de identidade.

Integração – Pressupõe a manutenção parcial da identidade cultural do grupo étnico com uma participação mais ou menos activa no seio da nova sociedade.

Separação – Verifica-se quando o indivíduo, numa tentativa de preservar a sua identidade cultural, rejeita estabelecer qualquer relação com a comunidade dominante. No caso de ser a comunidade dominante a obrigar o indivíduo ou grupo minoritário a manter as suas características culturais, impedindo as relações entre ambos, fala-se de segregação. A diferença entre separação e segregação

consiste no poder e no desejo que a comunidade não-dominante tem de decidir a sua orientação.

Marginalização – Verifica-se quando o grupo minoritário perdeu a sua identidade cultural, devido geralmente a políticas assimilacionistas, e é impedido de participar na vida social e no funcionamento das instituições do grupo dominante, devido a práticas discriminatórias. Esta situação é acompanhada frequentemente de stress e desorganização mental.

Este modelo deve ser encarado como um modelo ideal porque, apesar de se basear em respostas a questões concretas, estes quatro protótipos não são susceptíveis de se encontrar em forma pura em nenhuma situação de contacto intercultural.

Devido à complexidade do processo de aculturação, Birman (1998) considera ser necessário um modelo baseado numa perspectiva ecológica-sistémica, que ultrapasse os paradigmas dicotómicos de anteriores modelos, pelo que propõe o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Este modelo, segundo aquele autor, *permite “compreender a complexidade do processo dinâmico e interactivo que se estabelece entre o imigrante e a sociedade de acolhimento, ou seja, as mudanças e relações que se estabelecem entre os dois grupos”* (Ramos, 2006:338).

Nos modelos de aculturação atrás referidos, os grupos, sejam eles maioritários ou minoritários, desempenham um papel importante, mas existem também variações interindividuais. Por exemplo, num grupo de imigrantes podemos encontrar indivíduos que preferem a assimilação, enquanto que outros optam pela integração ou pela separação, podendo provocar eventuais conflitos, entre os indivíduos que estão sob o processo de aculturação.

Ramos (2004) expressa ainda que a adaptação individual está relacionada com múltiplos factores individuais e colectivos, os quais poderão facilitar ou dificultar a integração do imigrante na sociedade de acolhimento.

A integração, sendo a

“(...) capacidade de confrontar e de mudar numa posição de igualdade e de participação – valores, normas, modelos de comportamento – tanto da parte do migrante como da sociedade de acolhimento”,

como refere Perotti in Clanet (1990) citado por Ramos (2004:259), de acordo com esta autora e com as investigações de Phinney *et al* (2001), é o modo de aculturação mais desejável, pois é o mais adaptativo e o que promove maior satisfação e bem-estar aos imigrantes.

A integração é pois um

“processo de adaptação mútua de dois segmentos socioculturais mediante o qual a minoria se incorpora na sociedade receptora em igualdade de condições, direitos, obrigações e oportunidades com os cidadãos autóctones (...) implicando trocas recíprocas, não só para o membro ou / do exogrupo como também para o membro ou / do endogrupo”, definição que Seabra (2005:31) apresenta baseando-se

em outros autores como Gimenez (1993), Rocha-Trindade (1995), Desmet (1998) ou Ramos (1993, 2003, 2004).

Para concluir, citamos Ramos (2004:259), ao referir que o processo de aculturação *“acompanha-se de mudanças culturais diversas, espaciais e temporais e provoca a perda, a aquisição, a transformação, a substituição e a reinterpretção de traços culturais dos grupos em pertença”*.

A integração do imigrante no país de acolhimento será então influenciada, não só pelas políticas de integração existentes, pelo dinamismo e abertura implementados, mas também devido a um conjunto de factores relativos ao próprio indivíduo. Esses factores individuais podem passar pelas condições materiais, pelas estratégias de adaptação e pelas suas características psicológicas, levando-o a adoptar mudanças em si próprio e promovendo a sua aculturação psicológica.

3. ACULTURAÇÃO PSICOLÓGICA

O conceito de aculturação estendeu-se à dimensão psicológica do indivíduo, e Graves (1967) utilizou o termo para se referir às *“mudanças que um indivíduo*

experiencia em resultado de estar em contacto com outras culturas e de participar no processo de aculturação por que passa o seu grupo cultural ou étnico” (Neto, 2002:246), sendo o modo e a intensidade de participação nas mudanças colectivas do seu grupo variável de indivíduo para indivíduo.

As mudanças que o indivíduo em aculturação sofre manifestam-se a nível da identidade, valores, comportamento e atitudes, os quais poderão ser traumatizantes e levá-lo *“a atravessar várias crises de identidade com reajustamentos sucessivos ao nível psíquico (...)”*, como expressa Erikson (1988) citado por Ramos (2004:257).

Para Ramos (1993,2004,2006) e Neto (1993; 2002) essas mudanças poderão ser de carácter físico (um novo alojamento, um novo ambiente físico urbano), de carácter biológico (nova alimentação, novas doenças), de carácter político (perda de autonomia), de carácter económico (a passagem de formas de emprego tradicional para novas formas), de carácter cultural (a língua, a religião, a educação), de carácter social (novas relações interindividuais e intergrupais) e psicológicas.

Enfim, os indivíduos mudam influenciados, quer pelos contactos com outra cultura quer pela participação nas mudanças decorrentes da aculturação que ocorrem na sua própria cultura.

O imigrante será, como tal, um duplo agente no processo de aculturação, simultaneamente “dador” e “receptor” de cultura, situação que se não for devidamente gerida pode ser fonte de stress, o stress de aculturação.

4. STRESS DE ACULTURAÇÃO

O stress é um estado de pressão e exigência sobre as pessoas, e foi definido por Lazares e Folkman (1984) como *“(...) uma relação particular entre o individuo e o ambiente, a qual é avaliada e considerada pelo individuo como algo que sobrecarrega ou ultrapassa os seus recursos e prejudica o seu bem-estar”* (Ramos, 2004:267).

A mesma autora faz referência às teorias de Lazarus et al (1984) e de Seligman et al (1975, 1987), as quais têm por base a ideia de que o stress ocorre sempre que os sujeitos avaliam os acontecimentos como potencialmente prejudiciais, ou quando percebem como insuficientes os seus recursos pessoais ou sociais para enfrentar ou impedir um acontecimento adverso.

Uma pessoa estará em stress, segundo Serra (1999:18), “(...) *quando sente que o grau de exigência que dada circunstância lhe cria é superior à sua capacidade de resposta (...)*”.

Contudo, o stress não é necessariamente negativo, já que pode estimular e motivar o funcionamento psicológico do indivíduo.

O stress é prejudicial quando é causador de distúrbios patológicos, como sucede no caso do stress de aculturação.

O stress de aculturação, como salienta Neto (2002:251),

“(...) é uma forma de stress cuja origem está no próprio processo de aculturação, manifestando-se por problemas de saúde mental (confusão, depressão, angústia, solidão, etc), sentimentos de marginalidade e de alienação, aumento de sintomas psicossomáticos e dificuldades identificatórias. Por consequência, o stress de aculturação acarreta uma redução na saúde dos indivíduos e pode incluir aspectos físicos, psicológicos e sociais.”

Ogden (1999) acrescenta ainda que o stress é o causador de inúmeras mudanças psicofisiológicas e fisiológicas que condicionam a saúde, como expressa Ramos (2004:274):

- *“mudanças em factores psicológicos, como o aumento do medo, ansiedade, cólera e diminuição das capacidades cognitivas;*
- *aumento de factores físicos, nomeadamente a tensão arterial, o ritmo cardíaco, e o potencial muscular;*
- *excitação do sistema simpático e aumento de hormonas de stresse como as catecolaminas e corticosteróides”.*

Para fazer face às exigências do meio ambiente e/ou a situações de agressão, o indivíduo terá de se valer não só dos recursos pessoais (recursos

psicológicos, capacidade de resolução de problemas, competências sociais, nível de saúde), dos recursos do ambiente (recursos materiais, económicos e suporte social) mas também das estratégias de *coping*.

Para Folkman *et al* (1986), *coping* consiste nos

“(...) esforços cognitivos e comportamentais de um indivíduo para gerir (reduzir, minimizar, controlar ou tolerar) as exigências internas e externas de interacção entre o indivíduo e o ambiente, as quais são avaliadas como excessivas ou ultrapassando os recursos do indivíduo” (Ramos, 2004:269).

No processo de adaptação, um dos mecanismos de que o indivíduo se poderá fazer valer, é a resiliência. Ramos (2004:133) define-a como

“(...) a capacidade do indivíduo para resistir, adoptar um funcionamento positivo ou competência face a uma situação de adversidade, face a riscos e a ameaças externas e internas, para ultrapassar de modo favorável um acontecimento negativo ou, ainda, a capacidade de reconstrução na sequência de uma experiência traumática”.

Sendo um processo dinâmico, adaptativo e evolutivo, a resiliência permite que o indivíduo obtenha um equilíbrio entre os elementos adversos circundantes ao longo do seu desenvolvimento e os factores de protecção internos (recursos cognitivos, personalidade, auto-estima) e externos (família alargada, suporte comunitário e redes sociais).

Na opinião de Serra (1999:28), o nível de apoio social a que o indivíduo tem acesso é inversamente proporcional à intensidade do stress sentido. Pelo que Eckenrode e Gore (1981), consideram que esse apoio funciona *“(...) como uma variável atenuante e preventiva do stresse (...) e é um importante protector de saúde”*, como refere Ramos (2006:342).

Apoio social é definido por Ogden (1999) e citado por Sousa (2003:43) como o *“...consolo, cuidados, estima ou ajuda que um indivíduo sente estar a receber de outros...”*. Podendo ser de carácter formal (serviços sociais, hospitalares,

educativos, administrativos) ou informal (familiares, amigos, vizinhos, os grupos sociais) (Ramos 2004).

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

Singer et Lord (1984) abordaram quatro dimensões acerca dos efeitos do apoio social na saúde, como nos mostra Ramos (2004:272):

- *“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”.*

A mesma autora ilustra as suas afirmações recorrendo aos estudos efectuados por Schwarzer *et al* (1994), os quais relacionaram apoio social e doença, concluindo que o stress (neste estudo, o agente stressor era o desemprego) estava relacionado com o estado de saúde-doença, e que esta relação era mediada pelo apoio social.

Os resultados mostraram que o índice de doença era superior nos desempregados com baixo apoio social, actuando o apoio social como mediador entre desemprego e saúde. Mostraram ainda que o apoio social estava relacionado com a situação de emprego, uma vez que os indivíduos empregados recebem apoio social dos colegas de trabalho.

Também os acontecimentos significativos de vida, sejam eles positivos ou negativos (como o casamento, a viuvez, o divórcio, a gravidez, as mudanças de meio, o emprego/desemprego, entre outros), podem provocar stress e aumentar o risco de doença, uma vez que, segundo Ramos (2004:270), *“(…) obrigam, muitas vezes, a uma modificação de hábitos, de relações sociais, de padrões de actividade, a alterações no estilo de vida”.*

Segundo ainda a mesma autora, e tendo por base estudos feitos (Dohrenwend, 1973; Myers et al 1974), os acontecimentos de vida geradores de stress estão muito mais presentes em classes sócio-económicas mais baixas.

Também os migrantes e minorias, devido à precariedade das suas condições de vida e de trabalho, aos conflitos étnicos, à discriminação e isolamento social, têm mais fontes de stress e possuem menos recursos para lhe fazer frente.

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

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

Neto (1993), referenciado por Sousa (2003:45) identifica:

- a natureza da sociedade dominante – se possui características pluriculturais ou monoculturais, isto é, se está aberta ou não a novas culturas;
- os atributos do grupo em aculturação – se são imigrantes ou refugiados, sendo o nível de stress superior nos refugiados;
- a forma como o processo de aculturação se efectua – num extremo encontra-se a integração, que é o modo de aculturação onde o nível de stress é menos elevado, e no extremo oposto situa-se a marginalização, geradora de níveis elevados de stress. Como situações intermédias desendadeadoras de stress estão a assimilação e a separação;
- as características demográficas e sociais do indivíduo – a idade, o género, o apoio social;
- as características psicológicas do indivíduo – as atitudes, os valores, a identidade, as estratégias de *coping*.

A aculturação é sinónimo de transformações culturais, transformações empreendidas entre grupos culturais diferentes. A esses grupos fica reservada

a função de as implementar, reciprocamente, promovendo desse modo uma sociedade multicultural, com benefícios para todos.

CAPITULO 4 – DIVERSIDADE CULTURAL, MIGRAÇÕES E SAÚDE



Fotografia 4 – Mulher artesã guatemalteca, Antigua, Guatemala, 2004

“A terra nativa lá continua a acenar,
mas a alma ia-se dividindo, repartida entre o passado e o presente (...)
O novo mundo era agora uma nova pátria embutida nos sentidos”.

M. Torga, (2001:132) In Ramos (2004:239)

1. PORTUGAL: PAÍS DE IMIGRAÇÃO

Portugal, país tradicionalmente de emigração, desde a época dos descobrimentos e expansão marítima, apresenta hoje uma nova realidade social e multicultural, devido à entrada de gentes provenientes das mais diversas partes do globo, e portadoras de diferentes aptidões linguísticas, afiliações religiosas e pertenças culturais.

Portugal tornou-se, portanto, num país de destino, acumulando, há largos anos, o duplo papel de país de emigração/imigração (Ramos, 1993, 2004).

A existência de diferentes grupos étnicos no actual território português, se fizermos uma breve retrospectiva histórica, é anterior à Era Cristã. Aqui residiram *Iberos*, *Lusitanos* e *Fenícios*, juntando-se também os *Romanos* após a invasão deste Império. Pelo norte do território, com as invasões bárbaras, vieram os *Celtas* e *Visigodos*, enquanto que pelo sul se juntaram os *Mouros*, que aqui permaneceram muito para além da reconquista iniciada com Afonso Henriques.

Também a partir do século VI se encontram os primeiros vestígios da presença de *Judeus*.

De igual modo, sabe-se que as *comunidades ciganas* iniciaram a sua deslocação para Portugal há cerca de quinhentos anos, tendo a sua presença aumentado ao longo dos tempos, constituindo, actualmente, uma importante minoria étnica em território português.

Desde o século XVI que se observou um significativo contingente de africanos em território nacional, sobretudo em Lisboa, devido ao tráfico de *escravos negros* efectuado pelos navegadores e viajantes portugueses. No entanto, a sua presença viria gradualmente a esbater-se devido à abolição da escravatura no final do século XVIII e à sua miscigenação com a população portuguesa.

Alguns contingentes populacionais oriundos de países da Europa Ocidental vieram para Portugal no século XIX, sendo principalmente provenientes de Espanha, da Grã-Bretanha, Alemanha e França, e ainda do Continente Americano, predominantemente do Brasil. Eram profissionais ligados a actividades da economia nacional, tais como a comercialização do Vinho do Porto e a exploração mineira. Faziam ainda parte, deste contingente aqueles que escolheram Portugal para residir, pelo seu clima e perspectiva de um melhor nível de vida.

Já no século XX, e sobretudo, a partir dos anos sessenta, com a ocupação do então denominado Estado da Índia (Goa, Damão e Diu), o fenómeno migratório ganhou uma nova expressão, segundo Rocha-Trindade (1995), contribuindo para um aumento relevante de pessoas em Portugal continental e Moçambique, em busca de um novo recomeço. Simultaneamente, iniciavam-se as guerras de libertação das antigas colónias ultramarinas, com a conseqüente chegada de fluxos migratórios significativos, principalmente de jovens africanos cuja formação académica era incentivada por Portugal.

Ainda nos anos sessenta, a fim de colmatar a falta de mão-de-obra existente em Portugal, devida não só, à forte emigração vivenciada pela crise económica instaurada, mas também pelos milhares de militares que se encontravam a cumprir o serviço militar nas antigas colónias, foi determinado o recrutamento de mão-de-obra africana, nomeadamente Cabo-verdianos. Carreira (1977), referenciada por Rocha-Trindade (1995:198), comenta este facto:

“Em Portugal essa onda de trabalhadores sem qualificação profissional veio substituir os metropolitanos fugidos da sua terra com destino aos países ricos da Europa onde foram executar as tarefas duras e menos desejadas, que os seus nacionais recusaram. (...) Deu-se apenas uma mera substituição nos mercados de trabalho: o metropolitano deu lugar ao cabo-verdiano.”

Este facto faz dos Cabo-verdianos a mais antiga comunidade de imigrantes em Portugal.

Após o 25 de Abril de 1974, com a mudança do regime político, o fim da guerra no Ultramar e o rápido processo de descolonização (assim como a guerra civil

que se instaurou em dois dos novos países independentes de África – Angola e Moçambique) deu origem a que uma grande vaga de pessoas, os chamados “retornados” e imigrantes africanos, procurassem Portugal como “porto seguro”. Esta situação continuou a aumentar devido ao agravamento da instabilidade política, económica e social que assolava aqueles territórios. Como refere Rocha-Trindade (1995:200),

“(...)a fome e o medo têm afugentado milhares de pessoas do seu lugar de origem, as quais, dada a afinidade resultante de séculos de história e língua veicular comum, têm procurado em Portugal estabilidade e condições mínimas de sobrevivência”.

A corrente imigratória intensificou-se com a adesão de Portugal à CEE em 1986. Tendo a economia portuguesa entrado em processo de crescimento e de reestruturação, Portugal torna-se um país mais favorável à imigração, oferecendo melhores condições de vida aos potenciais imigrantes de países do espaço europeu e sobretudo da Europa de Leste e de países extra-europeus, como a África, a Ásia e a América Latina.

Como aponta Ramos (2004:246),

“Nas décadas de 80 e 90, a evolução da imigração em Portugal caracterizou-se por um aumento da população de origem estrangeira, por uma consolidação da imigração africana, por um aumento da imigração europeia, brasileira e venezuelana e com a emergência da imigração indiana, chinesa e da Europa de Leste”.

O número de estrangeiros em território nacional tem aumentado significativamente durante os últimos anos, contudo, é impossível conhecer com precisão o seu valor absoluto, dado ser difícil contabilizar a elevada parcela de imigrantes ilegais. Os números fornecidos pelo SEF no que diz respeito aos imigrantes legais, referenciado por Ramos (2004:247) confirma o referido aumento:

1975 – 31.983

1980 – 50.750

1985 – 79.594

1990 – 107.767

1995 – 168.316

2000 – 223.602

2003 – 434.548

A população de nacionalidade estrangeira a residir em Portugal, em 2001, de acordo com o último censo (2001) era de 232 695 indivíduos, equivalendo a 2,2% da população a residir no país²⁴. No entanto, a representatividade dos cidadãos estrangeiros em Portugal aumentou significativamente nos últimos anos com as vagas imigratórias, principalmente do Leste Europeu e do Brasil. Em 2002, segundo os dados do SEF, os estrangeiros em situação regularizada em Portugal ultrapassavam os 400 mil indivíduos, o que equivalia a mais de 4% da população residente em Portugal, e a 5,3% da população activa²⁵.

A análise do quadro 1²⁶ permite-nos visualizar a população imigrante em território português entre 2001 e 2004, com autorização de permanência (AP) e autorização de residência (AR), respectivamente:

²⁴ Rosa (2003:35) in <http://www.oi.acime.gov.pt/docs/pdf/estudoOIdemografia.pdf>

²⁵ Ibidem (2003:17).

²⁶ in http://www.acime.gov.pt/docs/GEE/Estatisticas_GEE_2005.pdf em 16 /10/2007

Quadro 1 – Nº de imigrantes em Portugal por nacionalidade (AR+AP)

Nacionalidades	AP (2001-2004)	AR 2004
EUROPA	101106	83859
União Europeia	0	74542
Federação Russa	7053	1158
República Moldava	12647	1042
Roménia	10944	1211
Ucrânia	64730	1497
ÁFRICA	29808	123093
Angola	8562	26702
Cabo Verde	8574	55590
Guiné Bissau	4323	20825
Moçambique	461	5010
São Tomé e Príncipe	2555	7928
AMÉRICA	39054	45161
Brasil	37951	28956
Canadá	30	1863
EUA	63	7998
ÁSIA	13724	12410
China	3913	5605
Índia	3389	1699
Paquistão	2854	1358
OCEÂNIA	19	553
APÁTRIDAS	39	273
DESCONHECIDOS	83	12
Total	183833	265361

Fonte: SEF

Como se pode constatar, em 2004 a maioria dos imigrantes legalizados em Portugal era de origem africana, destacando-se os que provêm dos PALOP.

Destes, em primeiro lugar encontram-se os Cabo-verdianos, seguidos dos Angolanos, e em terceiro lugar os Santomenses.

De entre os restantes grupos mais numerosos, destacam-se os imigrantes provenientes do Leste Europeu, sobretudo os ucranianos, e os brasileiros.

O êxodo brasileiro verificado nos últimos anos, segundo Rocha-Trindade (1995), deve-se, entre outras razões, à instabilidade política e inflação no Brasil, à aplicação da Convenção sobre a Igualdade de Direitos e Deveres entre Brasileiros e Portugueses datada de 1971 e à afinidade cultural, nomeadamente a unidade linguística existente entre estes dois países.

Quanto à imigração oriunda do Leste Europeu, Anes (2006), referenciando Seabra (2005) e Soares (2003), considera dever-se à grave crise económico-social que se instalou com as transformações políticas ocorridas após o desmoronamento da ex-URSS e de todo o Bloco Soviético. Esta comunidade partiu então em busca de melhores condições de vida, sendo Portugal um destino de eleição, já que é considerado por aquela comunidade um país com necessidade de mão-de-obra onde se ganha bem e a legalização é rápida.

É inegável, portanto, a predominância dos imigrantes não-comunitários face aos imigrantes comunitários, tendo os primeiros sofrido uma variação positiva de 148,5%, enquanto os segundos apenas revelaram um acréscimo de 31,1%, como se pode observar no quadro 2²⁷:

²⁷ in http://www.acime.gov.pt/docs/GEE/Estatisticas_GEE_2005.pdf em 16 /10/2007

Quadro 2 – Total de imigrantes não-comunitários e cidadãos estrangeiros da União Europeia entre 2000-2004

	2000 (1)	2004 (2)	Variação % 2000/2004
Imigrantes não comunitários	150.748	374.652	148,5%
Cidadãos de Estados EU	56.859	74.542	31,1%
Total Absoluto	207.607	449.194	116,4%

Fonte: SEF

Legenda: (1) = AR; (2) = AR + AP

A distribuição dos imigrantes no território nacional não é homogénea, sendo notória a sua elevada concentração nos grandes centros urbanos, destacando-se, em primeiro lugar Lisboa, com 45,0% dos imigrantes, seguindo-se Faro com 13,3%, Setúbal com 9,4%, e em quarto lugar, com 7,2% dos imigrantes, encontra-se o Porto, como se pode observar no quadro 3²⁸:

²⁸ in http://www.acime.gov.pt/docs/GEE/Estatisticas_GEE_2005.pdf em 16 /10/2007

Quadro 3 – Nº de imigrantes em Portugal por Distrito (AR+AP)

Distritos	AP (2001-2004)	AR 2004	Total	%
Viana do Castelo	852	2.107	2.959	0,7
Vila Real	972	871	1.843	0,4
Bragança	722	580	1.302	0,3
Braga	5.652	4.272	9.924	2,2
Porto	17.058	15.256	32.314	7,2
Aveiro	7.234	9.240	16.474	3,7
Viseu	3.404	1.911	5.315	1,2
Coimbra	6.087	7.978	14.065	3,1
Guarda	1.291	1.094	2.385	0,5
Castelo Branco	1.736	992	2.728	0,6
Portalegre	2.423	1.075	3.498	0,8
Leiria	8.883	3.882	12.765	2,8
Lisboa	62.992	139.038	202.030	45,0
Santarém	14.727	2.493	17.220	3,8
Setúbal	13.176	29.104	42.280	9,4
Évora	3.957	1.343	5.300	1,2
Beja	2.965	1.499	4.464	1,0
Faro	23.840	35.928	59.768	13,3
Madeira	3.813	3.767	7.580	1,7
Açores	2.049	2.931	4.980	1,1
Total	183.833	265.361	449.194	100

Fonte: SEF

Os imigrantes tendem, portanto, a fixar-se nas grandes áreas urbanas e no litoral, atraídos pela maior oferta de trabalho. Depois, como consequência natural, aos primeiros imigrantes juntam-se familiares, compatriotas e amigos, transformando as áreas urbanas em regiões marcadamente multiculturais (Ramos, 2004; Rocha-Trindade, 1995).

Quanto à sua fixação, Ramos (2004:248) afirma que os

“(...) migrantes tendem a concentrar-se por origem étnica, muitas vezes em bairros ilegais e zonas degradadas, sem condições de habitabilidade e higiene, partilhando idênticas condições de vida e factores de precariedade e exclusão social. A homogeneidade das populações que residem em bairros e/ou habitações degradadas, em termos de escolarização, rendimento e muitas vezes origem étnica, a concentração de populações que vivem em condições sócio-económicas precárias, é um elemento que agrava as dificuldades de integração na sociedade, que pode conduzir a situações de “gueto” e a sentimentos de intolerância e discriminação da população autóctone”.

A população imigrante tem contribuído para o desenvolvimento e crescimento sócio-económico do país, já que a maioria se encontra em idade activa, sendo por isso também responsável pelo rejuvenescimento da população residente em Portugal.

Vejam-se os quadros 4 e 5, onde se pode observar o que atrás foi dito²⁹:

²⁹ in http://www.acime.gov.pt/docs/GEE/Estatisticas_GEE_2005.pdf em 16 /10/2007

Quadro 4 – Idade Média dos estrangeiros em 2001 por nacionalidade

Nacionalidade	Idade Média
França	26,8
Angola	28,5
São Tomé e Príncipe	29,6
Guiné-Bissau	29,8
Roménia	30,3
China	30,5
Brasil	31,2
Total Estrangeiros	32,3
Moldávia	32,9
Rússia	33,8
Ucrânia	34,2
Cabo Verde	34,4
Alemanha	38,4
Espanha	41
Reino Unido	45,3

Fonte: Recenseamento Geral da População de 2001

Quadro 5 – População activa segundo o escalão etário, em 2001

Escalões Etários	Portugal		Estrangeiros	
	N	%	N	%
15-19	179642	3,8	7581	3,8
20-24	513341	10,7	29664	14,7
25-29	677126	14,1	43467	21,6
30-34	638528	13,3	37308	18,5
35-39	639416	13,4	29371	14,6
40-44	590580	12,3	21918	10,9
45-49	532481	11,1	14612	7,2
50-54	446543	9,3	8290	4,1
55-59	301274	6,3	5044	2,5
60-64	181077	3,8	2753	1,4
65 +	88553	1,8	1639	0,8
Total	4788561	100	201647	100

Fonte: Censos 2001

Ao analisarmos os quadros 4 e 5 constatamos que a média de idades da população estrangeira em 2001 era de 32,3, estando essa população em plena idade activa. É, ainda, de salientar que na faixa etária entre os 20 e os 39 anos a representatividade da população imigrante é, inclusive, superior à da população autóctone.

Os imigrantes cuja média de idades se distancia ligeiramente desta média são os provenientes de Espanha e do Reino Unido, com 41 e 45,3, respectivamente, logo seguidos dos alemães com 38,4 anos. Soares (2003) tenta explicar este aspecto caracterizando este grupo de estrangeiros:

“...indivíduos de elevado estatuto sócio-económico oriundos de alguns países europeus (Reino Unido, França e Alemanha), com actividades ligadas a certos sectores da economia nacional (...), que se tinham refugiado ou escolhido o país como local de residência devido ao seu clima ameno...” (Anes, 2006:106).

Em contraste com este grupo, temos os imigrantes provenientes dos PALOP, consideravelmente mais jovens do que a média total dos estrangeiros. Os cabo-verdianos revelam-se uma exceção.

Quanto à relação entre homens e mulheres imigrantes, ela é favorável ao sexo masculino. Essa relação é notória na comunidade africana, à exceção do grupo oriundo de São Tomé e Príncipe, em que as mulheres apresentam uma ligeira superioridade numérica.

Essa predominância do sexo masculino tem, contudo, vindo a esbater-se, principalmente nos indivíduos provenientes do Brasil e do Leste Europeu, nomeadamente, Federação Russa e Ucrânia. Para este grupo, a justificação apontada por Soares (2003) é o “(...) reagrupamento familiar e, caracteriza as mulheres como sendo jovens, em busca de um futuro melhor para os seus filhos aquando do regresso ao seu país de origem” (Anes, 2006:105).

O quadro 6³⁰ ilustra a realidade atrás descrita:

³⁰ in http://www.acime.gov.pt/docs/GEE/Estatisticas_GEE_2005.pdf em 16 /10/

Quadro 6 – Imigrantes com Autorização de Residência por sexo em 2004

Nacionalidade	Homens	Mulheres	Total
EUROPA	44.016	39.843	83859
União Europeia	39.247	35.295	74542
Federação Russa	411	747	1158
República Moldava	637	405	1042
Roménia	648	563	1.211
Ucrânia	656	841	1.497
ÁFRICA	70.259	52.834	123.093
Angola	14.597	12.105	26.702
Cabo Verde	31.096	24.494	55.590
Guiné Bissau	13.821	7.004	20.825
Moçambique	2.670	2.340	5.010
São Tomé e Príncipe	3.800	4.128	7.928
AMÉRICA	22.654	22.507	45.161
Brasil	13.815	15.141	28.956
Canadá	1.130	733	1.863
EUA	4.526	3.472	7.998
ÁSIA	6.996	5.414	12.410
China	2.998	2.311	5.306
Índia	885	814	1.699
Paquistão	919	439	1.358
OCEANIA	301	252	553
APÁTRIDAS	152	121	273
DESCONHECIDOS	5	7	12
Total	144.383	120.978	265.361

Fonte: SEF

No que diz respeito à qualificação académica e estatuto sócio-económico-profissional, há diferenças significativas entre os diversos grupos de imigrantes de acordo com a sua origem, como podemos observar nos quadros 7 e 8³¹:

Quadro 7 – Distribuição percentual de imigrantes por nível de qualificação académica em 2001

Nacionalidades	Não sabe ler nem escrever	Sabe ler e escrever sem possuir qualquer grau	Ensino Básico	Ensino Secundário e/ou Médio	Ensino Superior
EUROPA	6,2	6,2	37,4	26,1	24,0
União Europeia	7,0	6,8	38,3	24,5	23,4
Federação Russa	3,7	3,9	29,0	27,0	36,3
República Moldava	2,3	2,2	33,5	33,9	28,0
Roménia	3,6	3,0	39,1	38,2	16,0
Ucrânia	3,0	3,0	36,2	30,6	27,3
ÁFRICA	12,6	11,2	58,8	13,8	3,7
Angola	8,2	9,7	60,4	17,8	3,9
Cabo Verde	19,5	13,4	58,5	7,1	1,4
Guiné Bissau	12,0	12,6	56,3	14,4	4,7
Moçambique	5,7	5,1	61,3	21,5	6,4
São Tomé e Príncipe	10,1	11,1	61,9	12,6	4,3
AMÉRICA	5,8	6,7	48,1	25,0	14,3
Brasil	6,0	6,4	46,9	26,7	14,0
Canadá	6,8	11,8	50,9	20,2	10,2
EUA	8,4	9,5	39,8	20,8	21,5
ÁSIA	11,2	10,4	45,1	21,8	11,4
China	12,5	14,5	48,7	19,4	4,9
Índia	11,5	9,0	48,3	22,3	8,8
Paquistão	14,2	9,7	49,4	19,6	7,2
OCEÂNIA	5,3	7,8	45,5	20,8	20,6
APÁTRIDAS	38,4	14,3	34,1	9,5	3,6
Total	9,3	8,7	49,4	20,1	12,5

Fonte: Recenseamento Geral da População 2001 – INE

³¹ in http://www.acime.gov.pt/docs/GEE/Estatisticas_GEE_2005.pdf em 16 /10/2007

Quadro 8 – Distribuição da população estrangeira por grupos sócio-económicos

Nacionalidades	Empresários e pequenos patrões	Indepentes	Dirigentes e quadros superiores	Quadros intelectuais e científicos	Quadros Intermedios	Empregados do Comércio e Serviços	Operários qualificados e semi-qualificados	Operários não qualificados	Outros Activos	Total de activos	Inactivos	Total
EUROPA	4097	2334	1868	4614	2779	5388	12619	8508	1157	43364	29257	72621
União Europeia	3553	2105	1740	3899	2246	4097	4032	2083	575	24330	25832	50162
Federação Russa	72	31	15	168	92	175	594	550	53	1750	339	2089
República Moldava	72	16	7	57	44	136	1569	906	52	2859	125	2984
Roménia	100	49	14	61	47	191	1140	754	56	2412	249	2661
Ucrânia	145	33	32	253	206	625	4886	3868	377	10425	368	10793
ÁFRICA	4106	2191	572	1686	2211	9260	23136	19510	2426	65098	38173	103271
Angola	1406	650	214	630	998	4019	7635	5810	1101	22463	14550	37014
Cabo Verde	1295	724	103	239	327	2297	7702	8179	531	21397	11748	33145
Guiné Bissau	630	284	112	338	314	1085	4780	2475	372	10390	5434	15824
Moçambique	258	162	61	162	204	783	649	659	143	3081	1604	4685
São Tomé e Príncipe	295	141	26	208	190	747	1468	1830	166	5071	3446	8517
AMÉRICA	3824	1301	879	2323	2474	5973	6754	4776	767	29071	15263	44334
Brasil	3004	860	602	1643	1900	4753	5555	4105	555	22977	8892	31869
Canadá	138	61	43	79	78	204	163	90	30	886	1066	1952
EUA	146	105	72	302	127	206	126	94	67	1245	2224	3469
ÁSIA	801	295	116	153	109	1192	778	826	64	4334	1718	6052
China	575	78	34	25	20	792	27	55	15	1621	555	2176
Índia	83	72	15	33	24	162	322	397	20	1128	443	1571
OCEÂNIA	37	16	12	33	21	56	27	10	3	215	222	437
Total	12900	6161	3453	8819	7613	21912	43428	33716	4440	142442	85348	227790

Fonte: Recenseamento Geral da População – 2001

De uma maneira geral, podemos afirmar que os imigrantes provenientes da Europa e da América são aqueles que detêm qualificações académicas mais elevadas. A comunidade Africana por seu turno é a que apresenta maior percentagem de indivíduos iletrados ou sem qualquer grau académico, apesar de alguns saberem ler e escrever.

Quanto ao estatuto sócio-económico-profissional dos imigrantes europeus, Rocha-Trindade (1995:202), refere que, de um modo geral, são jovens e apresentam “(...) *elevado grau de instrução, exercendo profissões qualificadas ligadas à ciência, à tecnologia e à gestão. Ocupam habitualmente cargos superiores que possibilitam uma mobilidade profissional e social ascendente*”. Existe ainda um elevado número de indivíduos com mais de 55 anos, na sua maioria aposentados.

No que diz respeito aos imigrantes provenientes das ex-colónias portuguesas, são maioritariamente jovens, estando o sexo masculino mais representado e, apesar da percentagem de solteiros ser bastante elevada, a maioria constituiu o seu agregado familiar através do casamento ou da união-de-facto, com famílias, geralmente, numerosas.

Apresentam, além de fracas habilitações literárias, dificuldades linguísticas, o que lhes dificulta a adaptação e integração sócio-profissional, fazendo com que sejam colocados em sectores onde é mais precária e instável a relação salarial, onde o nível de remuneração global é mais reduzido, e onde a clandestinidade imigratória, sem qualquer sistema de protecção social, é superior. Rocha-Trindade (1995:201) acrescenta ainda que

“Á excepção dos originários da Índia ligados, sobretudo, ao pequeno comércio, ambulante ou não, os homens trabalham predominantemente por conta de outrem, na construção civil e obras públicas e nos serviços, dedicando-se as mulheres basicamente aos serviços domésticos e ao comércio”.

Estes imigrantes, dada a sua precariedade social, tornam-se

“(...) particularmente vulneráveis aos empresários, que se aproveitam dessa fragilidade para os explorar, ameaçando denunciá-los ao SEF, mantendo-os nesses empregos em condições bastante adversas e

negando-lhes os contratos de trabalho de que necessitam para regularizarem a sua situação” (Anes, 2006:113).

Portugal, que até há bem pouco tempo não possuía legislação especificamente direccionada aos imigrantes e minorias étnicas a residir em território nacional, viu-se forçado a tomar novas medidas, devido a uma série de factores, que Rocha-Trindade (1995:206) destaca:

- *”A radicação de comunidades imigrantes e o aumento do respectivo peso demográfico;*
- *A visibilidade social do fenómeno imigratório e a percepção política das consequências que, em termos de estabilidade social, podem advir das condições sócio-económicas em que vivem muitos imigrantes;*
- *O aparecimento de formas organizadas de promoção da defesa dos direitos das populações imigradas junto do governo e da sociedade civil, protagonizadas essencialmente por associações de imigrantes, partidos políticos e organizações não governamentais;*
- *Uma prolongada crise económica, o conseqüente aumento do desemprego e a crescente fragilidade do sistema de segurança social”.*

Portugal, apesar de não apresentar ainda uma política claramente definida que resolva o problema da imigração clandestina, e que regularize os fluxos migratórios e de integração dos imigrantes legalizados, procura na nova Lei da imigração, dar resposta a essas questões, através

“(…) da realização de estudos anuais, sobre as oportunidades de trabalho no país e os sectores de actividade em que elas existem. (...) É com base nesses pareceres elaborados pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional, e ouvidas as associações patronais e sindicais, que o governo decide quais os contingentes máximos aceitáveis, em cada ano, de trabalhadores estrangeiros por sector de actividade” (Soares, 2003, referenciado por Anes, 2006:117).

2. PROCESSO MIGRATÓRIO

O termo migração vem do latim *migrare* e significa passar de um local para outro. Para Birou (1982:254) consiste num *“Movimento de população de um local para outro, quer seja por um tempo determinado quer para uma fixação permanente”*.

Migrar constitui um modo de satisfazer aspirações daquele que parte, que vai à procura das oportunidades que a sua região de origem não tem capacidade de lhe proporcionar.

Todavia, a imagem e o estatuto social que é atribuído ao migrante depende essencialmente de quem o olha. Do ponto de vista do país de origem, é denominado emigrante, e tido como *“(...) um nacional ausente, com perda pouco significativa de direitos no país de onde provém e, talvez até, uma certa diminuição dos deveres e obrigações inerentes à sua qualidade de cidadão”* (Rocha-Trindade,1995:31).

Da perspectiva do país de acolhimento, é denominado imigrante, e considerado *“(...) um estrangeiro vindo de fora, encontrando uma sociedade que provavelmente desconhece e onde terá de inserir-se, sujeitando-se às leis que a administram”* (ibidem). Deste modo, vê perpetuada a sua condição de cidadão estrangeiro, constatando que as leis vigentes *“(...) lhe limitam os direitos e prerrogativas e não deixam, por outro lado, de lhe criar os mesmos deveres e obrigações a que os nacionais desse país estão sujeitos”* (ibidem).

Devido a esta complexidade de conceitos, organismos internacionais consagraram, por via jurídica, a designação de migrante,

“por bem corresponder à realidade social que descreve: a da existência de movimentos que, de unidireccionais, se transformam tipicamente em oscilatórios, sem distinção explícita entre origem e destino, entre quem parte e quem chega”, como expressa Rocha-Trindade (1995:33).

Camilleri (1989) considera a migração um projecto individual, baseado em decisões pessoais, sustentado por fortes motivações e abertura à mudança.

Esse projecto passa por várias fases, que Rocha-Trindade (1995:37) denomina de percurso migratório ou itinerário migratório, e define como *“(...) o conjunto de passos, acções ou situações, dados ou experimentados por um indivíduo*

migrante, com relevância para o processo em que se encontra envolvido”. Nesta definição, é de salientar o significado implícito da sua natureza sequencial cronológica, tal como a sua aplicação se processar principalmente em situações de migração internacional.

Segundo Rocha-Trindade (1995), o percurso migratório inicia-se com a intenção de partir. Esta primeira fase resulta da inter-relação de um conjunto de informações que o indivíduo foi recolhendo ao longo de um determinado período de tempo sobre o país de destino, insatisfação com a presente situação, formulação de expectativas futuras, e que provocaram nele a vontade de melhorar a sua actual situação.

A concretização da intenção de partir dá início à segunda fase, a dos preparativos de partida. Aqui executam-se os passos concretos para efectivar a partida: obtenção da documentação necessária, título de transporte, e tomada de decisões sobre aspectos relativos à sua anterior situação laboral, económica, social, emocional e familiar.

Segue-se a fase de viagem propriamente dita, a qual dependerá da localização do destino escolhido e dos recursos disponíveis.

Após a chegada ao país de destino, inicia-se a fase de primeira instalação, a qual é geralmente transitória e a sua duração depende, não só da personalidade e capacidade de adaptação do migrante, mas também das estruturas ou redes de acolhimento. Caracteriza-se pela procura de residência, por vezes apenas temporariamente, procura ou início de novo emprego, estabelecimento das primeiras relações pessoais e sociais.

Seguidamente temos a fase de inserção, na qual o migrante obtém a estabilização resultante das iniciativas levadas a cabo durante a primeira instalação, constituindo a parte principal da estadia no país de acolhimento. Associadas a esta estabilidade surgem determinadas iniciativas decorrentes da forma como o migrante está a encarar a sua situação de migração, como o reagrupamento familiar, a definição no campo laboral, o aprofundamento de laços afectivos, o domínio da língua do país de acolhimento.

A última fase deste percurso migratório pode ter dois desfechos possíveis: a fixação, com carácter permanente e geralmente formalizada com a obtenção de uma nova nacionalidade; e o regresso ao país de origem, opção tomada pelo

migrante por motivos vários, que vão desde ter atingido os objectivos inicialmente propostos, até mudanças das condições motivadoras da emigração. Contudo, para os que optam pelo regresso, pode haver necessidade de uma fase de reinserção, uma vez que, provavelmente, se terá alterado no país de origem a situação económica, política, social e cultural que o migrante conheceu antes da sua partida.

O esquema seguinte ilustra a sequência e a articulação das várias fases descritas do percurso migratório:

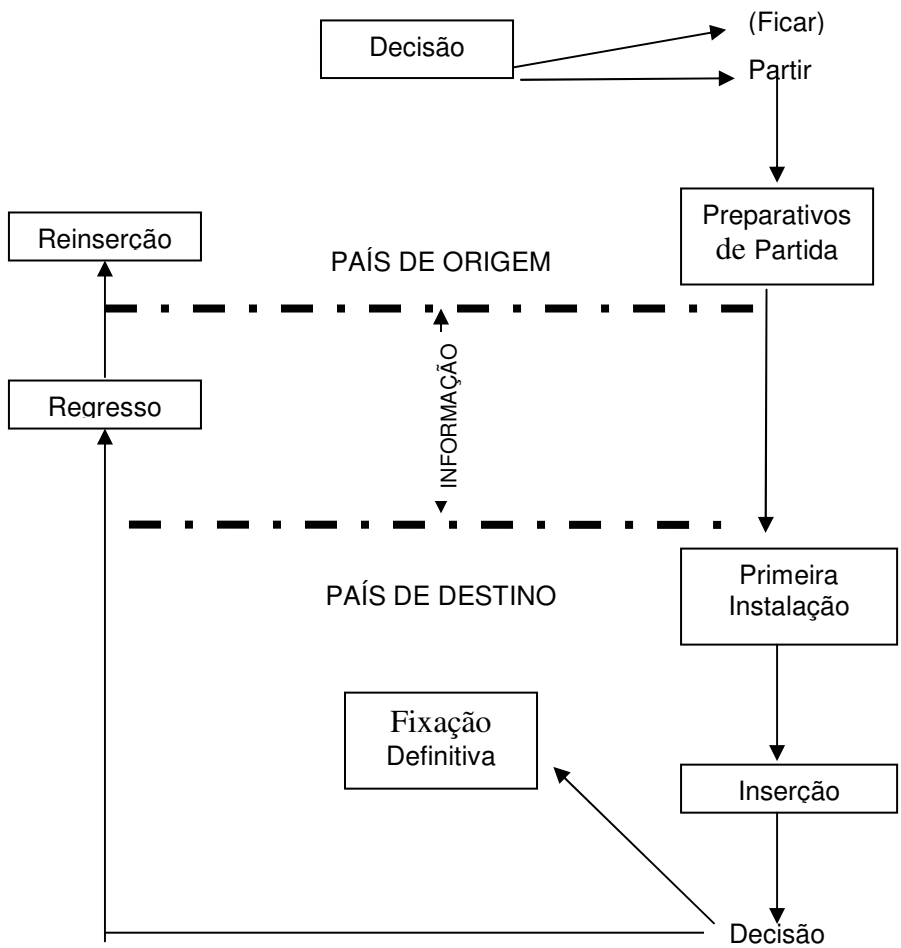


Figura 1: Percurso Migratório
 Fonte: Rocha- Trindade (1995:38)

Para Ramos (2004), o processo migratório também decorre de forma faseada, sendo três as fases que o indivíduo migrante terá de gerir. A primeira fase é marcada pela saída do país de origem e pela chegada ao país de acolhimento.

Caracteriza-se por diversas rupturas com o passado e dificuldades físicas, habitacionais, comunicacionais e relacionais com a sociedade receptora.

Segue-se a fase de confronto, a qual é sobretudo um período de aprendizagem, em que o migrante vai ter de reintegrar novos valores, hábitos, padrões de vida, em que o stress e eventuais alterações na saúde física e mental podem advir do choque e confronto cultural.

Finalmente, na terceira fase, o indivíduo adopta diferentes estratégias e comportamentos que podem promover, ou não, a sua integração. É nesta fase que faz a sua escolha, consciencializada, do carácter definitivo ou temporário da migração.

A migração é, assim, um processo específico de cada indivíduo, tendo por base inúmeras motivações.

Rocha-Trindade (1995) baseia-se nas motivações prioritárias que levam o indivíduo a partir, para classificar as migrações. Passaremos a mostrar algumas das que mais se evidenciam, dado a impossibilidade de enumerá-las a todas:

- motivações económicas – são identificadas, de uma maneira geral, como sendo as mais impulsionadoras da decisão de partir. As diferenças entre os níveis de riqueza e de desenvolvimento entre os países mais industrializados e com mais recursos, e os mais carenciados, leva as populações a partirem, à procura de melhores condições de vida, para si e para a sua família. Trata-se, portanto, de migrações económicas;
- motivações políticas – reflectem desajustes graves entre o sistema político de um país e a sua aceitação pela maioria dos cidadãos, verificando-se uma saída forçada dos indivíduos, dado o sistema político em vigor, já que a sua permanência no país de origem pode condicionar a sua liberdade, integridade física e/ou mental ou mesmo a sua vida. Estamos, neste caso, perante as migrações políticas;
- motivações de emergência – acontece em situações de grande catástrofe como as invasões e as guerras, os terremotos, a fome, as erupções vulcânicas, entre outras, que, provocando a total privação de

recursos às populações, as obriga ao êxodo em massa, para garantirem a sua sobrevivência. Falamos de migrações de emergência;

- motivações étnico-culturais – as minorias de origem étnica e cultural diferenciada, para evitarem a sua absorção por sociedades maioritárias de raiz cultural diferente, saem do território onde coabitam, numa tentativa de preservarem a sua identidade. São as chamadas migrações étnico-culturais.

A decisão de partir, para Camilleri (1989:81), não é totalmente cega, já que, de um modo mais ou menos intenso, o migrante já terá contactado com a cultura para a qual se pretende mudar e, portanto, sofrido um processo de aculturação, nomeadamente nos casos em que a migração se efectua para o país outrora colonizador do seu país de origem:

*“Il a déjà connu au pays un processus de changement culturel (acculturation), plus prégnant pour les migrant venant de pays autrefois colonisés (...) et certains de ces modèles culturels, bien que conflictuels, ont été adoptés déjà dans le pays d’origine par une partie de la population”.*³²

Contudo, o processo migratório, tal como afirma Ramos (1993), “*não é simplesmente sinónimo de encontro cultural, já que, implica uma adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a um meio novo, desconhecido ou hostil*” (Ramos, 2006:335). Além disso, envolve ainda dois pólos que o migrante terá de gerir:

“No primeiro pólo, trata-se de “emigrar”, de sair, de abandonar, de perder o “envelope” protector e tranquilizante dos lugares, das sensações, dos hábitos, primeiras marcas e elementos nos quais se estruturou o funcionamento psíquico e cultural. No segundo pólo, trata-se de “imigrar”, de elaborar, de reconstituir individualmente e num curto espaço de tempo

³² Tradução do autor: “Já passou por um processo de transformação cultural no país (aculturação), mais marcante para migrantes oriundos de antigas colónias (...) e alguns desses padrões culturais, embora em conflito com os da cultura de origem, foram já adoptados no país de origem por uma parte da população”.

o que diferentes gerações elaboraram e transmitiram pacientemente”
(ibidem).

A migração é, assim, um processo complexo, gerador de múltiplas rupturas, tanto temporais como espaciais.

2.1. Mudanças decorrentes do processo migratório

O processo migratório, através das rupturas que envolve, promove inúmeras mudanças, as quais Ramos (2004:256), reagrupa do seguinte modo:

- *“Mudanças físicas (novo meio, nova habitação, novos hábitos de vida);*
- *Mudanças biológicas (nova alimentação, novas doenças);*
- *Mudanças sociais e familiares (novas relações interindividuais e intergrupais, novos padrões de actividades e de relações sociais, novos papéis familiares);*
- *Mudanças culturais (a educação, a religião e a língua são muitas vezes modificadas pela sociedade de acolhimento);*
- *Mudanças psicológicas (ao nível das motivações, das aptidões, da identidade individual e cultural);*
- *Mudanças políticas (perda de autonomia) ”.*

Destas mudanças, como refere a autora citada, algumas terão consequências positivas, como é o caso da melhoria das condições sócio-económicas, da educação, e por vezes, também, na saúde. Surgirão também, certamente, consequências negativas como os problemas psicológicos, o stress de aculturação e as dificuldades de adaptação.

Em termos individuais, a ruptura afectiva, física e cultural provocada pela vivência migratória, poderá desencadear sentimentos de abandono, angústia e perda, que o imigrante vai ter de gerir e tentar ultrapassar, em paralelo com a incorporação de novos elementos da sociedade de acolhimento, com vista à sua adaptação. Ele terá de apreender uma nova língua, uma nova cultura,

regras culturais e de funcionamento diferente inerentes a um novo meio, o qual frequentemente se lhe revela com alguma hostilidade.

As múltiplas mudanças e fases vivenciadas a que a experiência migratória obriga o migrante a passar, levam-no a *“atravessar várias crises de identidade com reajustamentos sucessivos ao nível psíquico e podem ser traumatizantes para a formação do sentimento de identidade”*, segundo expressa Erikson (1968) referenciado por Ramos (2004:257).

A sua adaptação, segundo a mesma autora, vai depender, então, da interacção entre diferentes modos de aculturação, de factores individuais e colectivos, os quais poderão facilitar, ou não, a sua integração na sociedade de acolhimento.

Todas as consequências que advêm do processo migratório podem manifestar-se muito tempo depois da migração, atingindo, não só o indivíduo, mas toda a família.

A estrutura familiar e social sofre modificações, com repercussões na adaptação psicológica e social do indivíduo e grupo, como afirma Ramos (1993):

“A família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear, a qual deverá assegurar sozinha as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada ou mesmo pela comunidade. A perda dos laços comunitários e familiares significa a perda da protecção física e psicológica. Tanto o individuo como o grupo familiar devem fazer face sozinhos ao choque cultural e ambiental, aos esforços de adaptação ao país de acolhimento, ao novo meio, ao trabalho de luto relativo ao país de origem. Entre duas tradições sociais e culturais, as do país de origem e a do país de acolhimento, os seus valores culturais e hábitos são frequentemente postos em causa no país de chegada, o que está na origem de muitos conflitos” (Ramos, 2004:260).

As famílias que enfrentam o processo migratório são, portanto, famílias vulneráveis. Vivem, na maioria das vezes, em condições de isolamento e precariedade social, onde a sobrelotação, a falta de conforto e higiene estão presentes. Apesar de ser uma população heterogénea, é evidente o seu baixo nível de escolaridade e de qualificação profissional, assim como a precariedade

laboral associada também ao elevado número de clandestinos. Todos esses factores, conjuntamente com problemas linguísticos e culturais que dificultam a comunicação com os técnicos de saúde, influenciam, também, o estado de saúde destas famílias.

Como denota Ramos (2006:333), *“Viver, nascer, crescer em situação de migração e de exílio representa um risco e poderá constituir um trauma e uma fonte de stresse para a criança e a sua família.”*

Também as crianças migrantes, segundo Ramos (2004) apresentam maiores índices de hospitalização, bem como, com mais frequência, sintomatologia e problemas psíquicos, comparativamente com as crianças autóctones. Apresentam, ainda, atrasos na linguagem, dificuldades na aprendizagem e insucesso escolar. A inadaptação social, sobretudo na adolescência, também é frequente.

São, contudo, as crianças, que muitas vezes são a “força” impulsionadora da integração da família, sendo um dos elos de ligação entre a cultura de origem e a cultura de acolhimento. Os filhos tornam-se, para os migrantes, a fonte das suas motivações, e proporcionam-lhes tudo o que não obtiveram para si, passa a ser o seu principal objectivo:

“(...) Face aux déceptions rencontrées dans la réalité de la société d'accueil, réalité qui heurte ses rêves, face à la solitude, l'humiliation et la discrimination, une de ses consolations est que les enfants réalisent ce qu'il n'a pu réussir (...)”³³ (Camilleri, 1989 :85).

O processo migratório, influenciando os que partem, não deixa de afectar, no entanto, os que ficam no país de origem. Também estes enfrentam sofrimento e problemas psicológicos, e têm de assumir sozinhos, não só as responsabilidades e todas as obrigações familiares (trabalho, educação dos filhos, gestão da economia, etc), como também as responsabilidades daqueles que partem. Como diz Ramos (2004:289), *“Os que ficam no país de origem*

³³ Tradução do autor: “(...) Perante as decepções com que se defronta na sociedade de acolhimento, uma realidade que tolhe os seus sonhos, perante a solidão, a humilhação e a discriminação, é consolador ver as crianças realizarem aquilo que não teve oportunidade de fazer (...)”

podem sentir-se abandonados e «traídos» e os que partem podem sentir-se culpabilizados e impotentes, face a uma situação que eles pouco ou nada podem controlar”.

3. IMIGRANTES E CUIDADOS DE SAÚDE

“(…) A saúde é um direito de todos; todos os indivíduos têm um valor equivalente e deverão ser respeitados nas suas diferenças; o utente, nacional ou migrante, é um cidadão que não deverá ser discriminado qualquer que seja a sua origem social ou étnica, a natureza da sua doença, a sua esperança de vida, a sua situação legal”
(Ramos:2006:332).

Os migrantes, como resultado do seu percurso de vida e da interacção de múltiplos factores constituem um grupo vulnerável ao nível da saúde física e mental, apresentando, geralmente, um pior estado de saúde do que a população autóctone. Isso deve-se, em parte, segundo Ramos (2006), a dificuldades em recorrer a serviços de prevenção da doença e promoção da saúde.

A mesma autora, partilhando da opinião de Lazarus *et al* (1995), salienta ainda que os migrantes apresentam uma maior gravidade nas patologias de que são portadores, devido não só ao diagnóstico e tratamento tardios, mas também pelas situações de clandestinidade, de discriminação e carência psicossocial, em que vivem.

Um estudo sobre a comunidade cabo-verdiana em Portugal (França, 1992), vai de encontro à realidade atrás descrita, mostrando que 41% dos indivíduos entrevistados expressaram ter mais saúde em Cabo Verde, 48% consideraram não ter sofrido alterações, e apenas 9% referiram terem mais saúde em Portugal. No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, estes imigrantes tendiam a utilizar os serviços de urgência hospitalar em vez dos centros de saúde, situação que justificaram pela frequente situação de ilegalidade em que vivem, a incompatibilidade dos horários praticados nos

centros de saúde face ao seu horário laboral, e as dificuldades burocráticas, culturais e linguísticas.

Para Ramos (2004:281), o défice de saúde dos migrantes é influenciado por um variado e complexo conjunto de factores sócio-culturais, psicossociais, familiares, entre os quais destacamos alguns:

- *“o desconhecimento dos hábitos culturais da sociedade receptora e dos serviços e apoios sociais;*
- *as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o desconhecimento dos serviços de cuidados de saúde da sua área de residência;*
- *cuidados demasiado caros para os seus recursos financeiros;*
- *a tendência em recorrerem aos cuidados pontuais (urgências hospitalares) ou específicos (dispositivos caritativos ou associativos);*
- *a não utilização dos mecanismos de saúde preventiva, em favor da utilização da medicina curativa quando a doença já está instalada;*
- *a tendência para a auto-medicação;*
- *o baixo recurso aos rastreios de saúde, por exemplo, rastreios de cancro;*
- *a falta de informação e dificuldades dos prestadores de cuidados em lidar com os diferentes grupos étnicos;*
- *a não adequação, preparação e organização dos serviços de saúde para responder às necessidades das minorias;*
- *as diferenças linguísticas, as crenças, representações e comportamentos de saúde, os quais, quando não tidos devidamente em conta, podem conduzir a uma menor adesão à terapêutica e afectar a adopção de comportamentos preventivos”.*

Vindos de um sistema cultural distinto, no país de acolhimento os imigrantes encaram os serviços de saúde e respectivos cuidados que ali são prestados com ansiedade, desconfiança e receio, levando-os muitas vezes a optar pela medicina tradicional, com recurso a medicamentos tradicionais dos seus países de origem, solicitando apenas a ajuda, nas instituições de saúde, quando a doença já está num estágio incontrolável pelo próprio.

As instituições de saúde, dispõem, contudo, na opinião de Ramos (2004:281), de *“meios insuficientes para adaptar culturalmente e com equidade os projectos e programas de saúde”*, tal como os técnicos de saúde têm, por vezes, dificuldades no atendimento de utentes provenientes de culturas diferentes da sua.

A hospitalização, é por si só, uma situação intimidante para qualquer um, não só pela associação negativa imediata à doença, mas também pela destituição da autonomia de que os indivíduos são alvo quando dão entrada nesse contexto. Ora, a hospitalização de um doente migrante oriundo de outra cultura e possuidor de uma língua diferente é revestida ainda de maiores dificuldades e obstáculos, tanto para o próprio doente/família como para os técnicos de saúde que o assistem.

Essas dificuldades iniciam-se logo no acto de acolhimento, *“(...) face às diligências administrativas, a regras que não domina, ao desconhecimento ou falta de documentos necessários, ao não domínio ou insuficiente conhecimento da língua do país de acolhimento e ao analfabetismo (...)”* (Ramos,2004:294).

E as dificuldades aumentam, segundo esta autora, quando os técnicos de saúde impõem ao doente atitudes e condutas cujo sentido ele não compreende ou, por vezes até, contraditórias face às suas crenças, hábitos e costumes, provocando conflitos e um aumento da ansiedade. É o que sucede, frequentemente, em situações referentes à prática e procedimentos de higiene e rituais de lavagem, hábitos alimentares, culto religioso, relação com o corpo, bem como a relação com as visitas. Incompreensão verifica-se, também, perante aspectos como a gestualidade, a mímica, o toque, a postura, os olhares, o vestuário, a noção de pudor, uma vez que variam de cultura para cultura.

A comunicação revela-se, assim, um importante factor para ultrapassar barreiras, e no estabelecimento da relação doente-técnico de saúde, condicionando a relação terapêutica e a consequente eficácia dos cuidados e de adesão ao tratamento, bem como a adopção de medidas protectoras da saúde.

Como diz Ramos (2004:295),

“(...) as dificuldades dos técnicos em compreenderem as queixas e as crenças do doente, os problemas comunicacionais e linguísticos podem

originar dificuldades e erros ao nível da própria avaliação/diagnóstico e na apreciação do estado de saúde do doente”.

Então, para um profissional de saúde pouco atento à diversidade cultural face a um doente com comportamento que saia dos seus padrões culturais, pode ser levado, por vezes, a diagnosticar, erradamente, um problema de saúde mental.

3.1. Os problemas de saúde mental dos imigrantes

No passado foi muito adoptada a perspectiva de que a experiência da aculturação provocava, inevitavelmente, um declínio na saúde mental dos indivíduos, tese que foi abandonada, como expressa Neto (2002), desde os trabalhos de Chance (1965) e de Murphy (1965).

Os distúrbios psíquicos entre os imigrantes não surgem, portanto, do próprio fenómeno migratório, defendendo os especialistas que o choque de diferenças culturais pode ser o desencadeador da manifestação de síndromes psiquiátricas, como sejam os *“estados de ansiedade e depressão, crises de angústia, psicoses delirantes, neuroses fóbicas ou obsessivas, doença psicossomática, alcoolismo e toxicomanias”* os quais Ramos (2004:285) considera serem os mais frequentes. Oliveira (1996) fala ainda de reacções paranoides e neuroses sexuais.

Os imigrantes, são, portanto, um grupo vulnerável a nível da saúde mental, em que os problemas emocionais, psicopatológicos e psiquiátricos, são frequentes, facto que é salientado em vários estudos já realizados (Fabrega, 1969; Rack, 1982; Kasl et al ,1983; Westermeyer,1984; Nathan,1986; Grinberg, 1986, Ramos, 1993), como nos mostra Ramos (2004).

Apesar dos imigrantes serem um grupo mais vulnerável no que diz respeito à saúde mental, as opiniões dos estudiosos são, contudo, divergentes quanto à doença psíquica decorrente do processo migratório.

Há estudos realizados em vários países que indicam que os imigrantes, frequentemente, apresentam um índice mais alto de doença mental que a

população autóctone e que as populações que residem nos seus países de origem, sendo esses dados comprovados pela alta incidência de admissões em hospitais psiquiátricos. Também o alcoolismo, a dependência de drogas e tentativas de suicídio têm maior incidência nas comunidades imigrantes, assim como a existência de determinados traços culturais que podem contribuir para a elevação do índice das doenças mentais. Esses traços podem incluir uma divisão rígida entre os sexos, o isolamento social das mulheres, diversos tabus e preconceitos religiosos, padrões habitacionais, pressão sobre os filhos para que sejam bem sucedidos, entre outros factores.

Cox (1977) resumiu três hipóteses para explicar a incidência mais alta de doenças mentais associadas à emigração:

1. Determinados distúrbios mentais levam as suas vítimas a emigrar (hipótese da selecção);
2. O processo da emigração produz stress mental, o qual pode precipitar doenças em indivíduos mais susceptíveis (hipótese do stress);
3. Existe uma associação secundária entre a emigração e outras variáveis, tais como idade, classe e conflito cultural.

A primeira hipótese prevê que pessoas insatisfeitas e instáveis emigrem com maior frequência, numa tentativa de resolver os seus problemas pessoais.

A hipótese do stress acentua o papel das mudanças no espaço vital dos imigrantes, uma vez que os pressupostos básicos sobre os quais se funda o mundo dessas pessoas deixa de fazer sentido, muitas vezes, no local onde passam a viver.

Esses transtornos resultam da junção complexa de muitos factores, de entre eles, a selecção e o stress. Outros envolvem privações materiais e ambientais, assim como as dificuldades em relação à língua. Estes factores sócio-económicos, aliados ao stress da mudança cultural, e à influência da selecção explicam, em grande parte, as taxas elevadas de doenças mentais entre os imigrantes de primeira geração.

Com efeito, a OMS (1991) tem uma opinião diferente quanto à causalidade da doença mental nos migrantes. Segundo aquela organização internacional, não

se pode afirmar que os migrantes apresentem, mais frequentemente, problemas psíquicos que os seus compatriotas ou os autóctones. Para a OMS, é até um equívoco que os migrantes estejam mais predispostos a desenvolver problemas psiquiátricos no país de acolhimento do que quando se encontravam nos seus países de origem, uma vez que, se eles já tivessem desenvolvido perturbações psiquiátricas graves não estariam, decerto, em condições de poder emigrar, como expressa Oliveira (1996).

Há que fazer, então, a distinção, como assinala Garza-Guerrero (1974), entre “*a elaboração patológica da migração (com crises de identidade não resolvidas, depressões e desadaptações sociais crónicas) da elaboração sã com as vicissitudes da identidade resultantes do “choque” cultural*” (Oliveira, 1996:69).

Se o imigrante não apresentar problemas prévios de personalidade, a sociedade receptora for suficientemente acolhedora e o processo migratório se processar sem intercorrências, decerto que o individuo se irá adaptar gradualmente à nova realidade em que está inserido, sem manifestar patologia psiquiátrica.

A manifestação de síndromes psiquiátricos pode, então, ser despoletada, como defende Simões (1986), pela diferença entre a cultura de origem e a cultura do país de acolhimento (língua, crenças, comportamentos face à doença). E parece haver, para os migrantes, dois períodos de maior risco: imediatamente a seguir à imigração ou depois de um período de vários anos no país receptor. E segundo a OMS, referida por Oliveira (1996), o risco de problemas mentais aumenta com o prolongamento da permanência no país receptor.

Há, contudo, diferentes explicações sociológicas para a doença mental dos trabalhadores-migrantes, as quais assentam sob duas teorias, como nos diz Oliveira (1996): a teoria da selecção *versus* a teoria das causas sociais.

A primeira teoria defende que os indivíduos que decidem migrar o fazem devido a um défice de saúde mental. A segunda teoria inclui o baixo estatuto sócio-económico, a pressão para atingir determinados objectivos, o isolamento, o choque cultural e a mudança cultural na doença mental.

Prevê-se, segundo a OMS, um aumento de doenças psiquiátricas (sendo as doenças psicossomáticas e os síndromes depressivos as patologias mais frequentes) entre os imigrantes a residir na Europa. No entanto, os serviços de saúde não estão, ainda, suficientemente preparados para fazer face às exigências da multiculturalidade.

O hospital Miguel Bombarda, em Lisboa, face a essa problemática, e para tentar dar resposta a problemas psíquicos dos migrantes, criou uma consulta específica – a Consulta do Migrante.

3.2. A Consulta do Migrante do Hospital Miguel Bombarda

A Consulta do Migrante – Consulta de Saúde Mental Especializada em Perturbações Transculturais, realiza-se na Consulta Externa do hospital Miguel Bombarda, em Lisboa, semanalmente, às quintas-feiras, das 9 às 16 horas.

A consulta tem como objectivo assistir pessoas em situações de sofrimento e doença psíquica, cujos quadros clínicos apresentem elementos de patologia associados a processos de migração e inserção numa nova sociedade e nos quais a língua e/ou o contexto cultural requeiram uma intervenção especializada.

É ainda objectivo desta consulta que a mesma seja uma consulta de referência/consultoria em Psiquiatria Transcultural na actual organização dos cuidados de saúde mental.

A consulta destina-se à população adulta de estrangeiros e filhos de estrangeiros (imigrantes), emigrantes retornados e filhos (segunda geração).

A equipa é multidisciplinar, constituída por enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, antropólogos e um psicopedagogo, com recurso a outros profissionais de acordo com a especificidade de cada caso clínico (mediadores culturais, tradutores, entre outros), num âmbito transdisciplinar.

Além de consultas de psiquiatria e psicologia, os utentes podem obter também apoio psicopedagógico e cuidados de enfermagem.

O acesso à Consulta do Migrante, por parte do utente pode ser feito de forma diversa:

- Por iniciativa própria, após saber da existência da consulta, na tentativa de encontrar ajuda para o seu problema;
- Ser enviado pelo ACIME (Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas), por associações de imigrantes ou pelo médico de família;
- Ser enviado da consulta externa de psiquiatria, uma vez que ao ser feita a triagem do doente é apurada uma situação no âmbito da Psiquiatria Transcultural.

A Consulta do Migrante, dada a sua especificidade assume algumas particularidades. Uma delas diz respeito à dimensão temporal, dado que, para que uma narrativa se construa neste contexto, é frequentemente necessária uma duração de consulta mais longa que o habitual (1 a 2 horas). Privilegia, ainda, a inclusão de profissionais como observadores, nas diversas etapas de cuidados, dada a escassez de profissionais com experiência nesta área inovadora, sabendo-se que a prática transcultural implica um trabalho de grupo onde a formação-acção é fundamental.

Logo que uma situação transcultural é assinalada, é efectuada uma entrevista diagnóstica inicial por um elemento da equipa, normalmente por um enfermeiro. Havendo critérios de inclusão na consulta (o indivíduo apresentar doença psíquica associada a problemas transculturais e ser estrangeiro/ emigrante retornado ou filhos/ pertencer a uma minoria étnica) será estabelecido o projecto terapêutico e o respectivo técnico de referência, em reunião semanal de avaliação e discussão de casos clínicos.

Nesta reunião semanal, efectuada habitualmente às quartas-feiras, são avaliados sistematicamente todos os casos em seguimento, privilegiando o trabalho em equipa, a co-terapia e a supervisão contínua dos profissionais.

As consultas de seguimento são consultas individuais e/ou em grupo, à medida de uma sessão quinzenal ou mensal, ao longo de seis meses, podendo mais raramente prolongar-se no tempo, e podem efectuar-se de várias formas:

- Entrevista psiquiátrica diagnóstica inicial de base individual: Entrevista de apreciação global da situação, baseada em formulações de História Clínica Transcultural;

- Consultas de avaliação com figuras significativas (familiares, profissionais da rede de suporte, outros): Entrevista psicossocial visando a formulação cultural do caso clínico;
- Consultas de seguimento de base individual: estabelecimento/apuramento do diagnóstico clínico e continuidade de tratamento através das intervenções terapêuticas apropriadas a cada caso;
- Consultas com grupo alargado de terapeutas: permite que as experiências de uns e de outros se potencializem, facilitando a descentragem e a vivência integrada de outros sistemas culturais, contribuindo para dar um quadro de referência ao sofrimento do indivíduo e/ou família;
- Intervenção social e comunitária junto da rede de suporte.

As diversas consultas (diagnóstica inicial, de seguimento e Intervenção Social e Comunitária, de Avaliação Psicológica) são, portanto, efectuadas semanalmente, às quintas-feiras, das 9 às 16 horas.

A Reunião Semanal de Avaliação e Discussão de Casos Clínicos é efectuada semanalmente, às quartas-feiras, às 11 horas. Esta reunião, além das discussões de Casos Clínicos, passou também a incluir discussões teóricas e reuniões administrativas, de acordo com a seguinte agenda mensal:

- 1^{as} e 3^{as} quartas-feiras do mês: reunião clínica, com discussão de casos clínicos;
- 2^{as} quartas-feiras do mês: reunião administrativa/prática, com discussão e resolução das situações de ordem administrativa e burocrática;
- 4^{as} quartas-feiras do mês: reunião teórica, em que se fazem sessões de formação teórica na área da psiquiatria transcultural.

No que diz respeito à consultoria, esta baseia-se num atendimento a profissionais de saúde, tendo em vista a sua formação e a supervisão de casos clínicos.

4. CUIDADOS DE SAÚDE CULTURALMENTE COMPETENTES

O acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde faz-se não só devido às suas necessidades, mas também pela sua cultura de origem, pelas suas crenças e práticas, e pelo conhecimento que têm, do país de acolhimento, no que diz respeito às redes de apoio, língua e cultura.

É, assim, importante que os técnicos de saúde tenham em consideração a diferente inserção social e cultural do utente quando lhes prestam cuidados de saúde, pois, como diz Leininger (1988:9), “(...) *o cuidar humano é um fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e padrões variam entre culturas (...)*”.

As culturas são diferentes, no entanto, Stanhope (1995) refere que todas elas apresentam os mesmos factores organizacionais básicos, entre os quais se destacam:

- **os padrões de comunicação verbal e não-verbal**, os quais variam de cultura para cultura;
- **o espaço físico** (que constitui a área mínima que as pessoas necessitam, entre si, de modo a não sentirem desconforto) também difere nas diferentes culturas. Existem grupos culturais que se sentem confortáveis com menos espaço, como acontece com os latinos, e vêm como positivo o toque na relação terapêutica, ao contrário dos asiáticos, por exemplo, que consideram o toque como inapropriado;
- **a organização social**, nomeadamente no que se refere à família, tem uma definição diferente nos diversos grupos culturais. Há grupos culturais cujo conceito de família assenta na família alargada, enquanto que outros se restringe à familiar nuclear. Há que ter, pois, atenção a esse aspecto nas tomadas de decisão que envolvam o utente e família;
- **a percepção do tempo** também difere de cultura para cultura. Há culturas orientadas para o futuro, outras para o presente e ainda outras para o passado. Por exemplo, na cultura ocidental, em que o tempo tem

uma orientação futura, procura-se adiar a gratificação imediata enquanto os objectivos não forem atingidos. Em contraste, as famílias mais pobres, podem valorizar a qualidade de vida, e ver o tempo presente como mais importante do que o futuro. Por isso, podem, por exemplo, ignorar uma restrição dietética implementada, e gozar da reunião familiar numa celebração cultural.

Ter conhecimento sobre outras culturas poderá ajudar os técnicos de saúde a tomar consciência e a aceitar melhor as diferenças culturais dos utentes, procurando compreendê-las e, dentro do possível, desenvolver competência cultural.

Competência cultural é, para Campinha-Bacote (1996:59), “(...) o cuidado que tem em conta os aspectos relacionados com cultura, raça, situação da mulher e orientação sexual”.

Esperar-se-á que os técnicos de saúde apresentem, dentro do possível, competência cultural, já que as características (profissionais e pessoais) de quem cuida influenciam a adesão do utente ao projecto terapêutico.

Assim, os técnicos de saúde poderão desenvolver competência cultural de diferentes formas, ocorrendo o desenvolvimento, principalmente, através de experiências com utentes de outras culturas e através da receptividade dos mesmos a essas experiências.

Sendo o enfermeiro o elemento da equipa de saúde que mais contacto tem com o utente, será dele que os utentes esperam um atendimento pronto em todas as suas necessidades, incluindo cuidados de saúde culturalmente competentes.

Campinha-Bacote (1996) aponta vários graus de competência cultural, e segundo ele, nem todos os enfermeiros atingem o mesmo nível de desenvolvimento, sendo o processo contínuo, e desenvolvido através de:

- **consciência cultural**, que constitui um processo deliberado e cognitivo através do qual o enfermeiro se torna sensível aos valores, crenças, estilos de vida, práticas e estratégias de resolução de problemas da cultura do utente. Durante este processo, o enfermeiro deve examinar as suas bases e preconceitos face a outras culturas, assim como explorar o seu *background* cultural.

Os enfermeiros culturalmente conscientes compreendem o que é básico no seu próprio comportamento, e como isso poderá influenciar na prestação de cuidados competentes a pessoas de outras culturas;

- **conhecimento cultural**, que consiste no processo através do qual o enfermeiro procura e obtém fundamentação e informação coerente das várias visões do mundo de diferentes culturas, de forma a prestar cuidados de enfermagem eficazes.

O objectivo do conhecimento cultural é a familiarização face às crenças, valores, práticas, estilos de vida e estratégias dos grupos culturalmente/eticamente diversos.

Não se pode esperar que os enfermeiros tenham conhecimento de todas as culturas, no entanto, devem ter presente ou saber como obter informação acerca das influências que os grupos com quem interagem sofrem;

- **perícia cultural**, que reflecte a integração da consciência cultural e do conhecimento cultural, para ir ao encontro das necessidades dos utentes. Este processo permite ao enfermeiro avaliar os valores, as crenças e as práticas do indivíduo sem depender unicamente dos “factos” escritos sobre aquele grupo específico.

O enfermeiro aprende sobre a percepção do utente no que se refere à saúde e à doença, assim como a percepção do tratamento que deverá ser preconizado.

Um exemplo de perícia cultural é a comunicação com utentes de culturas diferentes. Quando estão em interacção, os enfermeiros com perícia cultural, podem utilizar o toque durante a conversação (se o toque for aceite nessa cultura), pois isso modifica a distância física entre si e os outros, ao mesmo tempo que usam estratégias para evitar mal entendidos culturais, indo mutuamente ao encontro dos objectivos a atingir;

- **encontro cultural**, o qual encoraja o enfermeiro a estabelecer interacções entre culturas, com indivíduos de diferentes *backgrounds* culturais. Este processo permite a validação, negação ou modificação do conhecimento existente, e também lhe facultar conhecimento cultural

específico, cuja base pode desenvolver intervenções culturalmente competentes.

Stanhope (1995: 123) refere que durante o encontro cultural “(...) os enfermeiros aprendem directamente dos clientes sobre as suas experiências e o seu significado para a saúde”. A falha na interacção directa com o grupo cultural servirá apenas para estereotipar aquela cultura.

Quando os enfermeiros têm novos encontros com pessoas culturalmente diferentes, devem adoptar conceitos gerais, ou seja, fazer generalizações até serem capazes de aprender directamente com os utentes sobre as suas culturas. Este conhecimento experimental servirá de base para desenvolver intervenções de enfermagem relevantes.

Assim, os enfermeiros devem dar importância à necessidade de promover encontros culturais, no sentido de prevenir que ocorra a estereotipagem enquanto se obtêm os conhecimentos académicos.

Pode, então, dizer-se que desenvolver competência cultural constitui um processo lento, pois exige que se modifiquem os modos de pensar e actuar anteriores.

No sentido de prestar cuidados de saúde culturalmente competentes, nomeadamente no caso dos enfermeiros, George (1993) aponta três formas destes técnicos de saúde direccionarem as suas decisões e acções:

- **preservação / manutenção cultural** dos cuidados, em que os enfermeiros são capazes de ajudar os utentes a usar os aspectos da sua cultura que promovam comportamentos saudáveis. Temos como exemplo o enfermeiro que dá ao utente, cuja cultura assenta na família alargada, tempo para discutir com os membros da família os assuntos de saúde, em vez de o forçar a tomar uma decisão rápida;
- **acomodação / negociação cultural** dos cuidados, em que o seu foco de acção se centra em formas de negociar, adaptar ou ajustar os padrões de cuidados ao estado de saúde do utente.

Ao usar a acomodação, os enfermeiros reconhecem que a implementação de uma determinada prática, sem valor científico para a promoção da saúde ou prevenção da doença, no protocolo de tratamento planeado, pode ser relevante para obter a adesão do utente;

- **repadronização/reestruturação cultural** dos cuidados, que se refere às acções e decisões profissionais, de auxílio, apoio ou capacitação, que ajudem os utentes a modificar os novos ou diferentes padrões de vida, que sejam culturalmente significativos e satisfatórios, ou que dêem apoio aos mesmos no sentido de estimular padrões de vida benéficos ou saudáveis.

Com a utilização das estratégias atrás referidas, conjuntamente com a **intermediação cultural**, o enfermeiro torna-se capaz de desempenhar os vários papéis, de modo a poder prestar cuidados holísticos a utentes culturalmente diversos.

A mediação cultural, é portanto, o processo de mediação entre a cultura dos cuidados de saúde e a cultura do utente, em proveito deste. Desta forma podem quebrar-se “barreiras” que causam mal entendidos entre o utente e o técnico de saúde.

Contudo, essas “barreiras” entre técnico e utente, nem sempre são tão complicadas de ultrapassar. Por vezes, é suficiente instaurar um clima de confiança e de compreensão, que segundo Ramos (2004:294),

“(...) passa por gestos, atitudes e palavras muito simples, pelo diálogo e comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade, mas também por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade”.

Se as equipas de saúde tiverem em consideração, entre outros, também os aspectos culturais, quando planeiam e prestam cuidados aos utentes, será menos um factor desencadeador de stress, que assaltará o indivíduo, seja ele migrante ou não.

Assim, certos rituais religiosos, rituais e hábitos alimentares, a relação com o corpo e respectivos procedimentos e rituais de lavagem e o conceito de pudor, que podem parecer aos profissionais de saúde completamente desajustados, podem ser, para o utente, fonte de grande alívio e conforto (Ramos, 2004).

Também a postura, o tom de voz, a expressão facial, o sorriso ou choro, o tipo de vestuário, as atitudes em geral, variam segundo as culturas e são formas de comunicar, a que os prestadores de cuidados têm de estar atentos.

A comunicação assume, assim, uma importância relevante indispensável, até nas mínimas acções no acto de cuidar de alguém, constituindo um factor facilitador na relação de ajuda.

Sendo a comunicação uma necessidade global do ser humano, quando se verificam obstáculos comunicacionais entre técnicos de saúde e utentes, é fundamental o papel de intérpretes e/ou tradutores. Estes, ao favorecerem a comunicação, proporcionam, de algum modo, segurança ao utente, que se sente compreendido. Permitem aos técnicos de saúde, compreenderem que, por detrás de um comportamento considerado anormal, desadequado ou estranho, poderá estar um ritual que obedece a uma lógica cultural ou religiosa. Podemos perceber, então, o quão importante poderá ser a comunicação intercultural nos cuidados de saúde.

4.1. Comunicação intercultural

“A comunicação é um dos valores ocidentais por excelência, desde os séculos XVI-XVII, estando associada ao progresso tecnológico, ao conhecimento, à informação, à compreensão e à diminuição de barreiras entre os homens e as culturas” (Ramos, 2001:157).

A comunicação é um processo interactivo e bidireccional no qual se realiza uma troca de ideias, sentimentos e experiências entre indivíduos que atribuem um significado comum às palavras e às frases que querem transmitir.

Comunicar é um processo contínuo já que o ser humano está constantemente a fazê-lo, mesmo de forma inconsciente, no entanto, a comunicação não é um processo simples, como à primeira vista aparenta ser. Como salienta Chiavenato (1999 b), referenciado por Lopes (2005:17), *“a comunicação é um*

processo complexo, e as possibilidades de enviar ou receber mensagens de maneira errada ou distorcida são numerosas”, apresentando, por isso, um papel preponderante nas relações interpessoais.

Assim, a forma como cada indivíduo se relaciona é influenciada pelas suas capacidades comunicacionais, as quais advêm de um processo de aprendizagem, decorrente, não só, das suas características pessoais, necessidades e interesses, mas também do contexto cultural em que foi feita essa aprendizagem. O contexto cultural em que está inserido é, deste modo, responsável pelas regras, normas, modelos e rituais de interacção que o indivíduo utiliza para comunicar e, conseqüentemente, influenciando também aspectos como os movimentos corporais, os gestos, o “toque”, as expressões faciais e a distância entre os interlocutores.

Como diz Fachada (2001), referenciado por Lopes (2005:17), *“o sistema social e cultural determina as palavras que as pessoas escolhem e o tipo de comunicação que utilizam”*. Assim, os indivíduos de grupos ou subgrupos culturais, não comunicam de igual modo, sucedendo o mesmo com as pessoas de diferentes classes sociais e com diferentes papéis sociais.

Problemas comunicacionais, conflitos e incompreensão mútua poderão surgir quando há probabilidade de uma situação poder ser interpretada de diferentes formas devido a diferenças nos padrões e referências culturais dos indivíduos. A este respeito, Ramos (2001:166), aponta que

“A comunicação intercultural envolve os problemas e os processos de interacção verbais e não verbais entre indivíduos pertencentes a grupos ou subgrupos culturais diferentes em contextos situacionais variados e a variação cultural na percepção dos objectos e dos acontecimentos sociais”.

Segundo a mesma autora (2001:166), os problemas de comunicação intercultural são devidos, em grande parte, às *“diferenças na percepção dos objectos e dos acontecimentos sociais dos membros desses grupos”*. É, por isso, importante para Samovar *et al* (1981), ter em consideração que a realidade que apreendemos e em relação à qual comunicamos pode não ser a mesma que uma pessoa de outra cultura vivencia e procura exprimir, como refere Ramos (2001:168), acrescentando ainda que,

“os significados que aprendemos a dar às palavras, aos gestos, às atitudes, aos comportamentos, às percepções, segundo a idade, o sexo, o papel e a classe social, a profissão, a cultura e a subcultura variam entre os indivíduos implicados numa mesma comunicação e agem sobre a comunicação, através das percepções, dos juízos etnocêntricos, dos preconceitos e estereótipos”;

pelo que o etnocentrismo, os preconceitos e estereótipos podem causar obstáculos à comunicação intercultural, impedindo as mensagens de ser adequadamente emitidas/recebidas, enquanto escondem a realidade e as características dos indivíduos de outras culturas, através de generalizações erradas.

Para Samovar *et al* (1981), a comunicação é afectada por dois tipos de dimensões culturais, como refere Ramos (2004:301):

- *“Os modelos culturais que influenciam a nossa maneira de pensar, de perceber, de codificar, etc;*
- *Os modelos culturais que influenciam a maneira de comunicar com as pessoas pertencentes a outras culturas”.*

Em contexto multicultural, a língua desempenha um importante aspecto na comunicação uma vez que constitui o meio mais imediato de entendimento. Como destaca Samovar *et al* (1981) e, partilhando Ramos (2004:301) da mesma opinião,

“a língua constitui não só o primeiro meio, através do qual uma cultura transmite as suas crenças, os seus valores e as suas normas, como dá também aos indivíduos um meio para entrar em interacção com os outros membros da sua cultura e um meio para pensar”.

Contudo, a língua não é por si só suficiente para prevenir problemas comunicacionais, assumindo idêntico protagonismo a comunicação não-verbal. O conhecimento de aspectos como os gestos, as posturas, os movimentos, os toques, as expressões faciais, os olhares, o vestuário, o silêncio, a paralinguagem (tom, entoações, o ritmo, o volume de voz, etc), poderão ajudar a ultrapassar algumas barreiras (Ramos, 2004).

Para comunicar de forma eficaz devemos desenvolver as nossas aptidões comunicacionais ao nível intercultural, de modo a facilitar a compreensão recíproca entre indivíduos de diferentes culturas. Tendo por base esse objectivo, Ramos (2004) propõe algumas medidas, nomeadamente:

- desenvolver a compreensão da cultura;
- aprender a conhecer-se a si mesmo e à sua própria cultura;
- aprender a descobrir os quadros de referência dos outros;
- evitar julgamentos rápidos e superficiais, assim como os estereótipos e as atitudes etnocêntricas e egocêntricas;
- desenvolver a empatia;
- desenvolver estratégias e intervenções educativas interculturais;
- implementar uma formação sólida e adequada dos diferentes profissionais (psicossociais, educativos e sanitários).

A comunicação é, assim, uma destacável componente dos cuidados de saúde, quer o contexto seja multicultural ou não, migrante ou autóctone, e pode até constituir um importante avaliador da qualidade dos cuidados de saúde, como numerosos trabalhos efectuados o evidenciam (Kaplan et al, 1989; Street et al, 1997; Young et al, 1996; Stewart et al; 1997; Coulter et al, 1999), como expressa Ramos (2004).

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA



Fotografia 5 – Homem Cabo-verdiano – Ilha do Fogo, Cabo Verde, 1999

CAPITULO I – METODOLOGIA

*“Chacun croit voir le monde tel qu’il est,
parce que chacun croit que le monde est tel qu’il le voit”*

Porcher (1986:122)

Nesta II Parte pretendemos descrever as nossas escolhas metodológicas, os instrumentos de recolha de dados aplicados e o modo como estes foram tratados.

No que diz respeito ao percurso da pesquisa, e como refere Quivy (1998:15), *“(...) importa, acima de tudo, que o investigador seja capaz de conceber e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho”*.

O método de trabalho, na opinião de Madeleine Grawitz, e referido por Carmo (1998:175), será portanto um

“(...) conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar as técnicas”.

A selecção das técnicas está dependente do objectivo que se pretende atingir, e este está ligado ao método de trabalho. Desta interdependência, surge a necessidade de fazer a distinção entre método e técnicas. Na opinião ainda dos autores atrás referidos *“As técnicas são procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em causa”* (Grawitz, citada por Carmo, 1998:175). Enquanto que o *“método é uma concepção intelectual coordenando um conjunto de operações, em geral várias técnicas”* (Carmo, 1998:175).

1. OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Incluimos neste ponto o que consideramos ser o “alvo” do nosso processo de investigação, justificando assim a construção da nossa problemática de investigação, as questões que nos “invadiram” e os objectivos que nos propusemos concretizar através deste processo.

1.1. Problemática de Investigação

A “formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender” (Fortin, 1999: 39).

Para definir melhor a problemática de investigação sentimos necessidade de realizar entrevistas exploratórias, as quais permitiram delimitar o nosso campo de acção, dando especial relevo aos indivíduos imigrantes que recorrem a instituições de saúde por problemas mentais, na região de Lisboa, “estreitando” assim o grande grupo de imigrantes em Portugal com potenciais problemas psíquicos.

Estas entrevistas demonstraram que profissionais na área da saúde são detentores de informação relevante relativamente a aspectos relacionados com a saúde mental destes indivíduos imigrantes, informação essa que nos poderá fornecer pistas na abordagem àquela população em estudo.

As estatísticas sobre imigração consultadas no *site* do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e do Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) também se revelaram de grande utilidade.

São estes motivos que vão fazer emergir as questões de investigação.

1.2. Questões e objectivos de investigação

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação (Talbot, 1995) e definem as variáveis que são descritas, bem como as relações que possam existir entre elas.

A questão central da nossa investigação é:

- Compreender as relações existentes entre doença mental e a situação de imigração

Esta questão, expressa na forma de uma pergunta de partida, constitui o fio condutor do nosso trabalho de investigação, direccionando-o, e ajudando-nos a evitar dispersar a nossa reflexão. Como defende Quivy (1998:32), “*o investigador ao enunciar o projecto de investigação na forma de uma pergunta de partida (...) tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor*”, devendo, no entanto, aquela, respeitar as condições de clareza, exequibilidade e pertinência.

Para dar resposta à questão por nós levantada traçámos objectivos. Tal como refere Fortin (1999: 40), “*o objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever, ou ainda de explicar ou de prever tal ou tal fenómeno*”. Os objectivos por nós delineados foram os seguintes:

- Identificar quais os problemas psíquicos predominantes nos imigrantes que recorrem a Serviços de Saúde Mental da região de Lisboa;
- Compreender em que medida a imigração é factor desencadeante de psicopatologia e doença mental.

1.3. Justificação do estudo

A globalização e a cada vez maior mobilidade dos indivíduos no globo levam a que cada vez mais imigrantes recorram aos serviços de saúde. Esse facto também se verifica em Portugal.

Enquanto profissional de saúde, contactamos diariamente com esses indivíduos, quando procuram cuidados de saúde mentais, e temos bem presente a falta de informação relativamente a essa problemática. Estamos, pois, em crer que a investigação em curso permitirá aprofundar conhecimentos sobre os fenómenos em estudo. Por outro lado, o facto desta problemática ser ainda pouco explorada em Portugal, confere um aspecto pioneiro à investigação, e como tal pensamos poder trazer subsídios para que futuras pesquisas se debrucem sobre as referidas questões.

2. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Para a escolha dos instrumentos de investigação Fortin (1999:238) defende que há a considerar vários factores:

“os objectivos do estudo, o nível dos conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida, assim como, a eventual concepção pelo investigador dos seus próprios instrumentos de medida”.

Antes de iniciar uma colheita de dados, através do uso de instrumentos de investigação, o investigador deve questionar-se se a informação que pretende obter para responder aos objectivos da sua investigação é exactamente essa de que tem necessidade.

Assim, após termos efectuado um diagnóstico da situação de um grupo particular da população – os imigrantes que recorrem a serviços de saúde na região de Lisboa, por problemas mentais, e a relação destes problemas com a situação de imigração, reforçámos a ideia já anteriormente concebida, através das leituras efectuados e das entrevistas realizadas a peritos nesta área de pesquisa, da escassez de informação sobre esta problemática. Ora Fortin (1999:240) refere que

“quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno (...), o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno. São utilizados a esse nível as observações, as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas, os questionários semi-estruturados, o material de registo, etc”.

Desta forma as técnicas de investigação por nós eleitas foram o inquérito por entrevista e a observação, mais concretamente a observação participante.

A observação participante acontece quando o investigador assume *“explicitamente o seu papel de estudioso junto da população observada, combinando-a com outros papéis sociais cujo posicionamento lhe permita um bom posto de observação”* (Carmo, 1998:107).

No nosso caso, a combinação entre os papéis de investigadora/enfermeira a exercer funções em instituições de saúde a que estes imigrantes recorrem,

facilitou a sua abordagem e a respectiva recolha de informação, bem como a observação dos seus comportamentos.

A observação participante tem vindo a ser cada vez mais usada em trabalhos de natureza psicossociológica *“quer como ferramenta exploratória quer como técnica principal de recolha de dados (...)”* (Carmo, 1998:108).

No nosso estudo, a observação foi usada como ferramenta exploratória já que, como técnica principal de recolha de dados, seria muito morosa ou mesmo impossível, e recorreremos por isso ao inquérito. Como diz Matalon (2001:13),

“(...) o recurso ao inquérito é necessário de cada vez que temos necessidade de informação sobre uma grande variedade de comportamentos de um mesmo individuo, comportamentos cuja observação directa, mesmo que possível, levaria demasiado tempo, ou seria completamente impossível (...)”.

Recorreremos ao inquérito na sua versão menos directiva – a entrevista.

2.1. A entrevista

Carmo (1998:128) recomenda o uso da entrevista *“nos casos em que o investigador tem questões relevantes, cuja resposta não encontra na documentação disponível ou, tendo-a encontrado, não lhe parece fiável, sendo necessário comprová-la”.*

A saúde mental dos imigrantes que recorrem a instituições de saúde na região de Lisboa mostra-se uma questão relevante, que o nosso estudo pretende investigar, tentando compreender que relações existem entre a doença mental e a situação de imigração. Como anteriormente referimos, a informação sobre este assunto é ainda escassa, pelo que estes dados só poderão então emergir através de uma entrevista, dado o cariz exploratório da nossa investigação, optámos pela entrevista semi-estruturada de forma a dar alguma liberdade de resposta aos entrevistados, sem no entanto deixar de responder aos assuntos que nos interessa tomar conhecimento.

A entrevista à população imigrante estudada proporcionou-nos ainda o relacionamento com a mesma, permitindo, como defende Fortin (1999:245), *“colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos*

comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes”.

Após essa interação com a população imigrante estudada procedemos a uma análise interpretativa das comunicações, ou seja procedemos à análise de conteúdo das mesmas.

2.1.1. A análise de conteúdo

Utilizámos esta técnica de investigação porque, como refere Bardin (1977:42), consiste num

“conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

E, à semelhança de Quivy (1998:227), consideramos que a análise de conteúdo

“oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade que permite satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico”.

Considerámos, pois, que esta técnica é o instrumento adequado para analisar o testemunho fornecido pela população por nós estudada, através das entrevistas transcritas.

O tipo de procedimento indutivo que utilizamos proporciona um vaivém entre o que pretendemos obter (objectivos) e aquilo com que nos deparamos (recolha de dados). Este processo, tal como Albarello (1997:117) diz, leva-nos a frequentes “reformulações” e descobertas:

“(...) este trabalho indutivo, o vaivém constante entre as hipóteses de partida, a recolha e o tratamento dos dados são particularmente importantes quando se encara a análise qualitativa numa lógica exploratória, como um meio de descoberta e de construção de um esquema teórico de inteligibilidade, e não tanto numa óptica de verificação ou de teste de uma teoria ou de hipóteses preexistentes (...)”.

De entre as opções existentes, pensamos que o que Albarello (1997:120) denomina como descrição analítica serve os objectivos que traçámos, e uma vez que não existe uma grelha pré-definida, a análise debruça-se sobre os materiais que emergem, “(...) *as classes ou categorias e as suas relações são sugeridas ou descobertas, indutivamente, a partir dos dados (...)*”. Não estipulámos a criação prévia de um esquema de análise uma vez que consideramos que tal procedimento poderá induzir a exploração e descrição a que nos propusemos. Pretendemos descrever os actores em situação – os imigrantes com problemas mentais que recorrem a instituições de saúde na região de Lisboa. Também Bardin (1977:119) nos mostra esta forma de categorizar:

“(...) o sistema de categorias não é fornecido, antes resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos. Este é o procedimento por “milha”. O título conceptual de cada categoria, somente é definido no final da operação.”

Esta técnica de investigação, centrada no sujeito, permite-nos edificar o conhecimento a partir do que é relevante para ele, através dos seus relatos de situações e acontecimentos que lhe são importantes. Vai, pois, de encontro ao sentido exploratório da nossa investigação.

3. TIPO DE ESTUDO

“O tipo de estudo, descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, quer esta tenha como objectivo descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (Fortin, 1999:133).

O nosso estudo é, pois, descritivo uma vez que pretendemos caracterizar a situação actual relativamente aos imigrantes com problemas mentais, tentando perceber que relação existe entre doença mental e a situação de imigração. Tal como refere Carmo (1998:213), a investigação descritiva tem como objectivo *“estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação”*. Como pretendemos investigar uma questão relativamente à qual a informação é escassa, adoptámos uma metodologia qualitativa, de índole exploratória, mais adequada às características deste estudo.

A metodologia qualitativa, segundo Bogdan (1994), envolve a obtenção de dados descritivos através do contacto directo do investigador com a situação estudada, enfatizando mais o processo do que o produto e preocupando-se em retratar a perspectiva dos participantes.

Segundo Taylor (1984), a investigação qualitativa é aquela que produz dados descritivos a partir de documentos escritos, entrevistas e comportamento observável de indivíduos. Este autor atribui-lhe algumas características, das quais seleccionámos as que considerámos mais relevantes de acordo com o nosso estudo:

- A investigação qualitativa é indutiva. Os investigadores desenvolvem conceitos e chegam à compreensão de fenómenos a partir de padrões provenientes da recolha de dados;
- O investigador tem em conta a realidade global. Os indivíduos, as situações e os grupos não são reduzidos a variáveis mas são vistos como um todo – holisticamente;
- A investigação qualitativa é naturalista. Os investigadores interagem com os informantes de uma forma discreta. Tentam “misturar-se” até compreenderem uma determinada situação;
- Os investigadores tentam compreender os indivíduos a partir dos seus “quadros de referência”. Demonstram simpatia e identificam-se com eles para compreenderem como encaram a realidade;
- Para o investigador todas as perspectivas são válidas. Procura compreender as perspectivas daquele que estuda. Deve considerar todos os indivíduos como tendo igual importância.

Na investigação qualitativa dá-se grande relevo à validade do trabalho realizado, tentando-se que a informação e os dados recolhidos estejam de acordo com o que os indivíduos dizem e fazem.

Neste processo tem, pois, grande importância a informação recolhida através das entrevistas exploratórias a peritos, informantes qualificados sobre o fenómeno em estudo, porque, como defende Carmo (1998:124), *“poderá vir a ser útil para uma descrição preliminar do grupo e do seu modo de vida.”*

4.AS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS

“As entrevistas exploratórias têm (...) como função principal revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras” Quivy (1998:69).

Segundo o mesmo autor (1998:71], as entrevistas exploratórias devem ser solicitadas a

“(...) docentes, investigadores especializados e peritos no domínio de investigação implicado pela pergunta de partida. (...) testemunhas privilegiadas (...) pessoas que, pela sua posição, acção ou responsabilidade, têm um bom conhecimento do problema. (...). Finalmente, (...) o público a que o estudo diz directamente respeito (...)”.

4.1. Contexto de realização

Seguindo o conselho de Quivy procurámos interlocutores válidos para o nosso estudo, que reunissem as características por ele definidas e que mostrassem disponibilidade para serem sujeitos à entrevista.

O critério de selecção baseou-se no facto de terem estado em contacto profissional com os imigrantes com problemas mentais.

Assim, entrevistámos a Presidente e fundadora da Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural e responsável da Consulta do Migrante do Hospital Miguel Bombarda, o Administrador Hospitalar do Hospital Miguel Bombarda, a Enfermeira Directora e um Enfermeiro-Chefe do Hospital Júlio de Matos.

A entrevista foi semi-estruturada para dar liberdade ao Outro de dar o seu testemunho/opinião, à semelhança dos métodos psicoterapêuticos de Carl

Rogers, também utilizados em investigação social (Quivy, 1998), tendo-se elaborado um guião a aplicar durante a sua realização (ANEXO I).

Apresentámos ao entrevistado os objectivos da entrevista, o tempo provável de duração da mesma, e o pedido de autorização para proceder à sua gravação.

Adoptámos uma atitude o menos directiva e o mais facilitadora possível, utilizando para isso o comportamento sugerido por Quivy (1998): procurámos efectuar o menor número possível de perguntas, formulámos as nossas intervenções da forma mais aberta possível, facilitámos a livre expressão do entrevistado e evitámos ao máximo implicar-nos no conteúdo da entrevista. As entrevistas foram previamente acordadas quanto à hora e local, decorrendo num ambiente e contexto adequados, e gravadas em suporte áudio.

4.2. Análise dos dados e interpretação dos resultados

Como técnica de análise dos dados optámos por utilizar a análise de conteúdo da informação expressa nas questões colocadas aos entrevistados, por nos parecer a forma mais adequada e a que melhor se adapta na natureza qualitativa da nossa investigação.

Com base nos pressupostos de Vala (1986), construímos o sistema de categorização por unidades de análise, categorias e subcategorias de análise. Estrutturámos as unidades de análise, denominando-as de unidades de significação, tal como refere Fortin (1999:316):

“(...) a identificação das unidades de significação, consiste em subdividir o texto em unidades de significação naturais, as quais são partes do texto que ilustram factos ligados ao fenómeno”.

A construção das diferentes unidades de significação obedeceu ao princípio da mesma autora [Fortin, 1999:316]: *“Cada unidade de sentido é delimitada por uma mudança de conteúdo temático”.*

Pretendemos, no entanto, que as categorias e subcategorias emergissem da própria análise, ou seja, uma mistura entre o que Vala (1986) considera a construção *a priori* e *a posteriori*, e obedeceram, tal como aconselha Carmo (1998:255), aos critérios de exaustividade, exclusividade, objectividade e pertinência.

Cada entrevista foi catalogada respectivamente com os símbolos E1, E2, E3 e E4. Os cortes no discurso do entrevistado foram assinalados com o símbolo (...) (reticências entre parêntesis).

Seguidamente, identificámos o que Quivy (1998) denomina como indicadores, que consistem nos pontos de referência para a interpretação dos resultados, em função dos quais construimos uma síntese de temas e fizemos a sua distribuição.

Estas quatro entrevistas exploratórias serviram, portanto, para aprofundar o fenómeno em estudo, e expor com mais clareza o caminho que nos irá permitir clarificar a problemática.

As conclusões daí retiradas foram as seguintes:

- ❑ O número de imigrantes que tem recorrido aos hospitais tem aumentado, segundo referem metade dos inquiridos, embora uma parte (um terço) refere desconhecimento relativamente a esse assunto, uma vez que não tem informação da nacionalidade dos doentes;
- ❑ Os técnicos de saúde deveriam ter formação mais específica no que diz respeito a questões relacionadas com a situação da imigração, referem metade dos inquiridos. Destes, um terço aponta aspectos burocráticos, e metade aspectos referentes à formação dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, já que são estes técnicos que mais contactam com esses doentes. Também outra metade dos inquiridos considera não haver necessidade de formação específica relativamente à situação de imigração uma vez que os técnicos, actualmente, já estão sensibilizados para esse aspecto;
- ❑ As dificuldades com que os técnicos mais frequentemente se deparam perante esses doentes são questões relativas à comunicação, segundo referem metade dos inquiridos, assim como aspectos relativos a hábitos culturais, sobretudo por parte

dos enfermeiros, de acordo com um terço dos inquiridos. Um terço dos inquiridos aponta aspectos burocráticos;

- ❑ As patologias que mais frequentemente os imigrantes apresentam são a depressão, segundo referem metade dos inquiridos, embora também o alcoolismo, a sintomatologia psicótica e somatização das queixas seja apontado respectivamente por um terço dos inquiridos. Outro terço refere não haver patologias específicas, mas sim uma prevalência idêntica à população portuguesa.

5. POPULAÇÃO ALVO

Para Carmo (1998: 191), população ou universo *“é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos”*.

Fortin (1999:202) refere que *“Uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo”*. E faz ainda a distinção entre esta e população acessível:

a população alvo é “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”.

Utilizando as considerações de Fortin (1999) atrás referidas, os indivíduos imigrantes com problemas mentais que recorrem a instituições de saúde na região de Lisboa, será a população submetida ao nosso estudo, e portanto a nossa população alvo. No entanto, esta população não estará toda ela acessível ao nosso estudo, por factores vários (temporais, económicos, entre outros).

A população acessível para o nosso estudo será então constituída pelos indivíduos imigrantes com problemas mentais que recorrem a instituições de saúde na região de Lisboa, que partilhem connosco, enquanto investigadora,

uma língua comum (português, inglês, francês, espanhol, crioulo de Cabo Verde) para efeitos de diálogo, e, que, através de uma técnica de amostragem (que explicaremos no ponto seguinte) nos será proporcionada.

6. AMOSTRA

Fortin (1999:202) define amostra como sendo *“um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo”*.

A construção de uma amostra implica um processo de selecção que se denomina amostragem, tendo como propósito *“obter informação acerca de uma dada população; sendo raro um estudo incidir sobre a totalidade da população”* (Carmo, 1998:191).

A nossa amostra foi obtida através de uma técnica não probabilística accidental. Segundo Fortin (1999:208), a *“amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”*. Segundo esta autora (1999) esta técnica de amostragem é útil quando o investigador não tem acesso a toda a população, daí ter-se optado por uma amostra não probabilística.

A amostra foi obtida de forma accidental pois, tal como refere Fortin (1999:208), *“os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.”* e *“é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, como, por exemplo, as pessoas hospitalizadas”*.

6.1. Constituição da amostra

A nossa amostra é constituída por 20 indivíduos imigrantes com problemas psíquicos que recorreram a instituições de saúde na região de Lisboa.

No entanto, o número de sujeitos a considerar para constituir uma amostra é um aspecto que levanta muitas interrogações e Fortin (1999:211) considera até que *“não existe fórmula simples para determinar o tamanho da amostra”*, mas o

“objectivo do estudo fornece indicações sobre o tamanho da amostra requerida”. Assim, segundo aquela autora (1999:211), quando

“o objectivo do estudo é explorar e descrever fenómenos, o tamanho da amostra poderá ser reduzido. Nos estudos exploratórios de natureza qualitativa ou quantitativa cujo objectivo é a descoberta de novos conhecimentos num domínio, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado”.

Sendo a nossa investigação um estudo qualitativo de carácter exploratório, considerámos, de acordo com Fortin (1999), que 20 indivíduos seriam em número suficiente para a nossa amostra.

6.2. Caracterização da amostra

6.2.1. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão por nós seleccionados foram os seguintes:

1. Indivíduos imigrantes com problemas psíquicos que recorressem às instituições de saúde por nós seleccionadas;
2. Com disponibilidade para participarem no estudo.

6.2.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão por nós seleccionados foram os seguintes:

1. Indivíduos que não se expressassem em português, inglês, francês, espanhol ou crioulo de Cabo Verde (línguas de comunicação da investigadora);
2. Indivíduos que não se apresentassem em pleno estado de consciência, se apresentassem delirantes ou com outra situação cujo critério médico aconselhasse a não participar no estudo;
3. Ter emigrado há menos de 6 meses;

7. PROCEDIMENTOS NO PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Após efectuarmos as entrevistas exploratórias, a informação daí resultante permitiu-nos “afinar” a nossa problemática e estruturar o guião da entrevista a aplicar aos imigrantes do nosso estudo (ANEXO II). Depois de finalizado o guião, procedemos a um pré-teste a dois elementos da população alvo (que já não foram incluídos na nossa amostra) no mês de Setembro, pois tal como aconselha Carmo (1998:214) o instrumento de recolha de dados “*deverá ser testado e corrigido antes de ser administrado aos sujeitos que constituem a amostra.*” Face aos resultados reformulámos ligeiramente algumas das questões e demos início à recolha de dados no mês de Setembro de 2005.

7.1. Inserção no terreno

O espaço inicialmente previsto para efectuar a recolha de dados era apenas a Consulta do Migrante, no Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa.

Tomámos essa decisão uma vez que na sequência de um estágio que realizámos entre Janeiro e Julho de 2005, nesta Consulta, no âmbito curricular do Mestrado – *European Master in Intercultural Communication (EMICC)*, que frequentámos em 2004, no *Institut Catholique des Hautes Études Commerciales (ICHEC)*, em Bruxelas, em parceria com a Universidade Aberta, em Lisboa, nos apercebemos de que esta consulta apresentava um contexto multicultural propício ao desenvolvimento da nossa investigação.

Uma vez que começámos a fazer parte da equipa terapêutica da Consulta do Migrante, embora como observadora, no âmbito do referido estágio, não tivemos dificuldades em empreender o nosso estudo.

Fomos contactando com os indivíduos imigrantes que ali recorriam, e apresentadas aos mesmos, simultaneamente, como profissionais de saúde integrantes da Consulta e investigadores no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado. Fomos, assim, desenvolvendo uma relação de confiança com os indivíduos e iniciando deste modo as primeiras observações e contactos.

Após terminar o estágio decidimos continuar a trabalhar na Consulta, embora como voluntária, o que nos facilitou o contacto com os indivíduos.

Pedimos autorização à pessoa responsável pela consulta, dando-lhe a conhecer os objectivos do estudo e o conteúdo do guião da entrevista, que desde logo concordou com a realização do nosso estudo. Seguidamente procedemos ao pedido de autorização ao Conselho de Administração daquela instituição para a realização do estudo, o qual também deu parecer positivo. Demos, também, conhecimento à restante equipa, e pedimos a sua colaboração tendo-se todos mostrado disponíveis para o mesmo.

Iniciámos então as entrevistas aos utentes em Setembro de 2005. Começaram, então, a surgir-nos grandes dificuldades. Nesse período havia um número reduzido de doentes na consulta, e os que recorriam à mesma, a maioria não podia ser submetido à nossa entrevista, devido à sua patologia, de acordo com a indicação médica, pelo risco de piorarem a sua situação clínica.

As entrevistas foram decorrendo a um ritmo muito lento e, ao fim de um mês, tínhamos apenas quatro entrevistas realizadas. Decidimos, então, alargar o local de recolha de dados, com vista a rentabilizar o nosso trabalho.

Em virtude do Hospital Júlio de Matos ser o nosso local de trabalho, tínhamos já conhecimento de que esta instituição, especializada em cuidados de saúde mental e de psiquiatria, presta assistência a uma população multicultural reunindo, portanto, condições para efectuar a nossa investigação.

Optámos por serviços de internamento de assistência a doentes em fase aguda da doença, uma vez que aí há uma grande rotatividade nos doentes internados e, portanto, maior acessibilidade para a amostra.

Optámos também por incluir o serviço de Terapia Ocupacional, uma vez que este serviço recebe doentes de todo o hospital e, portanto, é mais abrangente no que diz respeito à área geográfica da sua proveniência.

Pedimos, mais uma vez, autorização aos respectivos responsáveis dos serviços que, de imediato, deram autorização para iniciar o estudo e disponibilizaram toda a colaboração necessária.

O Conselho de Administração desta instituição também deu o seu parecer positivo. Iniciámos, então, as entrevistas neste hospital, enquanto que, em simultâneo, continuávamos com a nossa recolha de dados na Consulta do Migrante.

A duração média da realização de cada entrevista variou entre 30 minutos e 1 hora. Sempre que o entrevistado e/ou a situação assim o permitiu, procedeu-se

à gravação em áudio das entrevistas, uma vez que, segundo Meriam (1988:82), *“Idealmente, a transcrição à letra das entrevistas gravadas proporciona a melhor base de dados para análise”*, tendo-nos, no entanto, deparado com dois indivíduos que recusaram o uso de gravador, e com outros quatro que se recusaram a participar no estudo. Em cinco entrevistas optámos por não usar o gravador para não intimidar os indivíduos uma vez que estes, dada a sua patologia, se mostraram um pouco desconfiados. Confrontámo-nos, ainda, com problemas técnicos que impossibilitaram a gravação de duas entrevistas.

A recolha de dados efectuou-se nos seguintes locais:

- Hospital Miguel Bombarda
 - Consulta do Migrante

- Hospital Júlio de Matos
 - Clínica IV
 - Clínica I
 - Terapia Ocupacional

7.1.1. Hospital Miguel Bombarda

O Hospital Miguel Bombarda, antigo hospital de alienados, estabelecido no edifício de Rilhafolles desde 1848, em pleno centro de Lisboa, na rua Dr. Almeida Amaral, tornou-se no Manicómio Miguel Bombarda desde Maio de 1911 e, por determinação do Dr. António José de Almeida (importante administrador daquela instituição entre 1892 e 1910) é hoje denominado Hospital Miguel Bombarda, sendo uma instituição especializada em cuidados de saúde mental e psiquiatria.

Os doentes assistidos no Hospital Miguel Bombarda provêm de duas áreas: a área mediata, isto é, a área de influência do hospital que se estende a todo o sul do país, com excepção de Portalegre, e a área imediata que diz respeito à área de assistência correspondente na cidade de Lisboa às seguintes freguesias: S. Lourenço, Santa Justa, S. Nicolau, Martins, Sacramento, Encarnação, S. Paulo, Santa Catarina, Mercês, S. Mamede, Sagrado Coração de Jesus, S. José, Pena, Anjos, Socorro, S. Cristóvão, Madalena, Sé, Castelo,

Santiago, S. Miguel, Santo Estêvão, S. Vicente de Fora, Graça, Santa Engrácia, Lapa, Prazeres, Santa Isabel, Santo Condestável e Santos-O-Velho.

O Hospital Miguel Bombarda abarca três vertentes no que diz respeito à sua prestação de cuidados de saúde:

- O serviço de internamento, que dá apoio a doentes na fase aguda da sua doença e a doentes de evolução prolongada;
- O serviço de urgência, que é efectuado no serviço de urgência do Hospital Curry e Cabral, em Lisboa, por enfermeiros e médicos psiquiatras do Hospital Miguel Bombarda, em parceria com os enfermeiros e médicos psiquiatras do Hospital Júlio de Matos, como forma de rentabilização dos recursos humanos e físicos;
- As consultas externas, que se realizam no próprio hospital, e também fora de Lisboa. Neste caso são abrangidas as zonas de Cascais/Sintra e Almada/Seixal onde, semanalmente, as equipas do hospital se deslocam para efectuar consultas.

O Hospital Miguel Bombarda disponibiliza consultas de alcoologia, psicologia, prevenção do suicídio, psicossomática, psicoterapia, exames psicológicos e exames médico-legais, e desde 2005, também uma consulta específica para migrantes, a Consulta do Migrante.³⁴

Consulta do Migrante

Trata-se de uma consulta de saúde mental especializada em perturbações transculturais, e tem como objectivo assistir pessoas em situações de sofrimento e doença psíquica, cujos quadros clínicos apresentem elementos de patologia associados a processos de migração e inserção numa nova sociedade e nos quais a língua e/ou o contexto cultural requeiram uma intervenção especializada.

Realiza-se semanalmente em dois tempos diferentes: o atendimento aos utentes às quintas-feiras, das 9 às 16 horas, em que se realizam as diversas consultas (diagnóstico inicial, de seguimento, Intervenção Social e Comunitária,

³⁴ Dados colhidos no Hospital Miguel Bombarda.

de Avaliação Psicológica) e a Reunião Semanal de Avaliação e Discussão de Casos Clínicos, só com os técnicos da Consulta, que se realiza às quartas-feiras, às 11 horas.

Entrevistámos aqui oito utentes, dos quais quatro são do sexo masculino e quatro do sexo feminino, entre Setembro de 2005 e Janeiro de 2006.

As entrevistas decorreram às quintas-feiras, entre as 9 e as 13 horas, período em que decorria a consulta, em gabinete reservado à mesma, onde havia privacidade e um ambiente adequado à realização da entrevista. Todas decorreram aqui, à excepção de uma, que decorreu no local de trabalho da entrevistada, no seu horário de almoço, por conveniência desta. A periodicidade com que foram realizados as entrevistas foi bastante inconstante, de acordo com o movimento de doentes à consulta, bem como da sua possibilidade de participação. Assim, houve dias em que não conseguimos realizar nenhuma entrevista, dias em que realizámos apenas uma, e dias em que conseguimos duas entrevistas.

7.1.2. Hospital Júlio de Matos

Este hospital especializado, vocacionado para a saúde mental e psiquiatria, situa-se em Lisboa, na freguesia de S. João de Brito, na Avenida do Brasil.

A sua área de influência geográfica abrange a cidade de Lisboa, a Grande Lisboa, os distritos de Santarém e Portalegre, e também o Algarve.

“Actualmente com mais de 60 anos de existência, o Hospital atende mais de 15000 doentes por ano (cerca de 40000 consultas, 1700 internamentos e mais de 7000 urgências) servindo uma população de mais de 1 milhão de habitantes. Oferece, entre outros serviços, no Hospital e na comunidade: consultas de psiquiatria (geral e especializadas) e de outras especialidades (neurologia, medicina interna, endocrinologia, sexologia, estomatologia); internamentos de agudos (cerca de 10% compulsivos) e de doentes de evolução prolongada; serviço de urgência (24 horas); serviço de reabilitação com residências de treino e transição; psicologia; psicoterapia comportamental; psiquiatria forense; meios complementares de diagnóstico (análises,

electroencefalografia, radiologia); grupo de teatro terapêutico; equipas comunitárias multidisciplinares.”³⁵

É constituído pelos seguintes serviços: seis Clínicas Psiquiátricas, cinco Residências Psiquiátricas, três Residências de Reabilitação, Psiquiatria Comunitária, Psicologia Clínica, Psicoterapia Comportamental, Consulta Externa, Tecnologias de Reabilitação, Unidade Terapia Ocupacional, Escritórios Europa, Hospital Dia, Meios Complementares de Diagnóstico Terapêutico, Núcleo Educativo Terapêutico e Serviço Social.³⁶

Clínicas de Internamento IV e I

As Clínicas de Internamento IV e I prestam cuidados de saúde mental a utentes na fase aguda da sua doença. Ambas têm, respectivamente, a lotação de 30 camas de internamento.

A Clínica IV tem como área de influência geográfica: a zona de Loures oriental, Concelho de Torres Vedras, algumas freguesias de Lisboa, concelho de Torres Novas, distrito de Portalegre e Algarve³⁷.

Entrevistámos, aqui, sete utentes, dos quais, quatro são do sexo feminino e três são do sexo masculino.

Nesta Clínica as entrevistas realizaram-se durante o nosso período laboral, uma vez que aqui desempenhamos funções. Em média, cada entrevista foi num dia diferente, de acordo com a nossa disponibilidade e com a disponibilidade terapêutica dos indivíduos seleccionados, tendo decorrido entre Outubro de 2005 e Janeiro de 2006.

A Clínica I tem como área de sua influência geográfica: a zona de Loures ocidental, o concelho de Odivelas, concelho de Tomar, distrito de Portalegre e Algarve³⁸.

Entrevistámos, aqui, três utentes do sexo masculino.

³⁵ In <http://www.hjmatos.min-saude.pt/> em 26/4/07

³⁶ *ibidem*

³⁷ Os utentes oriundos destas áreas são distribuídos pelas várias Clínicas, por *roulement*.

³⁸ *Ibidem*.

Nesta Clínica as entrevistas decorreram também nos dias em que nos encontrávamos em funções neste hospital, após o nosso horário laboral, tendo sido aqui efectuadas três entrevistas de seguida, no mesmo dia, em Fevereiro de 2006.

Terapia Ocupacional

Neste serviço são desenvolvidas actividades terapêuticas de ocupação para os utentes provenientes, quer dos serviços de internamente, quer utentes externos, com fins reabilitativos.

Entrevistámos, neste local, dois utentes do sexo masculino que estavam internados em dois serviços diferentes deste hospital.

Aqui as entrevistas foram efectuadas após o nosso período laboral, e nos dias em que a responsável do serviço nos contactou informando-nos que estariam lá indivíduos que reuniam as condições que tínhamos estipulado para o nosso estudo. Assim, foi efectuada uma entrevista em Dezembro de 2005 e outra em Janeiro de 2006.

Em qualquer dos locais atrás referidos, sempre se proporcionou um ambiente adequado à realização das entrevistas e à privacidade do entrevistado.

Estes locais, Clínica IV, Clínica I e Serviço de Terapia Ocupacional, foram escolhidos para as entrevistas devido à sua acessibilidade, uma vez que a nossa actividade profissional se desenvolve neste hospital, e estabelecem-se diariamente contactos profissionais com os referidos serviços.

9. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Finalizado o processo de recolha de dados, procedemos à respectiva análise, embora na verdade esta já tivesse tido início durante o mesmo, pois *“a reflexão, sobre aquilo que se vai descobrindo enquanto se está no campo de investigação, é parte integrante de todos os estudos qualitativos”* (Bogdan, 1994:206).

O objectivo desta análise é o de obter respostas para as questões de investigação inicialmente levantadas, com vista a compreender a relação entre doença mental e a situação de imigração.

A análise de dados para Bogdan (1994:205) é

“O processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou. A análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros”.

“Os métodos de análise dos dados variam segundo o tipo de estudo, a técnica amostral e o grau de complexidade dos métodos de colheita dos dados utilizados. Se os métodos de colheita de dados são qualitativos (...) recorrer-se-á à análise de conteúdo”, como refere Huberman e Miles (1991, citado por Fortin, 1999:162).

Quivy (1998:227) considera por seu turno que a análise de conteúdo *“oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade que permite satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico”.*

Assim, seguindo o conselho dos autores atrás referidos, e após a transcrição das entrevistas efectuadas aos indivíduos da nossa amostra, e diversas leituras das mesmas, demos início à sua análise.

As respostas às questões referentes à caracterização da população em estudo foram agrupadas em vários quadros (ANEXO IV), as restantes foram submetidas a análise de conteúdo.

Bardin (1977:103) refere que, para o tratamento dos dados, é necessário que estes sejam codificados, *“(...) sendo a codificação o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”.*

Procedemos, assim, à divisão do corpo do trabalho em unidades de registo e unidades de contexto, tentando que a sua escolha respondesse de maneira pertinente às características do material, face aos objectivos da análise. A

unidade de registo, definida por Bardin (1977:104) como “(...) *a unidade de significação a codificar e correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial*”, consiste num recorte semântico ou linguístico, feito de acordo com aquilo que se pretende investigar.

Optámos pela utilização do tema como unidade de registo, uma vez que este

“(...) é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não directivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo (...) podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base” (Bardin, 1977:106).

Ainda segundo o mesmo autor (1977:105), “*fazer uma análise temática consiste em descobrir os «núcleos de sentido» que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido*”.

Para melhor compreender algumas das unidades de registo, recorreremos a unidades de contexto. Segundo Bardin (1977:107),

“A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo. Isto pode, por exemplo, ser (...) o parágrafo para o tema”.

Finalmente, procedemos à escolha das categorias e subcategorias, aspecto crucial da análise de conteúdo, tal como justifica Berelson (1952, citado por Ghiglione, 1993: 209): “*Os estudos (...) serão produtivos na medida em que as categorias sejam claramente formuladas e bem adaptadas ao problema e ao conteúdo (a analisar)*”.

A categoria, para Hogenraad (1984, citado por Vala, 1986:110), é

“(...) um certo número de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria do analista. Neste sentido, uma categoria é habitualmente composta por um termo-chave que indica a significação

central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. Assim, a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria”.

Como inicialmente só tínhamos temas, a selecção das categorias que possibilitaram a análise do conteúdo foi feita nessa fase. Uma vez construídas, as categorias foram submetidas a um teste de validade interna, através da verificação da sua exaustividade e exclusividade. *“O que importa ao analista são conceitos, e a passagem dos indicadores aos conceitos é portanto uma operação de atribuição de sentido, cuja validade importará controlar”* (Hogenraad, 1984, citado por Vala, 1986:111).

A fase de tratamento dos dados é definida por Miles (1984, citado por Lessard-Hébert, 1994:118) como sendo *“(…) a estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões”*. Procedemos, então, à redução e organização dos dados e à construção de grelhas de análise das entrevistas sob a forma de quadros (ANEXO III), o que nos permitiu apresentá-los de forma estruturada. Nestas grelhas, inscrevemos as unidades de registo resultantes das entrevistas por nós efectuadas, agrupando-as por temas, categorias e subcategorias.

Uma vez que o objectivo da análise de conteúdo é, como refere Bardin (1977), a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção com a ajuda de indicadores, procedemos à elaboração de quadros onde inscrevemos os indicadores relativos a cada categoria e subcategoria. Ainda de acordo com o mesmo autor, é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação.

“Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra” Bardin (1977:39).

Terminada esta parte de análise e tratamento dos dados, procedemos à sua apresentação e discussão. Fizemo-lo utilizando excertos das entrevistas e comentários, formulados com base, quer nas entrevistas efectuadas a informadores privilegiados, quer no quadro teórico que serviu de referência ao nosso estudo. Sempre que considerámos oportuno, também introduzimos outros conceitos relacionados com os assuntos analisados.

CAPITULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



Fotografia 6 – Homens paquistaneses conversando na cidade de Pashawar, Paquistão

“Nós, todos nós, ofendemos a humanidade dos que sofrem de cada vez que não damos prioridade às suas vozes, e às suas experiências”

Kleinman (1980)

Após a elaboração do quadro teórico e do plano metodológico que suportou e orientou o nosso estudo, passamos à análise e discussão dos resultados obtidos.

Como já atrás foi referido, efectuámos um total de vinte entrevistas, tendo as mesmas sido transcritas.

Começamos por fazer uma breve apresentação da história de cada um dos entrevistados, após o que efectuamos a caracterização da amostra em estudo, a que se segue a análise dos resultados.

Após várias leituras do texto obtido, foram identificadas as unidades de registo que melhor ilustram o tema abordado, e daí emergiu a nossa grelha de análise que apresentamos em anexo (ANEXO III), constituída por várias categorias e subcategorias.

1. APRESENTAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Os nomes dos entrevistados foram alterados para manter o seu anonimato nesta apresentação sumária de cada caso.

Sandra (E1)

A Sandra tem 50 anos, é de origem latino-americana, solteira, não tem religião, e o seu país de origem é o Brasil.

Teve um filho que deu para adopção. Tem formação universitária, cujo curso fez na Suíça, em Ciências Humanas com especialidade em Ciências Políticas e História.

No Brasil, depois de terminar os estudos, esteve muitas vezes doente, com doença psiquiátrica, o que motivou que tivesse também diversos empregos, tendo sido o último em 1993, numa companhia franco-americana, como secretária executiva e produtora. Vivia sozinha.

Emigrou directamente para Portugal, para além de também já ter vivido na Suíça enquanto estudava.

Está em Portugal há 7 meses, vive com a irmã e nunca trabalhou. O objectivo da sua vinda foram apenas questões domésticas, isto é, ajudar a sua irmã nas limpezas prévias à mudança de casa.

Está ilegal em Portugal, uma vez que veio com visto de turismo e este já caducou, e não pertence a qualquer associação de imigrantes.

Fala português, sendo esta a língua que falava no seu país embora refira, por vezes, dificuldades em perceber os portugueses. O contacto com estes tem sido restrito, já que tem passado a maior parte do tempo em casa, à excepção do contacto que tem tido durante o seu internamento no hospital.

O primeiro episódio psiquiátrico que apresentou foi durante a estadia na Suíça, quando se encontrava a estudar, passando a ser seguida regularmente, a partir daí, pela psiquiatria, uma vez que tem doença bipolar. Teve várias recidivas ao longo dos anos.

Quando veio para Portugal trouxe a respectiva documentação enviada pelo seu médico, para continuar a ser seguida em psiquiatria, tendo recorrido à Consulta Externa do Hospital Júlio de Matos, onde passou a ser assistida, uma vez que a sua área de residência é em Lisboa, e abrangida por este hospital. Passado cerca de um mês do início do seu seguimento na consulta descompensou pelo que a sua psiquiatra a internou no HJM.

Apresenta também inúmeros problemas físicos, como problemas ginecológicos, abdominais, oftalmológicos e reumatismo, que alega se deverem já à sua idade, pretendendo ser assistida para a vigilância dos mesmos.

Considera que a assistência na saúde em Portugal é melhor do que no Brasil e nunca sentiu qualquer dificuldade ou discriminação no acesso aos serviços de saúde portugueses.

Não teve nenhuma experiência marcante relacionada com os portugueses e/ou Portugal desde que imigrou para o nosso país, uma vez que sempre esteve fechada em casa da irmã. Foi esta situação de “clausura doméstica”, sem poder sair, e com bloqueamento telefónico, que a marcou profundamente, mas que considera nada ter a ver com os portugueses.

Jeremias (E2)

O Jeremias tem 33 anos, é de origem africana, solteiro, e a sua religião, embora actualmente não praticante, é a Igreja Universal do Reino de Deus. O seu país de origem é São Tomé e Príncipe.

Não tem filhos e tem o quinto ano de escolaridade. Fala português que, como sabemos, é a língua falada no seu país.

Em São Tomé vivia com o pai e a irmã, vivendo a sua mãe em Angola. Trabalhava no Ministério da Cultura, na área da música e dança, e foi em trabalho que veio a Portugal, durante três semanas, e igual período em Espanha, decidindo, após ter terminado a missão de trabalho, não voltar para o seu país e ficar a viver em Portugal, o que já acontece há 13 anos.

Em Portugal, tem trabalhado na construção civil, e vive actualmente nos subúrbios de Lisboa, sozinho, mas apresenta uma certa adaptabilidade que o tem ajudado na integração na sociedade portuguesa. Está em situação de ilegalidade uma vez que o seu Termo de Residência já caducou e o pedido de renovação do mesmo não foi aceite. Não pertence a qualquer associação de imigrantes.

No seu país nunca apresentou qualquer doença psíquica, o que só se manifestou depois de ter emigrado, com início dois a três anos depois de ter mudado residência para Lisboa (cerca de cinco anos depois de emigrar). Teve um início repentino, com insónia, tendo sido a sua vizinha que o encaminhou para o serviço de urgência do hospital. Foi-lhe diagnosticada perturbação da adaptação com perturbação do comportamento, mais concretamente, uma reacção de ajustamento.

Tem recorrido ao hospital Curry e Cabral e Júlio de Matos e também ao médico de família, não só pela sua doença psíquica mas também por problemas físicos como a fraqueza e problemas urológicos, onde tem sido sempre bem atendido e não tem sentido qualquer dificuldade no acesso àquelas instituições de saúde.

O que o tem marcado profundamente, e de forma negativa, desde que emigrou, é a separação familiar e a precariedade laboral.

Manuel (E3)

O Manuel tem 31 anos, é de origem africana, solteiro, é Adventista do Sétimo Dia e é oriundo de Angola.

Não tem filhos e completou o sétimo ano de escolaridade. Fala português, que também é a língua falada no seu país.

Em Angola vivia com os pais e seis irmãos, e era futebolista, sendo esta a razão, jogar futebol, pela qual emigrou, directamente para Portugal, há oito anos. Devido a problemas de legalização nunca conseguiu exercer esta profissão cá em Portugal, pelo que tem trabalhado na construção civil. Neste

momento está ilegal, com Visto de Trabalho em situação de regularização. Não pertence a qualquer associação de imigrantes.

Vive nos subúrbios de Lisboa, com o tio, a cunhada e filho desta, e com uma sobrinha.

Gosta de viver em Portugal devido à segurança oferecida por este país, sentindo, no entanto, a falta da família. Sente que a sua integração social é dificultada pela sobrecarga do horário laboral que não lhe deixa tempo para questões sociais.

No seu país nunca apresentou qualquer problema psíquico, havendo no entanto antecedentes de depressão relativamente à sua mãe.

Em Portugal, é a segunda vez que está internado por problemas psíquicos. No primeiro episódio foi encaminhado para a psiquiatria pelo médico de medicina do trabalho da empresa onde trabalhava. Actualmente foi o próprio que recorreu ao hospital para pedir ajuda, por apresentar nervosismo e perturbação mental. Foi-lhe diagnosticado uma reacção paranóide aguda enquanto portador de psicose esquizofrénica.

Além da doença mental apresenta ainda problemas intestinais (flatulência), motivo que o levou também ao médico da empresa onde trabalhava. Evita instituições de saúde por se sentir incomodado com esses ambientes, por isso tem por hábito ir à farmácia e tratar-se sozinho. No entanto, das vezes que recorreu a instituições de saúde não sentiu qualquer dificuldade no acesso às mesmas.

Em Portugal a única experiência marcante vivenciada por si, e negativa, é sentir-se seguido, embora não saiba por quem. Em Angola, sim, teve uma experiência deveras marcante, tendo sido ameaçado de morte com uma arma na cabeça.

Udaimir (E4)

O Udaimir tem 21 anos, é de origem africana, solteiro, e Adventista do Sétimo Dia, e o seu país de origem é São Tomé e Príncipe.

Não tem filhos e tem o sexto ano de escolaridade. Estudou em São Tomé até ao quarto ano, onde também aprendeu a língua portuguesa, e continuou a estudar até ao sexto ano, na Casa Pia, em Lisboa. Estudar, foi uma das razões que o levou a emigrar para Portugal, a pedido da mãe, que já cá vivia, uma vez que o ensino tem melhores condições em Portugal do que no seu país. A outra razão para a emigração foi a procura de tratamento para a sua doença mental, da qual é portador desde os 9 anos de idade. Está em Portugal há sete anos.

Actualmente recorreu ao hospital Curry e Cabral, instituição de saúde onde habitualmente recorre, por apresentar uma agudização da sua doença, por se sentir incapacitado, tanto física como intelectualmente. Foi-lhe diagnosticado psicose esquizofrénica.

Quando tem recorrido ao hospital Curry e Cabral, tem-se deparado com grandes dificuldades de ordem comunicacional, uma vez que tem dificuldades na língua portuguesa.

No seu país vivia com a avó e duas irmãs. Em Portugal vive com a mãe e quatro irmãs, nos subúrbios de Lisboa. Está legal, com visto temporário, e não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

Actualmente não tem qualquer ocupação, devido à sua doença mental, que além de o deixar incapacitado para realizar qualquer actividade física ou intelectual, também o isola socialmente. Esta situação de doença tem sido a experiência mais marcante, negativamente, que vivenciou desde que imigrou.

Celestino (E5)

O Celestino tem 52 anos, é de origem africana, divorciado, e é católico. O seu país de origem é Moçambique.

Tem quatro filhos e tem de escolaridade o antigo 5º ano liceal (o equivalente ao actual 9º ano de escolaridade). Fala português, língua também falada no seu país, tendo aprendido com os pais e também durante a sua educação escolar.

Em Moçambique vivia com a esposa e os quatro filhos, e era operador de telecomunicações de aviação civil, o que o levava a viajar bastante. Emigrou, directamente para Portugal, por questões económicas, uma vez que havia problemas na transferência da sua reforma de Portugal para Moçambique. Está em Portugal há 20 anos, legalizado, com visto de residente, e não pertence a qualquer associação de imigrantes.

Em Portugal, até ao divórcio, há oito anos atrás, vivia com a esposa e filhos e depois passou a viver com o sobrinho, até há cerca de um ano e meio, altura em que passou a residir no hospital Júlio de Matos, numa residência protegida.

Teve vários empregos em Portugal: na Knorr, na Lisprene, na construção civil, mas há seis anos que é reformado.

No seu país nunca apresentou qualquer problema psíquico, tendo este tido início quando começaram os seus problemas conjugais. Começou a apresentar problemas de alcoolismo, sentindo-se mal, pelo que foi levado pelas filhas ao hospital Júlio de Matos. Tem como diagnóstico psicose esquizofrénica.

Não tem apresentado outros problemas de saúde, à excepção da obesidade, pelo que está em lista de espera para cirurgia.

O hospital Júlio de Matos é a única instituição de saúde a que tem recorrido, não sentindo qualquer dificuldade no acesso à mesma, uma vez que tem uma boa adaptabilidade e sociabilidade, que desenvolveu com as inúmeras viagens que fez por muitos países devido à sua profissão, o que também lhe facilitou na integração social em Portugal. A única dificuldade que sente é não ter casa e ter que residir no hospital.

A única experiência que vivenciou, negativamente, desde que emigrou, e que o marcou profundamente foi o seu divórcio. Esteve casado 25 anos, e a sua vida longe da mulher e das filhas tem sido muito difícil.

Dinara (E6)

A Dinara tem 66 anos, é de origem africana, solteira mas vive em união-de-facto, e a sua religião é a Evangélica. O seu país de origem é Angola.

Tem três filhos e é analfabeta. Fala português, língua também falada no seu país, tendo aprendido com os pais, embora tenha dificuldade na mesma.

Em Angola vivia com o companheiro, o enteado e com o filho, e residia perto da filha. Trabalhava na agricultura.

Emigrou, directamente para Portugal, há sete anos, devido à doença do companheiro, para ele se tratar. Actualmente está ilegal, com o visto caducado, mas à espera de revalidação. Pertence a uma associação de imigrantes da qual não se lembra do nome.

Em Portugal vive com o companheiro e o filho, e tem trabalhado sempre nas limpezas, embora em diversas empresas.

No seu país já tinha apresentado um episódio de doença mental, que na verbalização da sua linguagem cultural é compatível com psicose pós-parto, mas que não foi possível confirmar.

Em Portugal, a sua doença teve início no ano passado, pelo que foi levada à urgência pelo cônjuge e filho, por alterações do sistema nervoso. Foi-lhe diagnosticada uma perturbação psicótica breve, mais concretamente, uma psicose reactiva.

Além dos actuais problemas psíquicos, também já apresentou problemas dermatológicos, tendo recorrido ao médico para o seu tratamento.

Sempre que tem recorrido a instituições de saúde portuguesas tem-se confrontado com problemas de ordem comunicacional, uma vez que tem

dificuldades na língua portuguesa, no entanto, tem sido sempre bem tratada e gosta de lá ir.

Quanto à integração na sociedade portuguesa não tem sentido dificuldades.

A única experiência que a marcou de forma negativa, desde que emigrou, foi um problema conjugal, mais concretamente o cancelamento do seu casamento, devido à intromissão de outra pessoa, continuando no entanto a viver com o companheiro, mas esperando ainda casar pela Igreja.

Krish (E7)

O Krish tem 22 anos, é de cultura hindu, solteiro, e apesar de actualmente não ser praticante, a sua religião é o Hinduísmo. O seu país de origem é o Suriname, antiga colónia holandesa na América do Sul, mas desde os 7 anos que foi viver para a Holanda.

Não tem filhos e completou o 12º ano de escolaridade. Não fala português, pelo que utiliza o inglês para se exprimir.

No Suriname vivia com os pais, o irmão e a irmã. Na Holanda vivia com a mãe, o irmão e irmã (o pai ficou no Suriname), até há cerca de dois anos, altura em que foi viver sozinho.

Trabalhava numa fábrica de plásticos, na Holanda, até há cerca de um ano atrás, estando sem emprego a partir daí.

Não tem história de doença psiquiátrica até aos 16 anos, altura em que decidiu que já não gostava da Europa e como tal queria sair do Velho Continente. Começou a não andar bem, e deprimido. Passado algum tempo saiu de casa e começou a viver sozinho, pois não queria causar problemas à família. Deixou posteriormente de trabalhar e começou a viver da segurança social, ficando mais tarde também sem casa.

Como já não gostava da Europa decidiu viajar até ao Médio Oriente. Pôs-se a viajar de comboio, sem dinheiro, pelo que inúmeras vezes foi posto fora dos comboios. Deste modo saiu da Holanda, depois seguiu para a Bélgica, França, Itália e Portugal. Aqui já está há seis meses, e pretende seguir para Marrocos e depois Paquistão. Está ilegal em Portugal e não pertence a qualquer associação de imigrantes.

Foi trazido à urgência do hospital porque se encontrava na plataforma do avião, para embarcar, sem bilhete. Apresentava alterações comportamentais e stress. Foi-lhe diagnosticado psicose esquizofrénica. Além da doença mental não apresenta outros problemas de saúde.

Só teve contacto com a actual instituição de saúde, apesar de estar em dois diferentes serviços, não sentindo dificuldades, no entanto, não gostou do primeiro serviço onde esteve.

Em Portugal, no geral, tem tido dificuldades na língua, assim como na consulta dos horários nas paragens de autocarros, dificuldades que têm sido superadas devido à simpatia e disponibilidade dos portugueses.

Matos (E8)

O Matos tem 43 anos, é de origem africana, é separado e a sua religião é a católica. O seu país de origem é Angola.

Tem quatro filhos e tem o 9º ano de escolaridade. Fala português, língua oficial do seu país.

Em Angola vivia com a esposa e os quatro filhos, e tinha como profissão telegrafista.

Emigrou há 14 anos com a família, directamente para Portugal, para fugir à guerra, uma vez que na altura também estava a cumprir o serviço militar. Está legal, com visto de residência, e a curto prazo ficará com a nacionalidade portuguesa, e não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

Em Portugal, vive nos subúrbios de Lisboa, actualmente só com uma das filhas, uma vez que está separado da esposa, estando, no entanto, apenas juntos ao fim-de-semana, já que a filha estuda fora de Lisboa.

É carpinteiro mas também fez o curso de agricultura na Comunidade Vida e Paz, instituição vocacionada para a reabilitação de alcoólicos.

Em Angola já apresentava alterações psíquicas, nomeadamente alterações do sistema nervoso devido à guerra existente no país.

Em Portugal, os seus problemas psíquicos agravaram-se em 1997, cinco anos depois de estar no país, devido a problemas laborais (trabalho árduo e baixo salário), carências económicas e problemas conjugais, cuja separação o deixou frustrado.

Recorreu então ao hospital, por iniciativa própria, por consumo exagerado de álcool e sintomatologia física e psíquica associada ao abuso do consumo daquele tóxico. Foi-lhe diagnosticado alcoolismo e psicose não-especificada. Apresenta também doença hepática (associada ao alcoolismo) e problemas oftalmológicos, devido à sua profissão, os quais lhe causaram invalidez profissional. Esta invalidez tem-lhe dificultado a integração social uma vez que o impossibilita de trabalhar. Recebeu um cartão para acesso ao Banco Alimentar, que o tem favorecido, não sentindo, no entanto, em termos gerais, dificuldades

na sociedade portuguesa, assim como no acesso às instituições de saúde a que tem recorrido.

A dificuldade pela qual passou, desde que emigrou, que o marcou de forma negativa, foi a precariedade laboral que vivenciou e os problemas conjugais, nomeadamente a sua separação.

João (E9)

O João tem 32 anos, é de origem africana, solteiro e não tem qualquer religião. O seu país de origem é Cabo Verde.

Não tem filhos e tem o 4º ano de escolaridade. No seu país não falava português e só aprendeu esta língua em Portugal, com as pessoas em geral.

Em Cabo Verde vivia com os pais e quatro irmãos e trabalhava na agricultura. Em Portugal vive sozinho e trabalha na construção civil.

Emigrou há cerca de 12 anos para trabalhar, indo primeiro para a Suíça, onde esteve sete meses, com o pai que também ali estava a trabalhar. Posteriormente veio para Portugal. Actualmente está ilegal, com visto de residência caducado e não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

A sua doença mental teve início, depois de emigrar, cerca de quatro anos depois de ter vindo para Portugal.

Recorreu ao hospital por iniciativa própria, por se sentir mal, apresentando alucinações auditivas, insónia e também sintomatologia física. Foi-lhe diagnosticada psicose esquizofrénica. Além da doença mental não tem apresentado outras doenças.

As instituições de saúde a que tem recorrido são unicamente os Hospitais Curry e Cabral e Júlio de Matos, locais que já conhece bem, e onde não sente qualquer dificuldade.

A doença mental tem-lhe dificultado a integração social, impossibilitando-o, por vezes, de ir trabalhar e, conseqüentemente, causando-lhe carências económicas, o que o coloca na dependência financeira do irmão.

Esta situação de doença, e o que lhe está associado, é o que mais o tem marcado desde que emigrou.

Rashid (E10)

O Rashid tem 32 anos, é de origem asiática, separado e professa a religião muçulmana. O seu país de origem é o Paquistão.

Não tem filhos e tem o 10º ano de escolaridade. No seu país não falava português e só aprendeu esta língua em Portugal, no trabalho, com os seus amigos.

No Paquistão vivia com a mãe e a irmã e não tinha nenhuma profissão nem ocupação.

Em Portugal vive com seis amigos, com quem partilha a habitação e trabalha na construção civil.

Emigrou há 10 anos, directamente para Portugal, para trabalhar, uma vez que no seu país os salários são muito baixos. Actualmente está ilegal, com visto de residência caducado e não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

Não tem antecedentes de doença mental, tendo-se esta manifestado em 2004, após oito anos de permanência em Portugal. Recorreu ao hospital por iniciativa própria, por apresentar doença mental, sendo já a terceira vez que está internado, sempre pelo mesmo motivo. Tem como diagnóstico psicose esquizofrénica. Não tem tido outros problemas de saúde além de se sentir emagrecido.

No acesso às instituições de saúde tem-se deparado com dificuldades de ordem comunicacional, problema que não tem dificultado a sua integração social uma vez que não tem sentido qualquer dificuldade.

O problema que realmente o tem marcado, negativamente, diz respeito ao seu processo de legalização, uma vez que este está em curso há dois anos e continua difícil, impedindo-o de ir de férias ao Paquistão, local onde, segundo ele, a sua saúde mental ficaria restabelecida.

Tania (E11)

A Tânia tem 21 anos, é originária da América-latina, é divorciada e a sua religião é a católica. O seu país de origem é o Brasil.

Não tem filhos e tem o 11º ano de escolaridade. O português é a sua língua-mãe.

No Brasil vivia com a mãe e o padrasto, e era vendedora enquanto simultaneamente estudava.

Em Portugal vive com a mãe e acumula três empregos: governanta, telefonista e empregada de limpeza.

Emigrou há 5 anos, directamente para Portugal, com o objectivo de estudar e de melhorar as condições de vida familiares. Actualmente está ilegal, com visto de turismo caducado, no entanto, está a tentar arranjar um visto de doente. Não pertence a qualquer associação de imigrantes.

Não tinha antecedentes de doença psiquiátrica, manifestando-se esta apenas três anos depois de estar em Portugal. Foi levada ao hospital pelo marido por manifestar doença mental, após ter tido um aborto espontâneo. Tem como diagnóstico perturbação bipolar. Além da doença mental tem ainda problemas alérgicos e cefaleias.

No acesso às instituições de saúde a que tem recorrido tem sido sempre bem tratada, no entanto, por vezes sente-se discriminada por ser brasileira, que segundo ela, se deve à imagem negativa que os portugueses têm das brasileiras, situação que lhe gera alguma dificuldade na integração social.

A experiência mais marcante que vivenciou desde que emigrou, de forma negativa, foram os problemas conjugais pelos quais passou, e de que resultou o divórcio.

Conceição (E12)

A Conceição tem 37 anos, é de origem africana, é casada, e a sua religião é a católica. O seu país de origem é Cabo Verde.

Tem 3 filhos e é analfabeta. Já falava português, tendo aprendido no seu país, onde vivia com o marido e os sogros, e era doméstica.

Em Portugal vive com o marido e os três filhos e tem trabalhado nas limpezas, embora já em diferentes empresas.

Emigrou, há 14 anos, directamente para Portugal, com o objectivo do reagrupamento familiar, uma vez que o marido já estava em Portugal, a trabalhar. Actualmente está ilegal, com visto de residente caducado. Não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

No seu país nunca apresentou qualquer indício de doença psíquica. O único episódio de alteração psíquica que apresentou foi a manifestação actual, 14 anos depois de ter emigrado, o qual surgiu após problemas laborais (conflitos com a chefe) e familiares (perda de vários entes queridos e conflitos com o marido).

Foi levada ao hospital pelo marido por apresentar alterações comportamentais e ideias de conteúdo persecutório, insónia e depressão. Foi-lhe diagnosticada perturbação da adaptação com perturbação do comportamento, isto é, uma reacção de ajustamento. Não tem tido outros problemas de saúde.

Tem recorrido aos serviços de saúde portugueses, tanto ao Centro de Saúde, como a hospitais, onde tem sido sempre bem atendida e nunca sentiu nenhuma dificuldade no seu acesso.

Sente por vezes discriminação racial, o que dificulta a sua integração social. No entanto, a única experiência marcante, de forma negativa, que vivenciou desde que emigrou, sucedeu no aeroporto, em Lisboa, numa das rotinas alfandegárias de entrada no país, em que a questionaram e inspecionaram os seus documentos, que, no entanto, interpretou como sendo o processo para dar início à sua detenção. Ficou muito envergonhada e assustada com a situação vivida.

Miguel (E13)

O Miguel tem 32 anos, é originário da América-latina, é casado e não tem religião. O seu país de origem é o Chile.

Tem um filho e é licenciado em publicidade. Fala português, tendo tido aulas no seu país, para aprender a língua antes de vir para Portugal.

No Chile vivia com a esposa e o filho, e era publicitário. Em Portugal também vive com a esposa e filho e continua a exercer a mesma actividade.

Emigrou há três anos, directamente para Portugal, com o objectivo de se libertar da família, uma vez que aquela é muito conflituosa e, simultaneamente, muito protectora, não o deixando ser independente. Está legal em Portugal, com residência permanente. Tem também a nacionalidade francesa, logo cidadão da Comunidade Europeia, o que lhe facilitou a emigração. Não pertence a qualquer associação de imigrantes.

Não tem antecedentes de doença psiquiátrica, tendo esta surgido devido à doença física de que é portador, leucemia.

Recorreu à Consulta do Migrante, por iniciativa própria, por estar deprimido, depois de lhe terem falado da mesma, no hospital dos Capuchos, onde está a ser tratado pela leucemia. Foi-lhe diagnosticado perturbação depressiva.

Tem recorrido aos serviços de saúde portugueses onde não tem sentido qualquer dificuldade no seu acesso, à excepção de problemas linguísticos, por vezes. Considera até que o serviço de saúde em Portugal é melhor do que no Chile, no qual teria muitas dificuldades não fosse o caso de ter inúmeros técnicos de saúde na família, que habitualmente o assistem. Não tem tido também quaisquer dificuldades na sua integração social.

A experiência pela qual passou desde que emigrou, que o tem marcado profundamente, de forma negativa, tem sido a sua doença oncológica. Sente-a como um castigo, uma vez que toda a sua família estava contra ele sair do Chile, tendo ele sempre sido saudável, ou quando tinha algum problema era a família que o resolvia. Finalmente, quando se consegue libertar, fica doente e

longe da família, sentindo-se muito mal por isso. Devido à doença sente-se incapacitado profissionalmente, e emocionalmente nas relações familiares com a esposa e o filho, situações que lhe têm provocado instabilidade emocional e económica. Alega que tem sido uma experiência muito difícil, estando à espera de transplante (que não se chegou a concretizar porque entretanto faleceu).

Urbana (E14)

A Urbana tem 39 anos, é originária da América-latina, vive em união-de-facto e não tem religião. O seu país de origem é o Chile.

Tem dois filhos e o 9º ano de escolaridade. Fala português, tendo aprendido sozinha (lendo e vendo televisão), e com o marido (que é português), já depois de ter vindo para Portugal.

No Chile vivia com os pais e três irmãos, e era secretária.

Em Portugal vive com o marido e um filho, e trabalha na área da restauração como empregada de refeição.

Emigrou há 10 anos, indo primeiro para Espanha, para acompanhar o marido que estava ali trabalhar, onde ficou cinco anos. Está em Portugal há 5 anos. Actualmente está ilegal, com visto temporário caducado. Não pertence a qualquer associação de imigrantes.

No país de origem tem história de doença psiquiátrica (depressão) até à adolescência, devido a problemas familiares (o pai era alcoólico e infligia-lhe maus tratos), tendo melhorado após a morte do pai, quando tinha 15 anos.

Após a emigração, a sua doença mental manifestou-se há cerca de quatro a cinco anos, quando o marido começou a beber.

Em Portugal, já teve vários internamentos em psiquiatria, considerando ser a depressão a sua doença, provocada pelo alcoolismo do marido.

Recorreu à Consulta do Migrante, após ter tido alta do serviço de internamento no HMB, enviada pelo psiquiatra que a seguia. Foi-lhe diagnosticado perturbação da personalidade e alcoolismo. Não tem tido outros problemas de saúde.

No acesso às instituições de saúde portuguesas, tanto hospitalares como centro de saúde, tem sido sempre bem tratada (apesar de ter de esperar um pouco para as consultas) e nunca se sentiu discriminada. O mesmo não sucedeu em termos laborais, onde de início se sentiu um pouco discriminada por ser estrangeira, assim como, por vezes, também pelos portugueses em geral, o que dificulta a sua integração social. O facto de ter poucos amigos considera ser, também, um aspecto que dificulta a sua integração social.

A experiência que mais a marcou desde que emigrou, negativamente, foi ter deixado um filho pequeno no Chile, com a sua mãe. Tal facto é traumatizante para ela, e apesar de falarem frequentemente ao telefone e de lhe enviar dinheiro, tem dificuldade em falar no assunto com terceiros, preferindo omitir a existência desse filho.

Giovani (E15)

O Giovani tem 55 anos, é casado e é ateu. O seu país de origem é a Itália.

Tem dois filhos e o 9º ano de escolaridade. Fala português, embora com algumas incorrecções, e aprendeu a língua cá em Portugal, lendo e no trabalho. Em Itália vivia com a esposa e com os filhos, e trabalhava como chefe de armazém.

Em Portugal vive com a esposa e com os filhos e, actualmente, é varredor numa Junta de Freguesia.

Emigrou há catorze anos, directamente para Portugal, com o objectivo do reagrupamento familiar, uma vez que a esposa era portuguesa e regressou a Portugal, e ele decidiu vir também. Está legal, com visto de residência e não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

No seu país não tem antecedentes de doença psiquiátrica, no entanto, reconhece que sempre foi uma pessoa com um comportamento fora do normal, tal como a mãe, sofrendo esta de isolamento social.

Em Portugal a sua doença mental manifestou-se após problemas conjugais e consumo exagerado de álcool no local de trabalho

Recorreu à Consulta do Migrante, por sugestão da esposa, para procurar ajuda, por se sentir “doente da cabeça”, deprimido e com ideação suicida. Foi-lhe diagnosticada perturbação bipolar. Além da doença mental apresenta ainda problemas gástricos, os quais considera serem somáticos.

Das vezes que tem recorrido às instituições de saúde portuguesas não tem sentido qualquer dificuldade, sentindo até que funcionam melhor do que no seu país. Sente, no entanto, dificuldades na integração social, por ser estrangeiro, remetendo essas dificuldades à cultura do povo português, que considera fechado e desconfiado, e que por vezes o discrimina, tal como acontece no seu local de trabalho. Associada a essa discriminação está a experiência negativa mais marcante, pela qual passou no seu local de trabalho, desde que emigrou, e que consistiu no confronto com dois portugueses que o insultaram e discriminaram pondo em evidência o facto de ele ser estrangeiro.

Andrey (E16)

O Andrey tem 18 anos, raça caucasiana, é solteiro e agnóstico. O seu país de origem é a África do Sul.

Não tem filhos e tem o 10º ano de escolaridade. Fala português, língua que aprendeu, já depois de ter vindo para Portugal, na escola e em casa com os pais, os quais são ambos portugueses.

Está em Portugal continental há cinco anos, no entanto, o seu percurso migratório teve início na Bielorrússia, passando pela Madeira e, finalmente, Portugal continental. Emigrou com o objectivo do reagrupamento familiar, uma vez que o seu pai trabalha numa empresa multinacional. Está legal em Portugal e tem a nacionalidade portuguesa. Não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

Na África do Sul vivia com os pais e duas irmãs, situação que se manteve até chegar a Portugal continental, quando passou a viver só com a mãe, devido à separação dos pais. A única ocupação que teve foi a de estudante.

No seu país de origem já tinha antecedentes de problemas psíquicos, com alteração do comportamento a partir dos 8-9 anos.

Em Portugal, a sua doença mental manifestou-se após problemas familiares (separação dos pais) e consequente diminuição do nível económico familiar, que o obrigou a deixar a escola internacional que frequentava, ficando um ano em casa.

Recorreu à Consulta do Migrante, por indicação de amigos, por sentir desorganização mental, desintegração social, choque cultural, e a constante sensação de perda. Foi-lhe diagnosticada perturbação da personalidade e alteração do comportamento. Além dos problemas psíquicos, tem sido sempre saudável, pelo que recorreu pontualmente ao hospital, sendo, no entanto, a mãe que resolveu toda a situação envolvente, pelo que não sentiu qualquer dificuldade no seu acesso.

A sua grande dificuldade tem a ver com o choque cultural com que se confrontou e a sua integração na sociedade portuguesa, na qual se tem sentido desintegrado e um pouco isolado. Para tal também tem contribuído a comunidade de amigos/colegas da escola a que pertence, todos eles estrangeiros, mantendo-se um pouco à parte da sociedade portuguesa, apesar de ser esta comunidade que lhe tem dado apoio em Portugal.

A experiência mais marcante, pela qual passou desde que emigrou, foi a separação dos pais quando veio para Portugal, tornando-lhe a vida mais difícil, quer em termos psicológicos, quer monetários e sociais. Começou a sentir-se

perturbado em termos psíquicos, teve que abandonar a escola inglesa que frequentava por questões financeiras, e ficar em casa, isolado dos amigos.

Lura (E17)

A Lura tem 39 anos, é de origem sul-americana, é solteira, e é católica apesar de não ser praticante. O seu país de origem é a Venezuela.

Não tem filhos e é licenciada em empresas e actividades turísticas.

Viveu na Venezuela com os pais e a irmã até aos 7 anos, altura em que a família emigrou para Espanha, onde viveu até há 10 anos atrás, com o companheiro.

Emigrou há 10 anos, de Espanha para Portugal, por questões profissionais, trabalhando sempre na área do turismo, em qualquer dos países. No entanto, em Espanha, tinha a sua própria empresa. Está legal em Portugal, inicialmente com cartão de residente, mas que actualmente já não necessita uma vez que é cidadã da Comunidade Europeia. Vive sozinha, desde que se separou do companheiro.

Nega qualquer antecedente de doença psiquiátrica, tendo apenas recorrido à Consulta do Migrante por indicação da psiquiatra do hospital dos Capuchos, onde esteve internada, não tendo, no entanto, qualquer crítica face à sua doença mental, sentindo-se bem, e não sabendo o motivo do seu encaminhamento para esta consulta. Foi-lhe diagnosticada perturbação bipolar.

Não tem apresentado outros problemas de saúde, à excepção de alergias. No acesso à saúde, em Portugal, não tem tido dificuldades, a não ser alguns problemas burocráticos, tendo sido geralmente bem atendida e considerando os técnicos de saúde simpáticos e competentes, apesar de poucas vezes ter acedido a esses serviços uma vez que o seu pai é médico, sendo a ele que habitualmente recorre, em Espanha, quando necessita de algum cuidado de saúde.

A única experiência marcante que vivenciou, desde que emigrou para Portugal, ocorreu durante o seu internamento, no pós-operatório do hospital dos Capuchos, considerando que os cuidados de saúde prestados naquele serviço eram de má qualidade, ficando muito desapontada com a assistência ali prestada. No entanto, esta experiência negativa foi pontual.

Daniela (E18)

A Daniela tem 26 anos, é de origem latino-americana, solteira e é católica apesar de não ser praticante. O seu país de origem é a Venezuela.

Não tem filhos e é licenciada em ciências farmacêuticas. Fala português, que aprendeu já em Portugal com aulas particulares.

Na Venezuela vivia com os pais (que são ambos portugueses embora tenham emigrado para ali ainda adolescentes) e as duas irmãs, e era estudante.

Em Portugal vivia com a mãe, mas actualmente está a viver com o namorado. É farmacêutica.

Emigrou há seis anos, directamente para Portugal, devido à insegurança existente no seu país de origem. Tem nacionalidade portuguesa e não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

Já tem antecedentes de doença psíquica, anteriormente à emigração, considerando ser uma pessoa triste e introvertida, e com muitos problemas familiares, sendo já seguida em psicologia.

Em Portugal, os seus problemas psíquicos foram-se agravando, e alterando o seu comportamento devido às pressões sofridas e ao sofrimento causado pela separação familiar.

Resolveu recorrer à consulta do Migrante, depois de falar sobre o assunto com o namorado, para pedir ajuda, por se sentir deprimida. Foi-lhe diagnosticado perturbação depressiva.

Além da doença mental apresenta ainda problemas circulatórios, a nível dos membros inferiores, tendo por isso já sido submetida a cirurgia vascular.

No acesso aos serviços de saúde portugueses não tem sentido dificuldades, a não ser situações burocráticas que considera serem mais do que no seu país de origem. Já no que diz respeito ao serviço de saúde em geral, considera que é muito melhor do que na Venezuela, e não tem qualquer aspecto a salientar quanto aos cuidados de saúde que tem recebido.

A experiência pela qual passou, desde que emigrou, e que a marcou negativamente, foi a sua relação conflituosa com a mãe, e também o desapontamento face a uma relação de amizade que tinha com uma pessoa, também da Venezuela.

Alpha (E19)

O Alpha tem 27 anos, sexo masculino, é de origem africana, solteiro e a sua religião é a muçulmana. O seu país de origem é a Serra Leoa.

Não tem filhos e é analfabeto. Fala português mas com incorrecções, tendo aprendido a língua com os amigos no trabalho.

Na Serra Leoa vivia com os pais, a madrasta e sete irmãos, e a sua profissão era pintor de automóveis.

Em Portugal vive com quatro amigos, com quem partilha o apartamento, e trabalha na construção civil.

Emigrou há seis anos, directamente para Portugal, para fugir à guerra civil existente no seu país. Está legal, com visto de residência, e pertence à associação de imigrantes – Associação da Serra Leoa em Portugal.

Não tem antecedentes de doença mental anteriormente à emigração. Os seus problemas psíquicos surgiram devido à situação problemática que tem passado relacionada com o seu processo de legalização, e associado, também, à separação familiar e ruptura de relação afectiva.

Por apresentar perturbação mental, stress, insónia, sintomatologia física, e consumo exagerado de álcool, recorreu à urgência hospitalar onde foi assistido, e posteriormente enviado para a Consulta do Migrante onde passou a ser seguido. Foi-lhe diagnosticado perturbação da ansiedade, mais concretamente perturbação do pânico. Associado à sintomatologia psíquica apresentava também queixas cardíacas.

No acesso às instituições de saúde a que tem recorrido, além de problemas a nível da comunicação, não tem apresentado dificuldades, o mesmo sucede em termos da sua integração social.

A experiência difícil pela qual passou, marcante em termos negativos, aconteceu passados três anos de estar em Portugal. Esteve sem trabalho e sem documentos cerca de um ano, estando uma situação dependente da outra, o que lhe tornou a vida muito difícil. Valeu-lhe, nesse período, a ajuda oferecida pela associação de imigrantes à qual pertence, que o ajudava com géneros alimentares, e com títulos de acesso aos transportes públicos, uma vez que não tinha recursos económicos.

Natalina (E20)

A Natalina tem 32 anos, é originária da Europa de Leste, da Ucrânia, é casada, e católica.

Tem um filho. Tem o curso de Enfermagem, com o 9º ano de escolaridade. Fala português, que aprendeu cá em Portugal, por si própria, lendo livros e com a ajuda de amigos portugueses.

Na Ucrânia vivia com os pais, o marido e o filho, e era enfermeira.

Em Portugal vive com o marido (o filho ficou na Ucrânia) e trabalha como empregada de balcão.

Emigrou há cinco anos, directamente para Portugal, com o objectivo de melhorar as condições de vida. Está legal, com visto de permanência e não pertence a nenhuma associação de imigrantes.

Não tem antecedentes de doença mental, iniciando-se esta cerca de quatro anos depois de ter emigrado.

Recorreu à consulta do Migrante, por indicação do seu médico de família, por estar deprimida. Foi-lhe diagnosticado perturbação depressiva.

Nos serviços de saúde portugueses tem recorrido essencialmente ao centro de saúde, sendo a Consulta do Migrante a primeira vez que a leva ao hospital. Não tem tido dificuldades no seu acesso, à excepção de problemas burocráticos. Já na integração social tem sentido algumas dificuldades face às diferenças culturais existentes.

A única experiência marcante, pela qual passou desde que emigrou, é a barreira linguística, situação que a deixa constrangida quando está perante pessoas que não consegue entender.

2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Iniciamos a apresentação dos resultados das entrevistas efectuadas com a caracterização da amostra (ANEXO IV), mas que passaremos a apresentar mais pormenorizadamente.

A amostra é constituída por 20 indivíduos que recorreram a instituições de saúde na região de Lisboa, por problemas mentais, e voluntariamente participaram no nosso estudo. As suas idades variam entre os 18 e os 66 anos, situando-se a média nos 35,4 anos:

Quadro 9 – Distribuição da amostra por idade

Máxima	66
Mínima	18
Média	35,4

Decidimos construir classes, para melhor caracterizar a amostra quanto à idade.

Quadro 10 – Distribuição da amostra por grupos etários

Grupo Etário	Frequência absoluta	Frequência relativa %
18 - 27	6	30
28 - 37	7	35
38 - 47	3	15
48 - 57	3	15
58 - 67	1	5
Total	20	100

É notória a maior frequência de indivíduos da amostra com idades compreendidas entre os 28 e os 37 anos (35%) e também bastante significativo o grupo etário entre os 18 e 27 anos (30%). Podemos concluir, portanto, tratar-se de uma amostra relativamente jovem, como, aliás, é característico de populações imigrantes.

Quadro 11 – Distribuição da amostra por sexo

Sexo	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Masculino	12	60
Feminino	8	40
Total	20	100

A amostra não é homogênea relativamente ao sexo uma vez que 60% dos indivíduos são do sexo masculino e 40% do sexo feminino.

Face ao tamanho da nossa amostra, esta não é representativa da população imigrante que recorre a serviços de saúde na região de Lisboa, por problemas mentais.

Quadro 12 – Distribuição da amostra por sexo e grupo etário

Grupo etário	Masculino		Feminino	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
18 - 27	4	20	2	10
28 - 37	5	25	2	10
38 - 47	1	5	2	10
48 - 57	2	10	1	5
58 - 67	0	0	1	5
Total	12	60	8	40

Quando cruzamos o sexo com o grupo etário constatamos que os imigrantes masculinos da nossa amostra estão mais representados (25%) no grupo etário compreendido entre os 28 e os 37 anos, embora tenham representação também significativa (20%) na faixa etária precedente. Já no sexo feminino, o grupo etário mais representativo (10%) está igualmente representado nos três primeiros grupos etários. Os restantes dois grupos etários estão igualmente (10%) representados.

Quadro 13 – Distribuição da amostra por estado civil

Estado Civil	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Solteiro	10	50
Casado	4	20
União-facto	2	10
Divorciado	2	10
Separado	2	10
Viúvo	0	0
Total	20	100

Os indivíduos imigrantes constituintes da nossa amostra são maioritariamente solteiros (50%), no entanto, os casados e em união-de-facto também têm uma razoável representatividade, perfazendo 30% da amostra, não havendo no

entanto, nenhum viúvo. Os divorciados e separados constituem 20% da amostra.

Quadro 14 – Distribuição da amostra por estado civil e sexo

Estado Civil	Masculino		Feminino	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Solteiro	7	35	3	15
Casado	2	10	2	10
União-de-facto	0	0	2	10
Divorciado	1	5	1	5
Separado	2	10	0	0
Viúvo	0	0	0	0
Total	12	60	8	40

Quando cruzamos o estado civil com o sexo dos nossos entrevistados constatamos que o estado civil de solteiro continua a ser o mais representativo, de 35% para o sexo masculino e de 15% para o sexo feminino. O estado civil de casado tem igual representatividade (10%) em ambos os sexos, no entanto, o sexo feminino tem maior representatividade (20%) relativamente à junção dos estados de casado e união-de-facto, do que o sexo masculino (10%). O oposto verifica-se acerca do estado de divorciado e separado, em que o sexo masculino tem maior representatividade (10%) do que o sexo feminino (5%), apesar de terem ambos os sexos a mesma percentagem de divorciados.

Na nossa amostra não encontramos nenhuma união-de-facto no sexo masculino nem nenhum separado no sexo feminino.

Quadro 15 – Distribuição da amostra por nº filhos

Máximo	4
Mínimo	0
Média	0,95

Quanto ao número de filhos, os indivíduos da nossa amostra possuem entre 0 e 4 filhos, não chegando a média a ser de 1 filho (0,95) por indivíduo.

Quadro 16 – Distribuição da amostra pelo nº de filhos e sexo

Sexo	Média do nº filhos
Masculino	0,91
Feminino	1,12

A diferença entre a média do número de filhos por sexos é muito pouco significativa, sendo, contudo, superior relativamente ao sexo feminino.

Quadro 17 – Distribuição da amostra pelo nível de escolaridade

Escolaridade	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Analfabeto	3	15
1 ano - 4 anos	1	5
5 anos - 6 anos	2	10
7 anos - 9 anos	5	25
10 anos - 12 anos	4	20
Curso médio	1	5
Licenciatura	3	15
Licenciatura + Pós - licenciatura	1	5
Total	20	100

Relativamente ao nível de escolaridade dos nossos entrevistados, como se pode observar é bastante diversificado. No entanto, a maior incidência (25%) situa-se entre os 7 e os 9 anos de escolaridade. Há, também, um número significativo (20%) de indivíduos com escolaridade entre os 10 e 12 anos. Constatamos, também, a igualdade (15%) entre o número de analfabetos e o número de licenciados.

Quadro 18 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade e sexo

Escolaridade	Masculino		Feminino	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Analfabeto	1	5	2	10
1 ano - 4 anos	1	5	0	0
5 anos - 6 anos	2	10	0	0
7 anos - 9 anos	4	20	1	5
10 anos - 12 anos	3	15	1	5
Curso médio	0	0	1	5
Licenciatura	1	5	2	10
Licenciatura + Pós – licenciatura	0	0	1	5
Total	12	60	8	40

Ao cruzarmos a informação relativa à escolaridade dos inquiridos com o seu sexo verificamos que a formação superior (curso médio e licenciatura) é superior no sexo feminino, contudo, é neste sexo que o analfabetismo também mais se evidencia, 10% contra 5% no sexo masculino. Em termos gerais, na nossa amostra, o sexo masculino é mais escolarizado que o feminino, o que vai de encontro a outros resultados com populações imigrantes quanto à escolaridade e sexo.

Quadro 19 – Distribuição da amostra por religião

Religião	Praticante		Não – praticante	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Não tem/Agnóstico/Ateu	5	25		
Católica	7	35	3	15
Adventista	2	10		
Evangélica	3	15		
Igreja Universal	1	5	1	5
Hindu	1	5	1	5
Muçulmana	1	5		
Total	20	100	5	25

Em termos de religião a amostra também é diversificada, sendo, porém, a religião católica a predominante (35%) nos nossos entrevistados. Um número significativo de indivíduos (25%) respondeu também não ter religião, ser agnóstico ou ateu. Dos que apresentam religião, 25% referem não ser praticantes.

Quadro 20 – Distribuição da amostra pelo país de origem

País origem	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Brasil	2	10
São Tomé e Príncipe	2	10
Angola	3	15
Moçambique	1	5
Cabo Verde	2	10
África do Sul	1	5
Serra Leoa	1	5
Suriname	1	5
Paquistão	1	5
Chile	2	10
Venezuela	2	10
Itália	1	5
Ucrânia	1	5
Total	20	100

A proveniência dos nossos inquiridos é diversificada, contudo, como se pode observar, os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) e Brasil, são a origem de uma grande parte deles, perfazendo 50% da amostra. Esta predominância, possivelmente, será influenciada, entre outros factores, pela existência de uma língua comum e contactos culturais desde os tempos do colonialismo português naqueles países.

Quadro 21 – Distribuição da amostra pela profissão/ocupação no país de origem

Profissão no país origem	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Secretária	1	5
Secretária executiva e produtora	1	5
Ministério da Cultura	1	5
Futebolista	1	5
Estudante	4	20
Operador de telecomunicações de aviação civil	1	5
Agricultor	2	10
Trabalhador fabril	1	5
Telegrafista	1	5
Vendedor	1	5
Doméstica	1	5
Publicitário	1	5
Chefe de armazém	1	5
Empresária na área do turismo	1	5
Pintor de automóveis	1	5
Enfermeira	1	5
Nenhuma	1	5
Total	20	100

No que respeita à profissão ou ocupação no país de origem, considerou-se a última que os entrevistados referiram ter tido, uma vez que alguns deles referiram já terem tido várias, e um dos entrevistados referiu que tinha duas profissões (estudante e vendedora). A amostra é heterogénea relativamente às profissões, contudo, a dominante é a de estudante (20%), seguida de agricultor (10%). Verificamos, também, que 5% da nossa amostra não tinha qualquer ocupação no país de origem.

Quadro 22 – Distribuição da amostra pela profissão/ocupação em Portugal

Profissão em Portugal	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Nenhuma	2	10
Construção civil	5	25
Reformado (por doença)	1	5
Limpezas	3	15
Agricultura	1	5
Carpinteiro	1	5
Governanta	1	5
Telefonista	1	5
Publicidade	1	5
Restauração	1	5
Varredor	1	5
Estudante	2	10
Comercial de hotelaria	1	5
Farmacêutica	1	5
Empregada de balcão	1	5
Total	23	115

Quanto à profissão/ocupação dos inquiridos em Portugal, também se considerou a última, uma vez que referiram já ter tido várias. Deparamo-nos com dois entrevistados cuja ocupação actual se efectuava em três e dois empregos, respectivamente. A construção civil (25%) e as limpezas (15%) são as áreas onde mais se empregam os entrevistados. Continuamos, no entanto, a ter licenciados a exercer as mesmas profissões que tinham no seu país de origem, nas áreas da publicidade e turismo, e um dos nossos inquiridos já concluiu, em Portugal, a sua licenciatura. Continuamos a ter na amostra indivíduos sem qualquer ocupação (10%) embora não sejam os mesmos que no país de origem não tinham ocupação.

Verificamos, também, que, à excepção dos licenciados, a maioria dos inquiridos exercem profissões/ocupações em Portugal com inferior estatuto social que no seu país de origem.

Quadro 23 – Distribuição da amostra segundo o agregado familiar no país de origem

Pessoas com quem residia	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sozinho	2	10
Familiares directos	18	90
Outros	0	0
Total	20	100

Quanto à composição do agregado familiar dos indivíduos da nossa amostra no país de origem, é franca a evidência (90%) dos que residiam com familiares directos (cônjuge, filhos, enteados, pais, sogros, padrasto/madrasta, irmãos, cunhados, sobrinhos, tios, avós) embora 10% residissem sozinhos. Não se verificou na amostra ninguém que residisse com outras pessoas que não familiares.

Quadro 24 – Distribuição da amostra segundo o agregado familiar em Portugal

Pessoas com quem residia	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Sozinho	4	20
Familiares directos	13	65
Outros	3	15
Total	20	100

Em Portugal, os nossos entrevistados continuam a viver maioritariamente com familiares directos (65%) embora em menor número que no país de origem. Verificou-se, contudo, um aumento dos que vivem sozinhos relativamente ao país de origem. Também 15% vivem com outras pessoas, nomeadamente amigos ou colegas de trabalho, com os quais dividem a habitação, e um dos inquiridos vive no hospital, numa residência protegida, partilhando a casa com outros utentes.

Quadro 25 – Distribuição da amostra pelo número de pessoas com que residia no país de origem

Nº de pessoas com que residia	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Sozinho	2	10
1 a 3	6	30
4 a 6	9	45
7 a 9	2	10
10 a 12	1	5
Total	20	100

Os indivíduos da nossa amostra, na sua maioria, viviam em famílias relativamente alargadas, com quatro a seis membros (45%). Contudo, é de salientar que 10% da amostra residia com famílias que variavam entre os sete e nove elementos, e 5% residia com família entre 10 e 12 elementos. Embora 30% residissem essencialmente com a família nuclear ou monoparental. E 10% residiam sozinhos, como já atrás tínhamos constatado.

Quadro 26 – Distribuição da amostra pelo número de pessoas com que reside em Portugal

Nº de pessoas com quem reside	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Sozinho	4	20
1 a 3	9	45
4 a 6	5	25
7 a 9	1	5
10 a 12	1	5
Total	20	100

Em Portugal, os indivíduos da nossa amostra passaram a residir em famílias mais pequenas, em que 45% são constituídas pelo próprio indivíduo com uma a três outras pessoas. Verifica-se, também, que alguns indivíduos coabitam com

colegas, ou com outros doentes no hospital, em 5% da amostra, respectivamente. E verifica-se um aumento significativo dos indivíduos que habitam sozinhos (20% da amostra).

Quadro 27 – Distribuição da amostra pelo tempo de permanência em Portugal

Máximo	20 anos
Mínimo	6 meses
Média	8,24 anos

O tempo de permanência em Portugal dos nossos entrevistados varia entre 6 meses e 20 anos, encontrando-se a média nos 8,24 anos.

Vejamos, mais em pormenor a amostra relativamente ao tempo de permanência em Portugal:

Quadro 28 – Distribuição da amostra pela permanência em Portugal, por anos

Tempo de permanência em Portugal (anos)	Frequência absoluta	Frequência relativa %
0 - 4	3	15
5 - 9	9	45
10 - 14	7	35
15 -19	0	0
»20	1	5
Total	20	100

Como podemos observar no quadro acima representado, a maior parte dos indivíduos da amostra (45%) estão em Portugal entre 5 a 9 anos e 35% entre 10 e 14 anos, sendo apenas 15% os que se encontram em Portugal há menos de 4 anos.

Quadro 29 – Distribuição da amostra pelos motivos da emigração

Motivos da imigração	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Ajudar nas actividades domésticas de familiar	1	5
Trabalho	5	25
Estudar	2	10
Questões económicas	1	5
Doença	2	10
Turismo	1	5
Guerra do país de origem	2	10
Reagrupamento familiar	4	20
Libertação da família	1	5
Insegurança no país de origem	1	5
Melhorar as condições de vida	2	10
Total	22	110

Os motivos pelos quais os indivíduos da amostra emigraram são inúmeros, alguns deles evocando mais do que um. Todavia, destacam-se motivos ligados ao trabalho (25%) e o reagrupamento familiar (20%). É também de salientar a emigração devido à guerra no país de origem, como é o caso de Angola e da Serra Leoa, em que 10% dos inquiridos decidiram deixar o país para fugir às dificuldades causadas pela mesma. Também o factor doença foi importante na motivação da emigração, bem como o melhoramento das condições de vida, em 10% dos entrevistados, respectivamente.

Quadro 30 – Distribuição da amostra pela situação de legalidade em Portugal

Situação de legalidade	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Ilegal	9	45
Legal	11	55
Total	20	100

Como podemos observar no quadro acima representado, temos um elevado número de entrevistados (45%) que estão em situação ilegal em Portugal, muitos deles em fase de regularização da sua situação. Dos que estão legais (55%), alguns já têm a nacionalidade portuguesa, outros são cidadãos da Comunidade Europeia e, portanto, com direito a livre circulação/permanência em Portugal, e os outros têm visto de residência ou de permanência.

Quadro 31 – Distribuição da amostra pelo trajecto migratório

Trajecto migratório	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Directamente do país de origem para Portugal	14	70
Com passagem por outro(s) país(es) antes de vir para Portugal	6	30
Total	20	100

A grande maioria dos inquiridos (70%) emigrou directamente para Portugal, embora alguns (30%) tenham estado, antes de vir para Portugal, em outros países.

Quadro 32 – Distribuição da amostra pelo conhecimento da língua portuguesa antes da emigração

Conhecimento da língua portuguesa	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Sim	9	45
Não	11	55
Total	20	100

Embora já muitos dos nossos entrevistados falassem português (45%), a maioria (55%) não tinha qualquer domínio da mesma.

Quadro 33 – Distribuição da amostra pelo local de aprendizagem do português

Local de aprendizagem do português	Frequência absoluta	Frequência relativa %
País origem	10	50
Portugal	9	45
Nenhum	1	5
Total	20	100

Na amostra, à excepção de um indivíduo que não fala português, metade (50%) aprendeu português no país de origem e 45% aprendeu já aqui em Portugal.

Quadro 34 – Distribuição da amostra pela forma como aprendeu português

Forma de aprendizagem de português		Frequência absoluta	Frequência relativa %
País origem	Já falava português (como língua oficial)	9	45
	Aulas de português	1	5
Portugal	Sozinho	4	20
	Aulas de português	2	10
	Trabalho	3	15
	Familiares	2	10
	Amigos portugueses	2	10
	Pessoas em geral	1	5
Nenhum		1	5
Total		25	125

Os indivíduos da amostra aprenderam português de forma muito diversificada, à excepção de 5% que não falam português.

Dos que aprenderam no país de origem, 5% foi com aulas de português, antes de emigrar, os restantes (45%), sendo o português a língua oficial do seu país de origem, aprenderam na escola ou em casa com a família.

Dos que aprenderam em Portugal, a maioria aprendeu sozinho (20%) lendo livros e vendo televisão. Outros (15%) referem ter aprendido no trabalho, com os colegas, e ainda 10% referem ter tido aulas, quer na escola, quer em privado, e há ainda quem referisse ter aprendido português com as pessoas em geral. Alguns referiram, ainda, a ajuda de familiares (10%) e/ou amigos portugueses (10%) na aprendizagem da língua, independentemente da forma que escolheram para a sua aprendizagem.

Quadro 35 – Distribuição da amostra pelo associativismo imigrante

Inserção em associação de imigrantes	Qual associação	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Sim	União da Serra Leoa em Portugal	1	5
	Não se lembra do nome	1	5
Não		18	90
Total		20	100

Relativamente ao associativismo imigrante, só 10% dos indivíduos da nossa amostra referiram pertencer a alguma associação, embora só um indivíduo (5%) referisse o nome da associação à qual pertence. Os restantes 90% referiram não pertencer a qualquer associação de imigrantes.

Quadro 36 – Distribuição da amostra pelo diagnóstico médico

Diagnóstico	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Psicose esquizofrénica	6	30
Psicose não especificada	1	5
Perturbação bipolar	4	20
Perturbação depressiva	4	20
Perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reacção de ajustamento)	2	10
Perturbação da ansiedade (perturbação do pânico)	1	5
Perturbação psicótica breve (psicose reactiva)	1	5
Alcoolismo	2	10
Perturbação da personalidade	2	10
Alteração do comportamento	1	5
Total	24	120

No que diz respeito ao diagnóstico médico dos indivíduos da nossa amostra, quatro indivíduos (20%) apresentam um duplo diagnóstico como são os casos de psicose não especificada/alcoolismo, perturbação da personalidade/alcoolismo, perturbação da personalidade/alteração do comportamento e perturbação bipolar/depressão.

O diagnóstico maioritariamente representado (30%) na nossa amostra é a psicose esquizofrénica. Em segundo lugar está a perturbação bipolar e a perturbação depressiva, presentes, respectivamente, em 20% dos inquiridos.

A perturbação da adaptação com perturbação do comportamento, isto é, a reacção de ajustamento, manifesta-se em 10% dos entrevistados, assim como o alcoolismo e a perturbação da personalidade, respectivamente.

Em 5% dos indivíduos da nossa amostra encontramos ainda como diagnóstico a perturbação psicótica breve, isto é, a psicose reactiva, e também a psicose não-especificada e a alteração do comportamento, respectivamente. A perturbação da ansiedade, no caso específico da perturbação do pânico, surge também em 5% dos inquiridos.

Quadro 37 – Distribuição da amostra pelo diagnóstico médico e sexo

Diagnóstico	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Psicose esquizofrénica	6	30	0	0
Psicose não especificada	1	5	0	0
Perturbação bipolar	2	10	2	10
Perturbação depressiva	1	5	3	15
Perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento)	1	5	1	5
Perturbação da ansiedade (perturbação do pânico)	1	5	0	0
Perturbação psicótica breve (psicose reactiva)	0	0	1	5
Alcoolismo	1	5	1	5
Perturbação da personalidade	1	5	1	5
Alteração do comportamento	1	5	0	0
Total	15	75	9	45

Quando cruzamos a informação relativa aos diagnósticos dos inquiridos com o seu sexo, é de salientar a preponderância da psicose esquizofrénica em 30% dos indivíduos do sexo masculino e a perturbação depressiva em 15% dos

indivíduos do sexo feminino. A depressão manifesta-se apenas em 5% da amostra no sexo masculino e a psicose esquizofrénica não tem manifestação no sexo feminino.

Têm igual prevalência (5%), em ambos os sexos, a perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento), o alcoolismo e a perturbação da personalidade, e também a perturbação bipolar, com 10% de prevalência.

A psicose não-especificada, a perturbação da ansiedade (perturbação do pânico) e a alteração do comportamento prevalecem só no sexo masculino, em 5% dos indivíduos, respectivamente.

A perturbação psicótica breve (psicose reactiva) prevalece só no sexo feminino, em 5% dos indivíduos da amostra.

Temos, contudo, de salientar que estas diferenças na prevalência do diagnóstico médico face ao sexo poderão, todavia ser também influenciadas pela desigualdade na constituição da nossa amostra relativamente aos sexos: 60% masculino e 40% feminino.

Quadro 38 – Distribuição da amostra pelo diagnóstico médico e local da recolha de dados

Diagnóstico	Hospital Júlio de Matos		Hospital Miguel Bombarda (Consulta do Migrante)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Psicose esquizofrénica	6	30	0	0
Psicose não-especificada	1	5	0	0
Perturbação bipolar	2	10	2	10
Perturbação depressiva	0	0	4	20
Perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento)	2	10	0	0
Perturbação da ansiedade (perturbação do pânico)	0	0	1	5
Perturbação psicótica breve (psicose reactiva)	1	5	0	0
Alcoolismo	1	5	1	5
Perturbação da personalidade	0	0	2	10
Alteração do comportamento	0	0	1	5
Total	13	65	11	55

Ao cruzarmos o diagnóstico médico com o local de recolha de dados, apesar de o número de inquiridos em ambos os locais não ser homogéneo (60% no HJM e 40% no HMB), podemos observar que no Hospital Júlio de Matos, as psicoses predominam, enquanto que no Hospital Miguel Bombarda (Consulta do Migrante) são as neuroses que prevalecem. No HJM, dos indivíduos inquiridos, cerca de 83% apresentavam psicoses, enquanto que no HMB, dos indivíduos lá entrevistados, 100% apresentavam neuroses, associadas ou não a outros problemas.

Esta situação é compreensível uma vez que as psicoses, enquanto patologia psiquiátrica grave, na sua fase aguda, necessitam de internamento. As neuroses poderão ser tratadas em ambulatório, daí a assistência destes indivíduos na Consulta e não no internamento. No Hospital Júlio de Matos, à excepção de um indivíduo que se encontrava em regime de ambulatório, todos os outros entrevistados estavam internados. Na Consulta do Migrante do Hospital Miguel Bombarda, todos os entrevistados eram utentes em ambulatório.

Situações como o alcoolismo e a perturbação bipolar, associadas ou não a outras patologias, enquanto compensadas são assistidas em consulta, necessitando, no entanto, de internamento quando há descompensação, como podemos observar no quadro acima referido, com iguais prevalências em ambos os hospitais, com 5% e 10%, respectivamente.

Quadro 39 – Distribuição da amostra pelo diagnóstico médico, local da recolha de dados e sexo

Diagnóstico	Hospital Júlio de Matos				Hospital Miguel Bombarda (Consulta do Migrante)			
	Sexo				Sexo			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Psicose esquizofrénica	6	30	0	0	0	0	0	0
Psicose não-especificada	1	5	0	0	0	0	0	0
Perturbação bipolar	0	0	2	10	1	5	1	5
Perturbação depressiva	0	0	0	0	1	5	3	15
Perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento)	1	5	1	5	0	0	0	0
Perturbação da ansiedade (perturbação do pânico)	0	0	0	0	1	5	0	0
Perturbação psicótica breve (psicose reactiva)	0	0	1	5	0	0	0	0
Alcoolismo	1	5	0	0	0	0	1	5
Perturbação da personalidade	0	0	0	0	1	5	1	5
Alteração do comportamento	0	0	0	0	1	5	0	0
Total	9	45	4	20	5	25	6	30

Quando cruzamos o diagnóstico médico com o local de recolha de dados e sexo constatamos que as psicoses predominam no sexo masculino, verificando-se apenas nos indivíduos inquiridos no Hospital Júlio de Matos (35%), o que tem a sua razão de ser, já que esta patologia necessita de internamento. Também a perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento) só se observa em situação de internamento, embora com igual prevalência em ambos os sexos (5%).

As neuroses (perturbação da ansiedade, perturbação da personalidade, alteração do comportamento) verificam-se nos entrevistados no Hospital Miguel Bombarda, portanto em situação de ambulatório, manifestando-se maioritariamente no sexo masculino, à excepção da perturbação da personalidade que tem igual representatividade em ambos os sexos.

As perturbações do humor (perturbação bipolar e perturbação depressiva) têm maior prevalência nos inquiridos na Consulta do Migrante (30%) do que no HJM (10%), mas enquanto neste local apenas se verifica no sexo masculino, naquela consulta não há diferença na prevalência relativamente ao sexo.

O alcoolismo tem igual prevalência (5%) em ambos os locais de recolha de dados, em ambos os sexos, isto é, no HJM verifica-se no sexo masculino e no HMB verifica-se no sexo feminino.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Do conjunto das respostas dadas pelos entrevistados referentes ao tema abordado seleccionamos dez problemáticas de análise:

- Motivação para procurar apoio na área da saúde mental
- Encaminhamento para a consulta/hospital
- Doença actual
- Antecedentes de patologia psíquica
- Outros problemas de saúde
- Apoio médico em Portugal
- Acesso à saúde
- Experiência marcante vivenciada desde que imigrou

- Características dos portugueses percebidas pelos imigrantes
- Integração social

3.1. Motivação para procurar apoio na área da saúde mental

No que diz respeito à categoria “Motivação para procurar apoio na área da saúde mental”, definimo-la como a razão ou razões que levaram o indivíduo a procurar ajuda na área da saúde mental. Dela emergem as sub-categorias “Perturbações inespecíficas”, “Perturbações específicas” e “Outros factores”, como podemos observar no Quadro 40:

Quadro 40

Motivação para procurar apoio na área da saúde mental

Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Entrevistas
Motivação para procurar apoio na área da saúde mental	Perturbações inespecíficas	Doença	E2, E4, E9, E10, E13, E15, E18
		Perturbação mental	E3, E6, E8, E10, E11, E12, E15, E16, E19
		Alucinações auditivas	E9, E11
		Esgotamento	E11
		Nervosismo/ Ansiedade	E3, 12
	Perturbações específicas	Alcoolismo	E5, E8
		Sintomatologia física	E8, E9, E19
		Depressão	E12, E20
		Stress	E19
	Outros factores	Insónia	E2, E9, E12, E19
		Iniciativa policial	E7
		Ajuste terapêutico	E1
		Pedir ajuda	E3, E13, E15, E16, E20
		Sem crítica para a sua doença	E14, E17

3.1.1. Perturbações inespecíficas

Ao relatarmos as razões que os motivaram a procurar apoio na área da saúde mental, os nossos entrevistados, na maioria das vezes, referem-se a perturbações inespecíficas, para as quais focam situações de doença, de perturbação mental, alucinações auditivas, esgotamento, nervosismo e ansiedade.

O sofrimento psicológico é transmitido às outras pessoas tendo por base uma linguagem cultural. Esta linguagem inclui as várias definições culturais específicas de anormalidade. Ora o imigrante, pertencente, frequentemente, a uma minoria cultural ou étnica, por vezes tem dificuldade em se fazer entender quando quer expressar o seu sofrimento. Ele tem de apreender o sistema de valores da cultura dominante e utilizar um vocabulário que seja coerente com esses valores, resultando desta situação, muitas vezes, queixas inespecíficas e difíceis de entender por parte dos técnicos de saúde.

Sete dos nossos inquiridos referiram ter sido a doença, ou falta de saúde o motivo que os levou a procurar ajuda:

“Foi uma doença que apareceu de repente...” (E2).

“Então...por motivos de saúde...tive uma crise...e tive que ir ao hospital” (E4).

“Porque senti-me mal” (E9).

“Porque estou doente” (E10).

“Porque fiquei doente e fiquei muito em baixo (...)” (E13).

“(...) porque nessa altura eu estava muito mal ...” (E15).

O motivo mais evocado para procurarem apoio na área da saúde mental, referenciado por nove dos entrevistados, foi a perturbação mental:

“Esta é a segunda vez que eu tou...tou internado [Mas porque é que recorreu?] Perturbação mental...” (E3).

“Por causa dos problemas da cabeça. A cabeça ficava sempre com raiva, sempre a pensar na família” (E6).

“A cabeça está mal...a sogra quer matar-me” (E10).

“As coisas chegaram a tal ponto que perdi a noção das coisas, não me lembro do resto, nem como vim aqui parar” (E12).

“ (...) estava a ficar maluco em casa...” (E15).

“ (...) o meu cérebro não estava bem (...) (E19).

Os entrevistados, por vezes, referem-se a perturbação mental associada também a outras situações como o nervosismo e ansiedade, as alucinações auditivas e esgotamento, o motivo que os levou a procurar ajuda:

“Perturbação mental...nervosismo...sou muito nervoso “ (E3).

“Ouvia vozes (...) (E9).

“ Foi quando eu perdi os meus bebés (...) de me enervar (...) e fiquei maluquinha da cabeça. Eu ouvia choros de criança, ouvia vozes de criança. Eu não podia ver um bebé que começava a chorar. (...) chegou a um ponto que eu tive um esgotamento “ (E11).

“Por problemas no trabalho. Por problemas com a encarregada. (...) . Comecei a ficar nervosa, cada vez mais nervosa. Um dia enchi-me de coragem e resolvi enfrentá-la, discutimos, e eu disse o que pensava. Então ela ameaçou-me (...) comecei a ter medo dela, comecei a andar ainda mais ansiosa (...) Como se não bastasse isso, o meu marido começou também a causar-me problemas” (E12).

3.1.2. Perturbações específicas

Algumas das perturbações mais específicas que motivaram os indivíduos por nós entrevistados a procurarem apoio na área da saúde mental foram

situações de alcoolismo, depressão, stress, insónia, e associado a estas situações, alguma sintomatologia física.

A manifestação de síndromes psiquiátricas nos imigrantes, como defendem alguns especialistas, pode surgir do choque das diferenças culturais. Ramos (2004:285), considera como mais frequentes os *“estados de ansiedade e depressão, crises de angústia, psicoses delirantes, neuroses fóbicas ou obsessivas, doença psicossomática, alcoolismo e toxicomanias”*. Oliveira (1996) argumenta, ainda, reacções paranoides e neuroses sexuais.

As queixas dos entrevistados confirmam, de algum modo, o que estes autores expressam.

Dois dos nossos inquiridos focam problemas de alcoolismo como motivadores da procura de apoio mental, embora também associados a outras situações, como sejam os problemas conjugais e a sintomatologia física, tão típicos nos quadros de alcoolismo:

“Quando eu tive problemas com a minha mulher eu bebia muito, bebia muito e depois senti-me recaído e então vim cá ao hospital [HJM]” (E5).

“Eu vivo sozinho (...) e então acordo com tremores e maus sonhos e perco os sentidos. Então tinha bebido de mais (...)” (E8).

A insónia é também outra situação motivadora da procura de apoio na área da saúde mental, relatada por quatro dos inquiridos, causa também que não podemos separar de outros factores como o stress, e os sintomas físicos:

“(...) de noite não conseguia dormir...enfim!” (E2).

“(...) não conseguia dormir de noite e sentia uma indisposição na bexiga” (E9).

“Eu estava em stress, como eu já lhe falei, eu estava em stress, não conseguia dormir, só pensava, só pensava, não conseguia dormir, porque estava em stress (...) nessa altura eu estava em stress (...) o meu peito [coração] estava bum bum bum, mas agora está mais fácil” (E19).

A depressão foi referida por dois entrevistados como a motivação para procurar apoio na área da saúde mental, embora também num dos casos associado à insónia:

“ (...) fiquei deprimida não conseguia dormir (...)” (E12).

“Estou com depressão e pronto (...)” (E20).

3.1.3. Outros factores

A motivação para a procura de apoio na área da saúde mental, além das atrás referidas, foi ainda justificada por outros factores, como sejam a ida forçosa induzida pela polícia, a necessidade de um ajuste terapêutico, o pedido de ajuda, ou ainda situações onde a crítica para a situação não está presente.

Um entrevistado foi levado ao hospital, não por iniciativa própria, mas pela polícia:

“Eu estava na plataforma do avião, sem bilhete, a tentar deixar Portugal e aí a polícia foi-me buscar e trouxe-me para o hospital” (E7).

Outro entrevistado referiu a necessidade de um ajuste terapêutico:

“É difícil [explicar a motivação que me levou a procurar apoio] ...(risos) Porque eu estava tomando remédios...e eu vim aqui [ao HJM] à Dra. A. C., a uma consulta com ela...aí ela passou uns remédios ...quando foi assim quantas vezes depois...depois comecei a sentir assim...precisava de um ajuste na medicação (...)” (E1).

É no entanto marcada a necessidade de pedir ajuda, expressa por cinco dos inquiridos:

“ (...) eu queria pedir ajuda, pedir socorro, as coisas estavam a correr com muita velocidade” (E3).

“ (...) eu resolvi cá vir para pedir ajuda” (E13).

“ [E desta consulta, veio cá pedir ajuda, foi isso?] *Sim, sim, sim!* “ (E15).

“Porque...hum...não sei...porque estava...pensava que...sentia-me um bocadinho fora do lugar...e que podia estar a sentir-me melhor...por isso vim aqui e descobrir...descobrir maneiras de me sentir melhor” (E16).

“(...) preciso de acompanhamento de...psicólogos, psiquiatras” (E20).

O facto destes indivíduos terem tido a iniciativa de pedir ajuda revela, de algum modo, o seu conhecimento dos serviços de apoios sociais/saúde da sociedade receptora, revelando, portanto, já alguma integração nessa sociedade.

Há, contudo, dois entrevistados que não têm crítica para a sua situação, cuja motivação para procurarem apoio na área da saúde mental não partiu de si mas dos respectivos psiquiatras que os acompanhavam no serviço de internamento de psiquiatria onde estiveram internados, e após a alta lhes indicaram a consulta do migrante para continuarem a ser seguidos:

“Recorri a esta consulta porque estive internada no Hospital Miguel Bombarda, já várias vezes, e então o médico do serviço de internamento [do HMB] enviou-me para esta consulta [do migrante]” (E14).

“Não sei [porque fui à consulta do migrante]. Foi a médica lá no Hospital dos Capuchos, a Psiquiatra (...) que me disse para eu ir lá [consulta do migrante] (...) E eu fui” (E17).

3.2. Encaminhamento para a consulta/hospital

A categoria “Encaminhamento para a consulta/hospital” define quem encaminhou/acompanhou os indivíduos da nossa amostra à consulta do migrante ou hospital, isto é, se foram familiares (pessoas com quem tem laços sanguíneos ou conjugais); se foram profissionais de saúde; ou outros (todos os outros que não pertençam aos dois grupos anteriores).

Desta categoria emergem as sub-categorias “Familiares”, “Profissionais de Saúde” e “Outros”, como podemos observar no quadro 41:

Quadro 41

Encaminhamento para a consulta/hospital

Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Entrevistas
Encaminhamento para a consulta/hospital	Familiares	Cônjuge	E6, E11, E12, E15, E18
		Filhos	E5, E6
	Profissionais de saúde	Médico Psiquiatra	E1, E3, E4, E13, E14, E17, E19
		Médico de Família	E20
	Outros	O Próprio	E3, E8, E9, E10, E18
		Vizinhos	E2,
		Amigos	E16
		Polícia	E7

3.2.1. Familiares

Relativamente ao encaminhamento para a consulta (do migrante) ou hospital efectuado aos entrevistados, dos que referiram ter sido feito por familiares, cinco deles expressaram ter sido o cônjuge (marido, esposa ou namorado/companheiro), embora um deles tivesse sido também encaminhado simultaneamente pelos filhos e cônjuge, e outro unicamente pelos filhos:

“Foram as minhas filhas” (E5).

“Foi o meu marido e o meu filho” (E6).

“Foi o meu maridinho querido, o Vítor que me pôs cá dentro. (...) Foi ele, vim de ambulância” (E11).

“Foi o meu marido que me trouxe. Chamou a ambulância e trouxe-me ao hospital” (E12).

“sim, sim, foi ela [esposa] que me “empurrou” [para a consulta do migrante]” (E15).

“o meu namorado...também falamos [sobre vir à consulta do migrante] (...)” (E18).

Estas respostas, dadas por um número considerável de inquiridos, revelam que estes indivíduos têm suporte familiar, e apesar do seu estado debilitado, não estarão, em suma, tão vulneráveis, já que o apoio (familiar, nestes casos) funciona *“(...) como uma variável atenuante e preventiva do stress (...) e é um importante protector de saúde”,* como refere Ramos (2006:342).

3.2.2. Profissionais de saúde

A forma de encaminhamento para a consulta (do migrante) ou hospital mais frequentemente referida (citada por sete dos entrevistados) foi por via do médico psiquiatra. O encaminhamento efectuado por este processou-se, no entanto, a partir de diferentes locais, como sejam a consulta externa do hospital psiquiátrico, o serviço de internamento do hospital geral, o serviço de urgência psiquiátrica ou o serviço de saúde ocupacional da entidade empregadora:

“Porque eu me consultava no Brasil, e o meu médico [psiquiatra] me deu uma declaração... era que eu estava sendo tratada lá ...me deu o nome dos remédios que eu tomava...tudo. E depois vim aqui à consulta [externa do HJM] e ela [médica psiquiatra] passou uns remédios...mas passado um mês e pouco...um mês... eu senti que não estava ficando muito legal, porque eu comecei a falar sozinha....aí....quando eu no Brasil começava a falar sozinha bastava ir descansando e aí ficava logo bem , logo, logo! Aí, eu comecei a fazer isso em casa, com a medicação dela, não adiantou...quer dizer, eu melhorei, no sentido que fiquei menos nervosa, não estava nervosa, né...estava calma [depois foi a psiquiatra da consulta externa que a internou no HJM] Foi ela que me internou (...)” (E1).

“Foi a EGASTEL (...) a empresa para onde eu trabalhava...isso foi em 199...94, salvo o erro...em 94, foi a EGASTEL que me enviou pa...para Aveiro [para a consulta de psiquiatria] Sim, psiquiatria em Aveiro...” (E3).

“Então tive uma crise, e tive que ir à urgência [psiquiátrica] do Curry Cabral...depois eles [psiquiatra] é que me mandaram para cá [HJM]” (E4).

“ (...) lá nos [hospital dos] Capuchos falaram-me desta consulta [do migrante, enquanto fazia a quimioterapia] “ (E13).

“o médico [psiquiatra do internamento] enviou-me para esta consulta [do migrante] (...) aquando da minha alta clínica” (E14).

“Foi a médica lá [do hospital] dos capuchos, a psiquiatra, quando eu estava na UCIP, ela foi-me lá ver...e falou-me na consulta para estrangeiros. (...) Foi (...) a Psiquiatra...não me lembro do nome, que me disse para eu ir lá [consulta do migrante]. E eu fui” (E17).

“(...) eles [psiquiatras da urgência do hospital Curry Cabral] falaram-me [da consulta do migrante], deram-me uma carta e mandaram-me para cá [consulta do migrante]” (E19).

Apenas um dos inquiridos referiu ter sido encaminhado pelo seu médico de família:

“Através do médico de família “ (E20).

3.2.3. Outros

O encaminhamento dos inquiridos para a consulta/hospital foi referido por alguns deles ter sido efectuado pelo próprio e também por vizinhos, amigos e pela polícia:

Um número significativo de entrevistados (sete) referiram que o seu encaminhamento para o hospital ou consulta se efectuou por si próprio:

“E desta vez fui sozinho [à urgência psiquiátrica do hospital Curry Cabral] ” (E3).

“Fui eu, e a ambulância trouxe-me [ao hospital] ” (E8).

“Fui eu que chamei a ambulância que depois me trouxe ao hospital” (E9).

“Fui eu, vim de ambulância [ao hospital] ” (E10).

“Fui eu [que vim à consulta do migrante] ” (E18).

Um dos entrevistados referiu a vizinha como a pessoa que o encaminhou para o hospital:

“Foi a vizinha que chamou os bombeiros para me trazer para o hospital” (E2).

Um outro entrevistado referiu a interferência de amigos para o seu encaminhamento na área da saúde mental:

“Foi a mãe do meu melhor amigo, a Dra M. B [psicóloga]. (...) Eu fui visitar a M. B. para falar com ela, depois ela disse-me que eu devia vir aqui [consulta do migrante] para falar com os médicos” (E16).

Estes dois indivíduos supracitados, apesar das suas alterações de saúde, não estarão, decerto, tão vulneráveis como os que recorreram sozinhos aos serviços de saúde, uma vez que o suporte social, quer seja formal ou informal (familiares, amigos, vizinhos, os grupos sociais), *“constitui um recurso positivo para a saúde e para fazer face à adversidade (...)”* como defende Singer et Lord (1984), referenciados por Ramos (2004:272), sendo o apoio social um aspecto importante a ter em conta no que diz respeito à saúde.

Um outro inquirido referiu que o seu encaminhamento foi feito pela polícia:

“Foi a policia que me trouxe [ao hospital] ” (E7).

3.3. Doença actual

Relativamente à categoria “Doença actual”, definimo-la como os sinais e sintomas associados à situação de doença actual, os quais podem ser físicos ou psíquicos/comportamentais.

Desta categoria emergem as sub-categorias “Sinais e sintomas físicos” e “Sinais e sintomas psíquicos/comportamentais”, como podemos observar no Quadro 42:

Quadro 42
Doença actual

Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Entrevistas
Doença actual	Sinais e sintomas físicos	Sintomatologia física	E4, E9, E10
	Sinais e sintomas psíquicos/comportamentais	Saúde restabelecida/melhorada	E2, E3, E5, E6, E7, E14, E15, E16, E19
		Alteração do pensamento/memória/ideias perseguição/ideias suicídio	E3, E4, E8, E12, E15, E16
		Alterações do sistema nervoso	E6, E8
		Alterações comportamentais	E4, E7, E12
		Doença na cabeça	E1, E9, E10, E11, E15, E19
		Depressão	E13, E14, E15, E18, E20
		Alcoolismo	E8
		Stress	E7, E19

3.3.1. Sinais e sintomas físicos

Relativamente à sua doença actual, apenas três dos nossos entrevistados manifestaram sinais e sintomas físicos, embora pouco específicos:

“(…) não tenho força para nada...me sinto mal (...) sinto-me muito mole...(…) nem consigo falar...é dos medicamentos” (E4).

“Sinto tremores, dores no corpo, indisposição na bexiga e dor no corpo também “ (E9).

“(…) estou muito magrinho” (E10).

Quando o doente mental pertence a uma minoria cultural ou étnica, ele utiliza frequentemente símbolos da cultura dominante para articular os seus sofrimentos psicológicos e, assim, obter ajuda. Ou seja, ele necessita de apreender o sistema de valores da cultura dominante, e utilizar um vocabulário coerente com esses valores. É o que acontece com frequência no que diz respeito à somatização dos sintomas nas diversas culturas, isto é, a padronização cultural dos distúrbios psicológicos numa linguagem de sofrimento constituída principalmente por sintomas e sinais físicos.

Um dos informadores qualificados reforçou esta ideia:

“(...) há o aspecto que tem a ver com a somatização das queixas, não é? Eu acho que na variedade de pessoas que nos têm procurado, de todos os continentes, há muito uma linguagem das queixas através dos sintomas. Acho até que valorizasse mais este aspecto do que a parte paranoide” (Directora da Consulta do Migrante do HMB).

3.3.2. Sinais e sintomas psíquicos/comportamentais

Quanto à sua doença actual, no que toca a sinais e sintomas psíquicos/comportamentais, um número bastante significativo de entrevistados (nove) referiu que o seu estado de saúde foi melhorado ou restabelecido. Manifestaram, no entanto, alterações do pensamento e memória, alterações do sistema nervoso, alterações comportamentais, “doença na cabeça”, depressão, alcoolismo e stress.

Como ocorre nas doenças físicas, as culturas determinam a linguagem através da qual o sofrimento psicológico é transmitido às outras pessoas. Esta linguagem inclui as várias definições culturais específicas de anormalidade, como sejam mudanças importantes de comportamento, discurso, vestuário e higiene pessoal, entre outros.

Relativamente à expressão verbal do sofrimento emocional, incluindo a descrição de alucinações e delírios, a linguagem inclui símbolos, imagens e temas do meio cultural do doente.

Cada cultura fornece um repertório de símbolos e imagens sobre os quais as doenças mentais são articuladas. Os símbolos utilizados para a manifestação das doenças mentais exprimem «uma polarização de significados». De um lado, denotam preocupações pessoais psicológicas e emocionais, de outro, valores sociais como um todo.

Um dos entrevistados não apresentou qualquer crítica para a sua doença:

“[Não apresento] Nenhum [problema psíquico], não estou maluca. Nunca fui, nem estou!” (E17).

E dois dos inquiridos referiram já se encontrarem restabelecidos da sua doença:

“Agora...estou bom...desde que vim para cá [hospital], que estou a ser tratado, estou bom...estou normal!” (E2).

“Agora estou bom, estou bom e tenho bom relacionamento com os meus colegas e com a direcção [do hospital] e enquanto eu estiver aqui estou sempre feliz” (E5).

Seis dos entrevistados manifestaram apresentar alteração do pensamento, embora alguns deles referissem já estarem, actualmente, melhor ou restabelecidos na sua saúde:

“Agora estou doente...não consigo pensar direito (...) queria estudar e não sou capaz “ (E4).

“(...) podemos dizer que...a minha mente está mais...mais organizada, e os meus pensamentos estão mais organizados....que em vez de estar preocupado com uma situação má...em vez de ficar preocupado... saber o que devo fazer e fazê-lo. (...) Há muitas coisas [que me deixam perturbado] ... (...) São coisas da família, de estar a mudar de país, de estar a mudar de escola, de encontrar amigos mas depois ter de sair do país e encontrar novos amigos, de estar em países onde não fala a língua, a maneira de estar é diferente... porque estive na Europa de Leste, África (...)” (E16).

E um desses inquiridos referiu apresentar perda de memória:

“(...) a perda de memória [é um dos problemas psíquicos que apresento]” (E8).

Algumas dessas alterações do pensamento que referiram apresentar manifestam-se por ideias de conteúdo persecutório:

“Hummm, direi que estou óptimo (...) Termo bíblico. Não, por causa da bíblia (...) Foi coisa rápida, trabalho rápido... depois tudo rápido...comer rápido, trabalho rápido, tudo rápido... [sentia-se a andar muito rápido?] Sou...é tudo rápido. (...) Há alguém que me anda a seguir mas...não sei quem é, mas sei que alguém me anda a seguir (...) A seguir, atrás de mim, acho eu” (E3).

“Acho que é o medo que eu tenho da encarregada, e o meu marido que grita muito comigo (...)” (E12).

Esta sintomatologia referida pelos inquiridos vai de encontro à informação expressa por um dos informadores qualificados (Directora da Consulta do Migrante do HMB), pela sua experiência de atendimento dos migrantes, quando refere *“há também em muitos imigrantes, ou pelo menos em alguns, vivência de situações com traços paranoides ou agudização de traços pré-existentes (...)”*.

Também as reacções paranoides são destacadas por Oliveira (1996).

Ainda relativamente a alterações do pensamento, um dos inquiridos referiu ideias de suicídio:

“Às vezes.... é melhor matar-me porque já tou farto de tudo....ainda me aparece, essa coisa do suicídio....mas toco a tempo...levanto-me da cadeira, do sofá, em casa...vou dar uma voltinha...vou tomar um café ...e passa” (E15).

Quanto ao suicídio, há estudos realizados em vários países que indicam, entre outros aspectos, que as tentativas de suicídio têm maior incidência nas comunidades imigrantes.

Dois dos entrevistados referiram ser as alterações do sistema nervoso a sua doença actual, embora um deles referisse já se encontrar restabelecido:

“É dos nervos, nervosa, mas agora já não estou mais” (E6).

“É o meu sistema nervoso que está alterado (...)” (E8).

Três dos inquiridos expressaram que a sua doença actual se manifestava através de alterações comportamentais, embora um deles referisse já se encontrar restabelecido:

“ (...) e depois devido à doença que tenho...que me deixa parado....não sou capaz de fazer as coisas” (E4).

“Apresentava alterações comportamentais (...) Mas agora já não, agora já estou bem” (E7).

“[os conflitos com o marido que] me deixa ainda mais fora de mim” (E12).

É bastante significativo o número de entrevistados (sete) que referiram ser a doença na cabeça a sua doença actual, embora dois expressassem já estarem melhorados/restabelecidos:

“Eu acho que tenho doença mental, né? Senão, não tomava remédios...e preciso dos remédios, né?” (E1).

“(...) se não fosse estes problemas de cabeça...que não me deixam trabalhar...” (E9).

“Tenho doença na cabeça (...)” (E10).

“Eu sei que tenho a doença bipolar e eu acho que neste momento apresento a doença, a época de Inverno, às vezes sinto-me um bocado em baixo” (E11).

“ (...) não sei se tenho a doença bipolar...isso nunca percebi bem...mas esses é mesmo da doença bipolar, que está aqui...(...) Há alturas que estou muito eufórico...depois começo a comprar coisas mais estúpidas...não consigo parar...estou eléctrico mesmo! Mas agora já não tenho aquela coisa da depressão, consigo controlar...tenho momentos assim...mas consigo reagir...antigamente não!” (E15).

“agora estou ok, (...) não tenho nenhum problema na cabeça (...) e o meu cérebro não estava bem, mas isso não pode ser porque eu sou forte e Deus ajuda-me, sabe?” (E19).

A depressão é referida inúmeras vezes (cinco) pelos entrevistados como sendo a sua doença actual, embora um deles refira já se encontrar melhorado:

“Estou deprimido” (E13).

“Agora estou melhor mas tenho tido depressão” (E14).

“(...) uma depressão muito grave (...) porque a Dra I. nunca me disse...mas os medicamentos que eu tomo...” (E15).

“Depressão” (E18; E20).

Este facto é também confirmado por dois dos nossos informadores qualificados (Directora da Consulta do Migrante e do Administrador Hospitalar, do HMB) quando destacam esta patologia nos imigrantes que recorrem àquele hospital. Também (Ramos, 2004) e Oliveira (1996) destacam aquela patologia nos imigrantes.

Um dos entrevistados referiu que a sua doença era o alcoolismo:

“E o meu problema com o álcool” (E8).

O alcoolismo e toxicomanias, segundo refere Ramos (2004:285), são síndromes psiquiátricas frequentes nos imigrantes, opinião também partilhada por Oliveira (2006), podendo esses dados ser comprovados pela alta incidência de admissões em hospitais psiquiátricos devido a essas patologias.

O stress é mencionado por dois inquiridos como sendo a sua doença actual, referindo, todavia, que actualmente já se encontravam restabelecidos:

“Apresentava (...) stress, muito stress. Mas agora (...) já estou bem” (E7).

“(...) agora estou ok, sem stress, sem stress. (...) Nada, nada, nenhum problema agora, só stress, só stress, mas agora acabou (...) Sim, alguém quebrou o meu coração, sim, alguém quebrou o meu coração (...) a minha ex-namorada, sabe? (...) então esse é o problema, mas

agora está ok, para mim não há problema, está ok, porque eu já a esqueci. (...) põe-me em stress a minha ex-namorada (...) “(E19).

Os migrantes e minorias, devido à precariedade das suas condições de vida e de trabalho, aos conflitos étnicos, à discriminação e isolamento social, têm mais fontes de stress e possuem menos recursos para lhes fazer frente.

O stress será, portanto, uma das consequências da aculturação, e esta relação estabelecida entre stress e aculturação é influenciada por diversos factores. Ramos (2004:277) aponta “ (...) *as características sócio-demográficas e psicológicas do indivíduo, as particularidades da sociedade dominante, os tipos de aculturação e os modos de aculturação*”.

Os imigrantes, são, por isso um grupo vulnerável a nível da saúde mental, em que os problemas emocionais, psicopatológicos e psiquiátricos são frequentes, facto que é salientado em vários estudos já realizados (Fabrega, 1969; Rack, 1982; Kasl *et al*, 1983; Westermeyer, 1984; Nathan,1986; Grinberg, 1986, Ramos, 1993), como aponta Ramos (2004).

3.4. Antecedentes de patologia psíquica

Relativamente à categoria “Antecedentes de patologia psíquica”, definimo-la como as alterações psíquicas/comportamentais, reconhecidas pelo indivíduo, que antecederam a crise actual. Essas alterações são referentes ao próprio indivíduo (anteriormente à imigração e após a imigração) e também referente a familiares (anteriormente à imigração e após a imigração).

Desta categoria emergem as sub-categorias “Referente a familiares” e “Referente ao próprio indivíduo”. E de cada uma destas sub-categorias emergem ainda as sub-categorias “Anterior à imigração” e “Após a imigração”, como se pode observar no quadro 43:

Quadro 43

Antecedentes de patologia psíquica

Categoria	Sub-categorias		Indicadores	Entrevistas	
Antecedentes de patologia psíquica	Referente a familiares	Anterior à imigração	Progenitores:	E3 E14 E15	
			Depressão		
			Alcoolismo		
		Isolamento social			
	Após a imigração	Cônjuge: alcoolismo	E6, E14		
	Referente ao próprio indivíduo	Anterior à imigração	Não reconhece alteração do ponto de vista psíquico	Negação da doença	E2, E3, E5, E9, E10, E11, E12, E13, E17, E19, E20
			Reconhece alteração do ponto de vista psíquico	Doença mental com acompanhamento médico	E1
				Problemas mentais	E4, E6, E14
				Alterações comportamentais	E1, E7, E15, E16, E18
				Alteração sistema nervoso	E8
				Depressão	E7, E14
		Após a imigração	Não reconhece alteração do ponto de vista psíquico	Negação da doença	E17
			Reconhece alteração do ponto de vista psíquico	Após situação marcante (potencialmente traumática): Problemas familiares	E5, E6, E8, E10, E11, E12, E14, E15, E16, E19
				Problemas laborais	E8, E10, E12
				Mudança de residência	E2
				Processo de legalização	E19
				Doença física	E13
Alterações comportamentais				E1, E3, E9, E11, E18, E19, E20	
Alcoolismo	E6, E15, E19				
Insónia	E2, E9, E19				
Stress	E19				

3.4.1. Referente a familiares

Alguns dos nossos entrevistados referem ter familiares com antecedentes de patologia psíquica, manifestando-se esta, em alguns casos, já anteriormente à imigração, e noutros casos, após a imigração.

Três dos inquiridos fizeram referência a situações em que a patologia psíquica, como é o caso da depressão, alcoolismo e isolamento social, já tinha dado os seus indícios em familiares, mais propriamente nos progenitores, anteriormente à situação de imigração:

“Só a minha mãe (...) Depressão mental, também” (E3).

“(...) [o meu pai] que também era alcoólico, e nos dava maus tratos” (E14).

“(...) mas digamos assim...o problema [patologia psíquica] é genético...é genético! A minha mãe praticamente ficava fechada em casa cinquenta e tal anos...(...) ...sempre a tomar comprimidos (...)” (E15).

Dois inquiridos referiram ainda situações de patologia psíquica relacionadas com o álcool relativamente aos cônjuges, já após a situação de imigração:

“Foi o ano passado, quando o meu marido começou a chatear. Eu bebia e ele implicava comigo. (...) mas ele também bebia” (E6).

“(...) o problema do meu marido...é alcoólico...estou a ver se o consigo internar” (E14).

3.4.2. Referente ao próprio indivíduo

No que diz respeito a antecedentes de patologia psíquica referente aos nossos inquiridos, alguns destes referiram já ter apresentado situações patológicas anteriormente à imigração. Outros referiram-nas apenas após a imigração.

A maioria dos entrevistados (onze) nega ter apresentado patologia psíquica anteriormente à situação de imigração:

“Nunca!” (E2).

“Não, não, não [no país de origem] (...)” (E3).

“Não, nunca” (E5, E9, E20).

“Não, nunca tive nada” (E10).

“(...) eu nunca tive nada na minha cabeça” (E11).

“Não, nunca na minha vida” (E12).

“ Não, nunca. Sempre fui uma pessoa saudável” (E13).

“Mas eu nunca tive problemas desses [psíquicos], sempre estive bem” (E17).

“Nada, nunca. (...) Não, não, não, nunca tive esses problemas [psíquicos], nunca (...)” (E19).

Apesar dos imigrantes serem um grupo vulnerável no que diz respeito à saúde mental, as opiniões dos estudiosos são, porém, divergentes quanto à doença psíquica decorrente do processo migratório.

Assim, a OMS (1991), referenciada por Oliveira (1996), e indo de encontro às respostas dos inquiridos, defende que é até um equívoco que os migrantes estejam mais predispostos a desenvolver problemas psiquiátricos no país de acolhimento do que quando se encontravam nos seus países de origem, uma vez que, se eles já tivessem desenvolvido perturbações psiquiátricas graves não estariam, decerto, em condições de poder emigrar.

Por outro lado, Cox (1977) defende que determinados distúrbios mentais levam as suas vítimas a emigrar (hipótese da selecção), pelo que pessoas insatisfeitas e instáveis emigram com maior frequência, numa tentativa de resolver os seus problemas pessoais.

Nove dos entrevistados reconhecem ter apresentado alterações do ponto de vista psíquico já anteriormente à imigração, e que apontaram como sendo doença mental, problemas mentais, alterações comportamentais, alterações do sistema nervoso e depressão.

Um desses entrevistados referiu que, no país de origem, já tinha acompanhamento psiquiátrico por apresentar doença mental:

“tive muitas crises (...) eu me consultava no Brasil, e o meu médico [psiquiatra] me deu uma declaração... (...) que eu estava sendo tratada lá ...me deu o nome dos remédios que eu tomava...tudo (...)”(E1).

Três inquiridos expressaram ter problemas mentais, enquanto alterações do ponto visto psíquico, já anteriormente à imigração:

“ Sim, desde criança que eu tenho problemas...desde que eu tinha 9 anos (...) Desde que eu tinha 9 anos que tenho problemas de cabeça, foi por isso que eu vim para cá, para me tratar...quando eu vim já vinha doente” (E4).

“Sim [tive problemas mentais], foi quando a minha filha tinha 9 meses.[Eu] Ficava com a cabeça maluca, tinha bicho” (E6).

“Sim [apresentei problemas mentais], durante todo o tempo, até à adolescência, por causa do meu pai, que (...) nos dava maus tratos. (...) Depois do meu pai falecer, tinha eu 15 anos, melhorei” (E14).

Cinco entrevistados disseram que, anteriormente à imigração, já tinham apresentado alterações comportamentais:

“(...) quando eu no Brasil começava a falar sozinha bastava ir descansando e aí ficava logo bem (...)”(E1).

“ Desde os 16 anos. Decidi que não gostava mais da Europa e por isso queria sair da Europa. Aí comecei a não andar bem. (...) Saí de casa. Aluguei uma casa e comecei a viver sozinho, não queria causar problemas à minha família. Depois deixei de trabalhar e comecei a viver da segurança social, deixei de ter casa [e passei a viver nos centros de acolhimento]” (E7).

“ (...) mas...já em Itália, sempre me lembro... eu sempre me lembro de ser uma pessoa diferente...introvertido, sempre ao contrario [alterações comportamentais]” (E15).

“Tive problemas em...dificuldades em ir para a escola...tinha muito medo em ir para a escola...foi antes de vir para aqui para Portugal. (...) Foi... quando eu tinha 8 ou 9...acho eu” (E16).

“eu lá [Venezuela] era acompanhada por uma psicóloga (...) sempre houve problemas na minha casa, com a minha mãe, e eu sempre fui uma pessoa mais para o triste, calada (...) foi na altura que eu também comecei a estudar...” (E18).

Um inquirido referiu que a alteração do sistema nervoso era uma alteração psíquica, que já apresentava antes da imigração:

“Sim, era o meu sistema nervoso que já estava alterado, era a guerra, sabe...dava cabo dos nervos à gente [em Angola]” (E8).

Também a depressão foi referida por dois entrevistados como um problema existente anteriormente à imigração:

“Andava deprimido” (E7).

“Também sofria de depressão” (E14).

Após a imigração, todos os indivíduos entrevistados reconhecem apresentar alterações do ponto de vista psíquico, à excepção de um, que não o reconhece, negando portanto a sua doença:

“Como eu disse, sou desportista, viajo muito, falo com muita gente por causa do meu trabalho...sempre estive bem” (E17).

Com o processo migratório, nem todos os migrantes têm forçosamente de desenvolver um declínio na saúde mental, como é defendido nos trabalhos de Chance (1965) e Murphy (1965), como expressa Neto (2002).

Se o imigrante não apresentar problemas prévios de personalidade, a sociedade receptora for suficientemente acolhedora e o processo migratório se processar sem intercorrências, decerto que o indivíduo se irá adaptar gradualmente à nova realidade em que está inserido, sem manifestar patologia psiquiátrica.

Quanto aos restantes entrevistados, um número bastante significativo (doze) reconheceu apresentar alterações do ponto de vista psíquico, surgindo estas

alterações após situações marcantes, potencialmente traumáticas, como é o caso de problemas familiares, problemas laborais e doença física grave.

Os acontecimentos significativos de vida, sejam eles positivos ou negativos (como o casamento, a viuvez, o divórcio, a gravidez, as mudanças de meio, o emprego/desemprego, entre outros), podem provocar stress e aumentar o risco de doença, uma vez que, segundo Ramos (2004:270), “(...) obrigam, muitas vezes, a uma modificação de hábitos, de relações sociais, de padrões de actividade, a alterações no estilo de vida”.

Segundo ainda a mesma autora, e tendo por base estudos efectuados (Dohrenwend, 1973; Myers et al 1974), os acontecimentos de vida geradores de stress estão muito mais presentes em classes sócio-económicas mais baixas, onde os imigrantes estão, frequentemente, incluídos.

Dez desses inquiridos referiram que o seu problema psíquico se desencadeou após problemas familiares:

“Foi quando desentendi com a minha mulher [que o problema se iniciou] ” (E5).

“Foi o ano passado [que o problema psíquico começou], quando o meu marido começou a chatear. (...) ele implicava comigo. (...) ele também bebia [álcool]” (E6).

“ (...) depois foi a separação que também me frustrou um pouco, tudo junto [os problemas todos] começou a dar cabo de mim” (E8).

“E depois é a minha sogra que só chateia...ela não gosta de mim!” (E10).

“Foi quando eu perdi os meus bebés, que foi também culpa dele [marido] de me enervar, (...) e fiquei maluquinha da cabeça “ (E11).

“E também desde que morreu a minha sogra, pai e irmão, fiquei muito sensível” (E12).

“(...) desde há 4 ou 5 anos [que o meu problema começou]. (...) É por causa do problema do meu marido...é alcoólico...estou a ver se o consigo internar. É por causa dele” (E14).

“Isso [o problema] começou... (...) começou a não me dar bem com a minha esposa...isso foi a primeira coisa [a influenciar] ...” (E15).

“Não sei bem [quando o problema começou] ...acho que as coisas foram piorando....o estar sempre com a família separada....por causa do trabalho do meu pai...” (E16).

“ [Foi em] Outubro (...) sim, mas eu senti-me mal não foi da cabeça, foi do coração, o meu problema é do coração, porque o meu coração foi “quebrado”, sabe? Porque eu amava muito a minha namorada, sabe? Então isso “quebrou” o meu coração e provocou-me ainda mais stress mas agora tudo está ok, porque esses comprimidos que me deram são bons e ajudaram-me a esquecer, então não penso, e o stress acabou” (E19).

As famílias que enfrentam o processo migratório são, por norma, famílias vulneráveis, vivendo muitas vezes em condições de isolamento e precariedade social. A sua estrutura familiar e social sofre modificações, com repercussões na adaptação psicológica e social do indivíduo e do grupo, como afirma Ramos (1993):

“A família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear, a qual deverá assegurar sozinha as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada ou mesmo pela comunidade. A perda dos laços comunitários e familiares significa a perda da protecção física e psicológica. Tanto o indivíduo como o grupo familiar devem fazer face sozinhos ao choque cultural e ambiental, aos esforços de adaptação ao país de acolhimento, ao novo meio, ao trabalho de luto relativo ao país de origem. Entre duas tradições sociais e culturais, as do país de origem e a do país de acolhimento, os seus valores culturais e hábitos são frequentemente postos em causa no país de chegada, o que está na origem de muitos conflitos” (Ramos, 2004:260).

Três entrevistados expressaram que os problemas laborais foram o factor desencadeante do seu problema psíquico, enquanto situação traumática marcante:

“Em 97 [os problemas] começaram a piorar: o trabalho nas obras era pesado e ganhava pouco, e depois tinha a renda para pagar que era cara (...) tudo junto começou a dar cabo de mim” (E8).

“Só desde o ano passado, não...desde 2004. Comecei a ter problemas de cabeça. Comecei a andar muito nervoso por causa dos papéis [para legalização] eu preciso deles para trabalhar! Sem os papéis eles não me davam trabalho” (E10).

“Foi desde que peguei este emprego [que o problema se iniciou]” (E12).

Os imigrantes devido ao seu baixo nível de escolaridade e de qualificação profissional, associado ao elevado índice de clandestinidade promove a precariedade laboral. Esta revela-se um factor prejudicial na saúde mental dos indivíduos.

Um entrevistado verbalizou que o seu problema psíquico teve início quando mudou de residência de fora de Lisboa para a capital:

“Começou mais ou menos 2 a 3 anos depois de ter vindo para Lisboa....é que comecei a ter esse problema, há cerca de uns 5 anos!” (E2).

Um entrevistado contou que o seu problema psíquico se deveu à situação traumatizante que tem vivenciado em virtude do seu processo de legalização:

“Tenho residência para tempo prolongado, agora...é o motivo do stress que eu tenho (...) é o que me fez ir ao hospital, (...) porque eu não tenho os meus documentos, sabe? [não tem o seu passaporte consigo agora?] não, não, não, não tenho passaporte nem residência, tenho apenas o recibo enquanto espero para residência...este é o recibo [mostra o recibo)...60 dias [quando este recibo caducar o que é que tem que fazer?] Eles dar-me-ão o termo de residência por 3 anos...é por causa disto o meu stress...eu tratei disto em Julho, Julho, sabe? Faz 9 meses que eu estou sem documentos, que eu não trabalho...é por causa disso o meu stress, sabe?” (E19).

Um entrevistado reconheceu que a alteração psíquica que apresenta se iniciou após a sua doença física, a qual tem sido uma situação marcadamente traumática:

“Desde que fiquei doente [com leucemia], há quase 1 ano” (E13).

O processo migratório, através das rupturas que envolve, promove inúmeras mudanças na vida dos migrantes que, por vezes, também são negativas, como

no caso das situações referidas pelos inquiridos, provocando-lhes problemas psicológicos. Ramos (2004) também faz referência a essas mudanças: físicas - novo meio, nova habitação, novos hábitos de vida; biológicas - nova alimentação, novas doenças; sociais e familiares - novas relações interindividuais e intergrupais, novos padrões de actividades e de relações sociais, novos papéis familiares).

Um número considerável de entrevistados (sete) reconhece apresentar alterações do ponto de vista psíquico, expressando-as como alterações comportamentais:

“(...) eu senti que não estava ficando muito legal, porque eu comecei a falar sozinha...(...) tinha uma época que eu não queria sair...eu mesma não queria sair...estava mesmo deprimida, eu acho. Mas depois comecei a tomar medicação, me deu vontade de sair, de fazer coisas” (E1).

“(...) esta é a segunda vez [que estou internado]. (...) Termo bíblico [é o meu problema]. Não, por causa da bíblia (...) Foi coisa rápida, trabalho rápido... depois tudo rápido...comer rápido, trabalho rápido, tudo rápido... [sentia-se a andar muito rápido?] Sou...é tudo rápido” (E3).

“Depois de uns 4 anos de estar cá em Portugal, comecei a ouvir vozes” (E9).

“(...) eu já estava com gravidez psicológica. (...) Em 2004, no ano em que me casei, foi em Outubro que fui internada. (...) Foi 2 meses depois de ter chegado de férias do Brasil, férias de lua-de-mel, é que eu tive alterações, foi no início de Outubro, que comecei a ficar doente. O meu marido só sabia dizer “ela não está boa, ela não está boa” (E11).

“Ao fim destes anos vou sentindo que eu mudei alguma coisa de como eu era (...) Estava mesmo...cheguei ao ponto de não conseguir sair de casa, e quando vim cá à 1ª consulta (...) estava mesmo mal” (E18).

“(...) todos os dias bebia, bebia, bebia, fumava muito,(...) ...pensava, pensava, pensava ...o meu cérebro...estava a ficar louco...” (E19).

“Quase há um ano e tal, um ano atrás que me sinto mais fraca do que era, não tenho força nem coragem para batalhar, para ir para a frente com as coisas...” (E20).

As mudanças que o indivíduo em aculturação sofre manifestam-se a nível da identidade, valores, comportamento e atitudes, as quais poderão ser

traumatizantes e levá-lo “a atravessar várias crises de identidade com reajustamentos sucessivos ao nível psíquico (...)”, como expressa Erikson (1988) citado por Ramos (2004:257). Há que ter, porém, em atenção até que ponto essas mudanças são ou não normais.

Para determinar o que é anormal, há que ter em conta, quer os aspectos pessoais como os culturais do comportamento, o que torna o conceito de anormalidade muito variável, diferindo de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura e de época para época. Citando Holmes (1997:32) “*comportamento anormal é o comportamento que é pessoalmente angustiante ou pessoalmente incapacitante ou é culturalmente tão afastado da norma que outros indivíduos o julgam como inapropriado ou mal-adaptativo*” e portanto um reflexo de doença mental, que parece ser o que transparece através das queixas dos entrevistados.

O alcoolismo é uma das alterações psíquicas que três inquiridos reconheceram ser o seu problema:

“(...) *Eu bebia [álcool] (...) Eu bebia muito (...)*” (E6).

“(...) *depois no trabalho...no aeroporto...a gente bebia muito, porque a gente tinha tudo à disposição....(risos) era whisky, era champagne...tinha tudo...(...) fui andando, fui andando...cada vez pior...até que um dia, não sei como foi...estava no hospital (...)*sabe,...estava a ficar alcoólico e tal...!” (E15).

“(...) *[eu] bebia muito álcool (...) todos os dias bebia, bebia, bebia (...). Eu estava alcoolizado (...)* deram-me 2 caixas de comprimidos para tomar por causa do álcool (...)” (E19).

Este aspecto do alcoolismo dos imigrantes é confirmado por Ramos (2004) e Oliveira (1996), sendo também reforçado por este, enquanto nosso informador qualificado, quando faz referência aos diagnósticos mais frequentes na hospitalização de imigrantes no HMB.

A insónia foi reconhecida como a alteração psíquica manifestada por três entrevistados:

“(...) *de noite não conseguia dormir...enfim!*” (E2).

“Depois de uns 4 anos de estar cá em Portugal, comecei a não dormir (...)” (E9).

“ (...) eu não conseguia dormir, era o meu principal problema... (...) não conseguia dormir (...) estive cerca de 2 semanas sem dormir bem e a minha cabeça estava bum, bum, bum , este foi o principal problema mas agora estou bem” (E19).

O stress foi reconhecido por um dos entrevistados como uma alteração psíquica que apresentava:

“ (...) Muito stress... (...) estive 2 semanas em stress (...) quando eu fui ao Curry Cabral estava com muito stress e a minha cabeça estava muito pesada, (...)” (E19).

O stress poderá ser uma das consequências da aculturação, como expressam Neto (2002) e Ramos (2004), enquanto fenómeno decorrente do processo migratório.

3.5. Outros problemas de saúde

Relativamente à categoria “Outros problemas de saúde”, definimo-la como as alterações físicas identificadas pelo indivíduo e que não estão associadas à doença mental.

Desta categoria emergem as categorias “Sem problemas” e “Problemas físicos” como se pode observar no quadro 44:

Quadro 44
Outros problemas de saúde

Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Entrevistas
Outros problemas de saúde	Sem problemas	Saudável	E7, E9, E10, E12, E14, E16, E20
	Problemas físicos	Cefaleias	E11
		Oftalmológicos	E1, E8
		Cardíacos	E19
		Hepáticos	E8
		Abdominais	E1
		Gástricos	E15
		Intestinais	E3
		Ginecológicos	E1
		Urológicos	E2
		Membros inferiores	E1, E18
		Alérgicos	E11, E17
		Dermatológicos	E6
		Hematológicos	E13
		Obesidade	E5
		Reumatismo	E1
Fraqueza	E2		
Cansaço	E4		

3.5.1. Sem problemas

No que diz respeito a outros problemas de saúde, sete dos entrevistados referiram não os apresentarem, encontrando-se, portanto, saudáveis, a esse nível:

“ [Não tenho] nenhuns [problemas] ” (E7).

“Nenhuns [problemas], tenho sido sempre saudável...” (E9).

“Não tenho tido nada, tenho estado bem” (E10).

“Tenho estado sempre bem” (E12).

“Não tenho tido outros problemas de saúde” (E14).

“Nenhuns [problemas] (E20).

3.5.2. Problemas físicos

A maioria dos indivíduos por nós inquiridos (treze) referiu apresentar problemas físicos, sendo estes bastante diversificados, tais como cefaleias, problemas oftalmológicos, cardíacos, hepáticos, abdominais, gástricos, intestinais, ginecológicos, urológicos, nos membros inferiores, alérgicos, dermatológicos, oncológicos. Referiram ainda problemas de obesidade, reumatismo, fraqueza e cansaço.

Um indivíduo referiu cefaleias:

“ [Tenho] dores de cabeça crónicas. Tenho dores de cabeça a pontos de vomitar tudo o que como (...)” (E11).

Dois indivíduos referiram apresentar problemas oftalmológicos, associados também a outros problemas:

“Tenho tido problemas físicos sim, mas eu também já tenho 50 anos...tenho tido dores na barriga, nas pernas...tenho reumatismo... (...) tenho também problemas ginecológicos (...) tenho um cisto [quist] no ovário (...) outra coisa é a minha vista...estou enxergando muito mal para ler” (E1).

“Tenho problemas no fígado e nos olhos. Foi as obras, a massa que me queimou as vistas pelo que fiquei com incapacidade, deram-me a invalidez” (E8).

Um indivíduo referiu problemas cardíacos:

“Sim, tem estado tudo ok...só problemas com o meu coração (...) o meu coração começou a dar-me problemas” (E19).

Um indivíduo referiu problemas gástricos:

“Eu fui também fazer endoscopia [gástrica] duas vezes...também não sai [revelou] nada [mas porquê, tinha alguma queixa gástrica?] É tinha, mas afinal acho que é nervoso...não sei porquê...” (E15).

Um entrevistado referiu problemas intestinais:

“Humm, o problema de saúde é só dos gases (...) Dos gases (...) é só dos gases, é só dos gases mesmo” (E3).

Um inquirido referiu problemas urológicos, associados também a fraqueza:

“Só coisa para urinar [problemas para urinar] tubo no pénis! (...) fraqueza, estar a transpirar...” (E2).

Dois entrevistados referiram problemas alérgicos:

“Sempre tive asma, alergia a tudo (...)” (E11).

“ (...) sou alérgica só...alérgica às graminias” (E17).

Um indivíduo referiu problemas dermatológicos:

“Tive borbulhas que davam comichão no pescoço e depois infecção (...) depois passou” (E6).

Um inquirido referiu problemas hematológicos:

“Sempre fui saudável e de repente apareceu a leucemia” (E13).

Um entrevistado referiu problemas de obesidade:

“Agora tenho que ser operado aqui em baixo [região abdominal], tenho aqui umas banhas, só que estou em lista de espera, nunca mais me chamam...é só para tirar as banhas que cá estão (...)” (E5).

E, finalmente, um entrevistado referiu cansaço:

“ (...) apenas cansaço, muito cansado sempre” (E4).

Os migrantes, como resultado do seu percurso de vida, e da interação de múltiplos factores, constituem um grupo vulnerável ao nível da saúde física e

mental, apresentando, geralmente, um pior estado de saúde do que a população autóctone. Isso deve-se, em parte, segundo Ramos (2006), a dificuldades em recorrer a serviços de prevenção da doença e promoção da saúde.

A mesma autora, partilhando da opinião de Lazarus *et al* (1995), expressa ainda que os migrantes apresentam uma maior gravidade nas patologias de que são portadores, devido não só ao diagnóstico e tratamento tardios, mas também pelas situações de clandestinidade, de discriminação e carência psicossocial em que vivem.

Ramos (2004), defende ainda que o défice de saúde dos migrantes, é influenciado por um variado e complexo conjunto de factores sócio-culturais, psicossociais, familiares, sendo, entre outros, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde; os cuidados demasiado caros para os seus recursos financeiros; a preferência por cuidados pontuais (urgências hospitalares) ou específicos (dispositivos caritativos ou associativos); a preferência pela medicina curativa quando a doença já está instalada, em detrimento da não utilização dos mecanismos de saúde preventiva.

3.6. Apoio médico em Portugal

Nesta categoria estão incluídos os serviços de saúde a que o indivíduo recorreu em Portugal: os serviços de saúde psiquiátricos, e neste incluem-se os serviços de saúde que reconhecidamente prestam apoio na área das alterações psíquicas, e os serviços de saúde gerais, isto é, todas as outras áreas que não se encontram incluídas no primeiro grupo dos serviços de saúde atrás referidos.

Desta categoria emanam as sub-categorias “Geral (não-psiquiátrico)” e “Psiquiátrico”, como se pode observar no quadro 45:

Quadro 45
Apoio médico em Portugal

Categoria	Sub-categorias	Indicadores	Entrevistas
Apoio médico em Portugal	Geral (não- psiquiátrico)	Centro de Saúde	E1, E2, E6, E11, E12, E13, E14, E15, E18, E19, E20
		Urgência do hospital geral	E2, E11, E12, E15, E16,
		Internamento do hospital geral	E13, E18
		Consulta externa de hospital geral	E18
		Saúde ocupacional da entidade empregadora	E3
		Auto-tratamento	E3
		Familiar médico	E17
		Dentista	E16
		Exames auxiliares de diagnóstico	E17
	Psiquiátrico	Urgência psiquiátrica do hospital Curry Cabral	E2, E4, E8, E9, E19
		Internamento do HJM	E2, E5, E7, E8, E9, E10, E12
		Consulta externa do HJM	E9, E11
		Internamento do HMB	E14
		Consulta do Migrante do HMB	E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20

3.6.1. Geral (não-psiquiátrico)

Relativamente ao apoio médico em Portugal, no que diz respeito a cuidados de saúde gerais, isto é, cuidados de saúde não-psiquiátricos, os nossos entrevistados referiram já ter recorrido ao centro de saúde, ao serviço de urgência, ao internamento e consulta externa, ao serviço de saúde ocupacional da entidade empregadora, e ao dentista. Referiram ainda recorrer a familiar médico assim como ao auto-tratamento. Houve ainda quem referisse ter

recorrido a exames auxiliares de diagnóstico apenas como o único apoio médico que teve cá em Portugal.

A maioria dos entrevistados (onze) referiu já ter recorrido ao Centro de saúde:

“Fui só no centro de saúde Coração de Jesus (...) Acho que fui uma vez para ver a médica (...), para a consulta” (E1).

“ (...) e também [já fui] à médica de família” (E2).

“ (...) tive que ir ao médico no [centro de saúde]” (E6).

“Tenho o cartão de utente do Centro de Saúde de Sete Rios e tenho a minha médica [de família] que é a Dra I. R. (...)” (E11).

“Sim, vou ao centro de saúde quando preciso (...)” (E12).

“Fui ao centro de saúde algumas vezes (...)” (E13).

“ De saúde geral, vou às vezes ao médico de família” (E14).

“ [Tenho ido à] Consulta, sim...tenho a médica de família ...mas no centro de saúde” (E15).

“ [Tenho ido] (...) só centro de saúde onde tenho a médica de família (...)” (E18).

“ (...) fui só ao meu médico [do Centro Saúde] para ele me dar uns comprimidos para dormir (...)” (E19).

“No centro de saúde fui fazer daqueles exames todos: sangue, coração, para saber se está tudo bem “ (E20).

Apesar das *“(...) dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o desconhecimento dos serviços de cuidados de saúde da sua área de residência”*, como refere Ramos (2004:281), a maioria dos inquiridos recorre ao Centro de Saúde, ao médico de família, correspondendo, portanto, à sua área de residência, contrastando com uma minoria que recorreu à urgência hospitalar. Este comportamento dos inquiridos poderá significar já uma certa integração na sociedade portuguesa.

Alguns dos inquiridos (cinco) referiram já ter recorrido ao serviço de urgência de um hospital geral:

“Já fui à urgência do hospital Curry e Cabral [por problemas físicos] (...) por essas coisas do urinar [queixas urinárias] ”(E2).

“Já fui também a S. José, a Santa Maria... [à urgência] ”(E11).

“ E também já fui ao hospital de Santa Maria [à urgência] ”(E12).

“ (...) fui só dessa vez ao S. José [à urgência], mas foi só um controle...mandaram-me embora...não, hospital mesmo, ficar no hospital...nunca fui (...)”(E15).

“ (...) uma vez que eu parti um osso no pé, tive de ir ao hospital de Cascais [à urgência]”(E16).

Dois entrevistados referiram também ter já usufruído de serviço de internamento em hospital geral:

“ (...) estou a ser seguido no hospital dos Capuchos [no serviço de hematologia]”(E13).

“(...) na insuficiência venosa estou a ser seguida no Egas, já fui operada lá este ano (...)”(E18).

A consulta externa do hospital geral foi referida por um dos entrevistados onde teve apoio médico de cuidados de saúde gerais:

“ (...) e agora vou lá à consulta [externa] (...).no [hospital] Egas [Moniz]”(E18).

O serviço de saúde ocupacional da entidade empregadora também foi referido por um dos entrevistados, associado ao auto-tratamento:

“Eu fui num médico que é (...) MEDIS (...) é um médico particular da empresa. (...) Nunca tive um médico de família (...) Curo sozinho (...) vou à farmácia e explico (...)”(E3).

O procedimento deste indivíduo vai de encontro ao comportamento que Ramos (2004:281) refere ser comum nos imigrantes:“(...) a tendência para a auto-medicação”.

Um outro entrevistado referiu que sempre que necessitou de apoio médico em cuidados gerais, recorreu a familiar médico, à exceção de exames auxiliares de diagnóstico que fez cá em Portugal:

“O meu pai é médico, então sempre que preciso de alguma coisa...medicamentos, ou alguma coisa, ou deixo para ele quando vou lá a Badajoz, ou ele me envia...ou através de amigos. Graças a Deus, nunca precisei de nada [apoio médico em Portugal]. Provavelmente tenho feito só aquelas análises que se faz quando se tem que fazer uma hipoteca da casa, ou quando se compra casa, seguros ao próprio banco” (E17).

Um inquirido referiu que tinha recorrido ao dentista:

“(...) só...(...) fui....ao dentista (...)” (E16).

3.6.2. Psiquiátrico

Relativamente ao apoio médico em Portugal na área psiquiátrica, os indivíduos por nós entrevistados referiram ter apenas recorrido a duas instituições vocacionadas para aquela área: o hospital Júlio de Matos e o hospital Miguel Bombarda, em Lisboa. Usufruíram nestas instituições do serviço de internamento e da consulta externa. No caso do hospital Miguel Bombarda, a consulta externa utilizada foi um departamento mais específico – a Consulta do Migrante. Os entrevistados expressaram ainda ter recorrido ao serviço de urgência do Hospital Curry Cabral, já que é neste local que funciona o serviço de urgência psiquiátrica que serve os hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda.

Cinco dos entrevistados referiram ter recorrido ao serviço de urgência do hospital Curry Cabral, para apoio psiquiátrico:

“[Fui à urgência do Curry Cabral] dessa vez que a minha vizinha mandou chamar os bombeiros [por problemas psiquiátricos]...(...)” (E2).

“Sim, [tenho ido] sempre ao Hospital Curry e Cabral” (E4).

“Sim, tenho ido ao Curry e Cabral [à urgência] ” (E8).

“ (...) e [tenho ido] ao Curry Cabral [à urgência]” (E9).

“ (...) então eu fui ao hospital Curry Cabral [à urgência]... (...) e me deram os comprimidos, tudo ficou bem, agora não há problema, nem stress (...)” (E19).

O internamento no hospital Júlio de Matos foi o apoio utilizado por sete dos nossos inquiridos, em Portugal:

“E agora [estou internado] aqui no Júlio de Matos” (E2).

“Não, não, tem sido sempre aqui [no hospital Júlio de Matos que eu tenho vindo] ” (E5).

“Só aqui neste hospital [HJM]. E estive no outro serviço [aqui no HJM] também antes de vir para este [serviço] ” (E7).

“ (...) e agora também [vim] aqui no Hospital Júlio de Matos” (E8).

“Sim, [costumo vir] aqui ao Júlio de Matos (...) já conheço bem aqui o Júlio...venho cá muitas vezes, (...) também no internamento” (E9).

“Sim, já 3 vezes [que venho] a este hospital [HJM], sempre por problemas de cabeça” (E10).

“Aqui no Hospital Júlio de Matos é a primeira vez [que venho] ” (E12).

A consulta externa do hospital Júlio de Matos também foi referida por dois entrevistados como sendo o local onde tiveram apoio médico na área psiquiátrica:

“ Sim, aqui ao Júlio de Matos (...) venho cá muitas vezes, às consultas (...)” (E9).

“(...) o médico [na consulta externa aqui do hospital Júlio de Matos] passa-me clozapina e eu tomo certinho, e o carbonato de lítio e eu tomo certinho. O diazepam já não me passa porque ele viu que eu estou calma” (E11).

Quanto ao internamento no hospital Miguel Bombarda, apenas um entrevistado referiu ter usufruído deste tipo de apoio:

“ (...) estive internada no Hospital Miguel Bombarda, já várias vezes. [Internamento] De psiquiatria...várias vezes, sempre pelo mesmo motivo...depressão. Tenho tido já vários internamentos” (E14).

Relativamente à Consulta do Migrante do hospital Miguel Bombarda, oito dos entrevistados recorreram àquele tipo de apoio:

“E agora tenho vindo aqui à Consulta do Migrante, aqui neste hospital [HMB] ” (E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20).

No que diz respeito aos cuidados de saúde mental, os entrevistados utilizaram preferencialmente os cuidados curativos (urgência hospitalar e internamento) em detrimento dos preventivos, indo de encontro ao que Ramos (2004) afirma relativamente a esse aspecto.

3.7. Acesso à saúde

Esta categoria é definida como os aspectos que influenciam o acesso dos indivíduos da nossa amostra aos serviços de saúde, quer no país de origem (no que diz respeito às dificuldades que se apresentam ao indivíduo no acesso à saúde, ou na ausência delas), e em Portugal. Aqui também são incluídas as dificuldades (dificuldades que se apresentam ao imigrante no acesso à saúde) ou na ausência delas. Quanto às dificuldades são considerados os aspectos de comunicação (problemas de ordem comunicacional tanto relativamente ao emissor como ao receptor da mensagem), os aspectos de discriminação (atitudes/comportamentos sentidos pelo indivíduo como sendo diferentes relativamente à população autóctone) e ainda outros.

Da categoria “Acesso à saúde” emergem as sub-categorias “País de origem” e “Portugal”. E cada uma destas sub-categorias tem ainda as sub-categorias “Sem dificuldades” e “Dificuldades”, respectivamente, como podemos observar no quadro 46:

Quadro 46
Acesso à saúde

Categoria	Sub-categorias		Indicadores	Entrevistas
Acesso à saúde	País de origem	Sem dificuldades (facilitado)	Tratamento médico privilegiado	E13, E18
		Dificuldades	Condicionado pelo pagamento	E13, E18
			Desorganização institucional	E15, E18
			Infra-estruturas sanitárias insuficientes	E18
	Portugal	Sem dificuldades	Sem dificuldades	E1, E2, E3, E5, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17
		Dificuldades	Comunicação	E4, E6, E10, E13, E19
			Discriminação	E11
			Outros: Tempo de espera para as consultas Burocráticas	E14 E17, E18, E20

3.7.1. País de origem

Quanto ao acesso à saúde no país de origem, três dos entrevistados expressaram ser mais difícil do que em Portugal, por razões como o pagamento obrigatório da totalidade dos serviços de saúde, a desorganização institucional existente, a insuficiência de infra-estruturas sanitárias.

Referiram ainda que o seu acesso às mesmas foi facilitado devido a tratamento médico privilegiado.

Dois entrevistados referiram que, no seu país, o acesso à saúde tem que ser pago:

“(...) lá no Chile você tem que pagar tudo [em questões de saúde]” (E13).

“(...) na Venezuela é tudo [cuidados de saúde] a pagar (...)” (E18).

Segundo dois inquiridos, no seu país de origem o acesso à saúde é difícil devido à desorganização das instituições de saúde:

“ (...) na minha terra... você nem imagina o caos [na saúde] ...(...) só [se] fala sempre de Nápoles...Nápoles não parece que pertence à Itália (risos)...é uma cidade muito particular (...)” (E15).

“(...) lá [na Venezuela] podes ir, passar a noite no hospital e acordar sem roupa...(...)” (E18).

Um entrevistado expressou ainda que, devido à insuficiência das infra-estruturas das instituições de saúde, o acesso a estas é dificultado:

“ (...) porque os hospitais praticamente não funcionam, ou seja, em termos de equipa médica são muito bons, só que não têm meios (...) os hospitais não têm meios, pronto, os hospitais são hospitais-escola (...)” (E18).

Dois inquiridos referiram ainda que o acesso às instituições de saúde, no seu país, lhes tinha sido facilitado devido à proximidade relacional com alguns técnicos de saúde:

“Eu tinha sorte lá no Chile porque tinha muitos médicos na família que me tratavam se não seria difícil” (E13).

“(...) eu fui lá uma vez a um hospital (...) mas foi porque um amigo nosso estava a fazer banco nesse dia, e foi para ele ver [consultar] (...)” (E18).

3.7.2. Portugal

A maioria dos entrevistados referiram não apresentar dificuldades no acesso à saúde, em Portugal. No entanto, três deles acabaram por identificar alguma dificuldade apesar de inicialmente a terem negado.

Alguns referiram até que o acesso à saúde em Portugal é mais facilitado do que nos seus países de origem.

Um número bastante significativo dos entrevistados referiu que quando acedia aos serviços de saúde portugueses sentia dificuldades na comunicação, no entanto, foram pouco evidentes os aspectos discriminatórios.

Foram ainda referidas dificuldades relativas a aspectos burocráticos, assim como com o tempo de espera para as consultas.

Treze dos entrevistados referiram não apresentar dificuldades no acesso à saúde em Portugal, três dos quais expressaram até que o acesso no nosso país é mais fácil do que nos seus países de origem:

“Não, não [senti dificuldades]. (...) Acho que [em Portugal] é até mais facilitado do que no Brasil (...)” (E1).

“Nenhumas [dificuldades], tenho sempre sido bem atendido” (E2).

“Não, não, não... não mesmo [nenhuma dificuldade] ” (E3).

“Não, não [nenhuma dificuldade], é muito fácil adaptar-se com esta gente [portugueses], uma vez que andei em muitos países, é muito fácil adaptar com toda a gente” (E5).

“Nenhumas, não tenho sentido dificuldades” (E8).

“Não tenho tido dificuldades” (E9; E12).

“ Eu tenho segurança social e cartão de utente, por isso tratam-me bem em todo o lado” (E11).

“Nenhumas [dificuldades], aliás aqui em Portugal é muito mais simples que lá no Chile. (...) Aqui toda a gente tem direito a ser atendida (...) Mas aqui é fácil... (...) ” (E13).

“Nenhumas. Pelo contrário, sempre fui muito bem tratada, em todas as ocasiões” (E14).

“ Não [nenhuma dificuldade] ...eu acho que aqui até funciona melhor do que o da minha terra [Itália] (...) e eu não tenho nada a queixar-me daqui [do serviço de saúde] (...)” (E15).

“Não, porque foi mais tratado pela minha mãe do que eu” (E16).

“ (...) fui bem tratada no bloco de recuperação. (...) Não, não [nenhuma dificuldade], todo o mundo tem facilitado (...)” (E17).

Apesar de ser frequente a “(...) não adequação, preparação e organização dos serviços de saúde para responder às necessidades das minorias (...)”, como expressa Ramos (2004:281), a maioria dos imigrantes entrevistados não apresentam dificuldades no acesso às mesmas, podendo esse facto revelar que o seu processo de aculturação estará a decorrer no bom sentido, o da integração.

A integração do imigrante no país de acolhimento será então influenciada, não só pelas políticas de integração existentes, pelo dinamismo e abertura implementados, mas também devido a um conjunto de factores relativos ao próprio indivíduo. Esses factores individuais podem passar pelas condições materiais, pelas estratégias de adaptação e também pelas suas características psicológicas, levando-o a adoptar mudanças em si próprio, promovendo a sua aculturação psicológica.

Dez dos entrevistados expressaram dificuldades em aspectos comunicacionais, discriminatórios, no tempo de espera para as consultas e na burocracia.

Quanto à comunicação, cinco indivíduos da nossa amostra, revelaram dificuldades quando têm acedido aos serviços de saúde portugueses:

“Na comunicação, essencialmente na comunicação. Por vezes não percebo o que me dizem e outras vezes não me consigo explicar, e depois as pessoas não entendem aquilo que eu estou a querer dizer” (E4).

“É principalmente na comunicação, às vezes é difícil porque eu não compreendo o que as pessoas querem dizer (...)” (E6).

“Problemas na comunicação. Às vezes eles não me entendem ou outras vezes não percebo o que me dizem” (E10).

“(...) a não ser [problemas] na língua, às vezes” (E13).

“eles [no Hospital Curry Cabral] fizeram-me imensas perguntas que eu não sabia responder. (...) Sim, um pouco, um pouco de dificuldades, mas não muitas” (E19).

A comunicação revela-se, assim, um importante factor, para ultrapassar barreiras, e no estabelecimento da relação doente-técnico de saúde, condicionando a relação terapêutica e a conseqüente eficácia dos cuidados e de adesão ao tratamento, bem como a adopção de medidas protectoras da saúde. Ramos (2004:295), acrescenta neste sentido que *“(...) as dificuldades dos técnicos em compreenderem as queixas e as crenças do doente, os problemas comunicacionais e linguísticos podem originar dificuldades e erros ao nível da própria avaliação/diagnóstico e na apreciação do estado de saúde do doente”*.

A comunicação é, assim, uma componente fundamental dos cuidados de saúde, quer o contexto seja multicultural ou não, migrante ou autóctone, e pode até constituir um importante avaliador da qualidade dos cuidados de saúde, como numerosos trabalhos efectuados o evidenciam (Kaplan *et al*, 1989; Street *et al*, 1997; Young *et al*, 1996; Stewart *et al*, 1997; Coulter *et al*, 1999), como expressa Ramos (2004).

Quanto a aspectos discriminatórios, apenas um entrevistado referiu já os ter sentido:

“Na ginecologia em Santa Maria, pelo facto de ser estrangeira, sinto alguma [discriminação]. Eles devem tratar algumas putas que chegam lá grávidas...mas às vezes como eu começo a falar pouco e só em português, depois é que elas [técnicas de saúde] «você é brasileira? Não parece!» e depois tratam-me muito bem” (E11).

Como defende Ramos (2006:332), *“(...) a saúde é um direito de todos (...); o utente, nacional ou migrante, é um cidadão que não deverá ser discriminado qualquer que seja a sua origem social ou étnica, a natureza da sua doença, a sua esperança de vida, a sua situação legal”*. A discriminação pode representar uma fonte de stress para o indivíduo em aculturação, o stress de aculturação, acarretando *“uma redução na saúde dos indivíduos e pode incluir aspectos físicos, psicológicos e sociais”*, como salienta Neto (2002:251).

O tempo de espera para as consultas, foi uma das dificuldades, apresentada por um dos entrevistados:

“Tenho que esperar um pouco para as consultas, (...) como toda a gente (...)” (E14).

A burocracia portuguesa tem sido problemática para três dos nossos inquiridos quando recorrem aos serviços de saúde:

“O único problema é os trocos... (...) Quando preciso de pagar algo... (risos) então tem de se fazer mil piruetas para se conseguir, que... coitadas elas (administrativas do HMB) têm que dar o dinheiro justo ...ainda no outro dia, a senhora [administrativa] que estava ali [nas consultas] não tinha troco...eu vou ao bar...no bar também não tinha troco... (risos), às vezes é difícil” (E17).

“ (...) cá [em Portugal] as coisas são mais burocráticas (...)” (E18).

“Senti já [dificuldades] ...quando ainda não tinha cartão de utente, tinha mais dificuldade em encontrar os médicos, e também estive no centro de saúde de Loures que não tinha médico de família, quando passei para Lisboa foi um bocadinho mais fácil, passou um mês já tinha cartão aqui, e estava cá (Portugal) já há 4 anos e tínhamos escolha para os médicos, eu estranhei...aqui em Lisboa tem organização melhor do que fora de Lisboa, foi o que eu senti” (E20).

Vindos de um sistema cultural distinto, no país de acolhimento, os imigrantes deparam-se com uma nova cultura, uma nova língua, regras culturais e de funcionamento diferentes inerentes a um novo meio, o qual não raras vezes se lhe revela com alguma hostilidade, provocando-lhe ansiedade, desconfiança e receio.

3.8. Experiência marcante vivenciada desde que imigrou

Definimos esta categoria como um episódio vivido pelo indivíduo de forma intensa, e considerado por este de forma positiva/negativa, após a imigração. Quando negativa, abarca os aspectos familiares (pessoas com quem tem laços sanguíneos ou conjugais), profissionais, (na área laboral), a doença, a xenofobia e outras.

Desta categoria emergem as categorias “Positiva” e “Negativa”. Desta emanam ainda as categorias “Familiar”, “Profissional”, “Doença”, “Xenófoba” e “Outras”, como podemos observar no quadro 47:

Quadro 47
Experiência marcante vivenciada desde que imigrou

Categoria	Sub-categorias		Indicadores	Entrevistas
Experiência marcante vivenciada desde que imigrou	Positiva		Libertação familiar	E13
			Ajuda humanitária	E19
			Remuneração laboral	E2
	Negativa	Familiar	Separação familiar	E2, E5, E13, E14, E16, E19
			Conjugal	E5, E6, E8, E11, E13, E19
			Aspectos económicas	E9, E16
			Conflitos familiares	E1, E18
		Profissional	Precariedade/desemprego	E2, E8, E19
			Incapacidade profissional	E4, E9, E13
		Doença	Alterações físicas/psíquicas	E4, E13, E19
			Cuidados de saúde	E7, E17
			Isolamento social	E4, E13
		Xenófoba	Xenofobia	E15, E17
		Outra	Burocrática	E10, E12, E19
			Relacional	E18
			Linguística	E20

3.8.1. Positiva

No que diz respeito a experiências positivas marcantes vivenciadas desde que imigraram, os entrevistados relataram situações referentes à libertação familiar, à ajuda humanitária e à remuneração laboral.

Um dos inquiridos referiu que a imigração lhe proporcionou uma experiência positiva marcante, enquanto factor de libertação familiar:

“ (...) consigo finalmente ter a minha vida, ser independente...(...). A minha família sempre foi contra em eu sair do Chile. (...) finalmente me consigo libertar [da família](...)” (E13).

Outro dos inquiridos revelou-nos que a ajuda humanitária que recebeu, desde que imigrou, foi uma experiência positiva marcante:

“ (...) mas eu tinha a associação [de imigrantes – a União da Serra Leoa em Portugal]...eles ajudavam-me com alguma comida, às vezes com o passe, com bilhetes...eu não trabalhava mas eles ajudavam-me...às vezes com comida, às vezes davam-me arroz, às vezes bilhetes, leite, açúcar, arroz, massa...porque eu não trabalhava” (E19).

Outro dos entrevistados referiu-se à remuneração laboral como experiência positiva vivenciada com a imigração:

“ O trabalho....aqui ganha-se melhor... (...)” (E2).

Camilleri (1989) considera a migração um projecto individual, baseado em decisões pessoais, sustentado por fortes motivações e abertura à mudança. Estas mudanças, tanto poderão ser negativas como positivas. Destas temos por exemplo, o caso da melhoria das condições sócio-económicas, da educação, por vezes da saúde, entre outras.

3.8.2. Negativa

Relativamente a experiências negativas marcantes, vivenciadas desde que imigraram, os entrevistados relataram-nos situações familiares, profissionais, de doença, e xenóforas, entre outras.

Das experiências familiares negativas que sofreram focaram-nos aspectos relacionados com a separação e conflitos familiares, problemas conjugais, e aspectos económicos.

Seis dos inquiridos expressaram que a separação familiar foi uma experiência negativa marcante que vivenciaram desde que imigraram:

“E depois sinto-me um pouco sozinho....a minha família está lá...[no país de origem]” (E2).

“ (...) longe das filhas e da mulher é difícil...elas têm cá vindo mas não é suficiente (...)” (E5).

“ (...) estou sozinho sem a minha família. (...) estou longe da família... é complicado” (E13).

“ O meu filho. Eu digo que tenho um filho...mas no Chile tenho outro filho, que deixei quando vim para cá. (...) E quando eu vim ele era muito pequeno...tinha 6 anos. E a vida estava difícil... (...). Mas tenho muitas saudades...custa-me muito, apesar de falarmos frequentemente ao telefone...mas ele já está um homem...já tem 16 anos. Custa-me muito...apesar de mandar dinheiro...de falarmos ao telefone. Eu não falo nisso mas custa-me muito” (E14).

“Quando cheguei a Portugal os meus pais separaram-se ...fez [com que] viver em Portugal [fosse] mais difícil...” (E17).

“ (...) o facto de não ver a minha família há muito tempo (...) já há 8 anos que nunca mais vi a minha família, o que é muito difícil para mim. E isso põe-me em stress (...) ” (E19).

Aspectos relacionados com problemas conjugais foram referidos por seis entrevistados, como experiências negativas que os marcaram após a imigração:

“O divórcio (...) marcou-me muito...estive casado 25 anos (...)” (E5).

“Uma experiência difícil...foi o casamento, o casamento que ficou empatado. Já tínhamos tudo combinado, só faltava o padre, mas depois a Vicência meteu-se e conseguiu que tudo ficasse empatado. Foi ela que fez bruxarias, não sei o quê, mas que fez, fez. Continuo a viver com o meu marido mas gostava de casar na igreja ainda” (E6).

“E depois foi a separação que também me deixou em baixo” (E8).

“Foi ter me apaixonado por esse homem [ex-marido]. Cheguei aqui, e 10 dias depois estava apaixonada pelo Vítor. E amei-o tanto, tanto, tanto.... (choro). Cheguei, e 10 dias depois já estávamos a namorar. Mas por causa dele é que eu sofro até hoje” (E11).

“E às vezes nem tenho paciência também para a minha mulher...(...)” (E13).

“Isso [o problema do rompimento com a namorada] (...) tem-me causado stress (...)” (E19).

Problemas familiares relacionados com aspectos económicos foram também algumas das experiências negativas focadas por dois dos entrevistados:

“(...) não tenho dinheiro e tenho que pedir ao meu irmão” (E9).

“ (...) eu tive de sair da escola, [quando ia] começar a escola secundária, por razões financeiras, tive de sair da escola, e depois fiquei um ano em casa...e foi muito difícil” (E16).

Os conflitos familiares foram referidos como experiências negativas marcantes, vivenciadas por dois dos indivíduos da nossa amostra, desde a imigração:

“A experiência má que eu tive foi que a minha irmã me trancou dentro de casa, me deixou trancada...e eu fiquei várias semanas trancada sem poder sair...trancou o telefone (...) ela me trancou dentro de casa (risos)” (E1).

“ (...) o que mais me custou cá em Portugal foi a relação com a minha mãe (...)que a relação dela e a minha são muito complicadas (...) eu não concordo com algumas coisas que ela tem feito, mas ela também culpabiliza...a mim, as filhas, o marido, é uma relação complicada e isso é o que até agora tem sido o acumular ...e tem me levado a um bocado assim [problemas psíquicos]” (E18).

A migração é um processo complexo, gerador de múltiplas rupturas temporais, espaciais, culturais, afectivas, entre outras, envolvendo dois pólos, como expressa Ramos (2006:335), que o migrante terá de gerir:

“No primeiro pólo, trata-se de “emigrar”, de sair, de abandonar, de perder o “envelope” protector e tranquilizante dos lugares, das sensações, dos hábitos, primeiras marcas e elementos nos quais se estruturou o funcionamento psíquico e cultural. No segundo pólo, trata-se de “imigrar”, de elaborar, de reconstituir individualmente e num curto espaço de tempo o que diferentes gerações elaboraram e transmitiram pacientemente”.

Ora esta ambivalência provoca conflitos pessoais e interindividuais que, por vezes, o migrante tem dificuldade em gerir, surgindo daí a angústia,

sentimentos de abandono e perda. Enfrenta o processo migratório na expectativa de encontrar uma vida melhor, para si e para a sua família, sente-se, contudo, culpabilizado e impotente face às responsabilidades e obrigações que delega nos que ficam no país de origem.

Estas famílias, sofrendo modificações na sua estrutura, e com as condicionantes decorrentes do processo migratório, são famílias vulneráveis e com mais dificuldades em ultrapassar os problemas com que são confrontados no seu dia-a-dia, como acontece com os inquiridos.

Relativamente às experiências profissionais negativas marcantes vivenciadas desde a imigração, que foram relatadas por alguns dos indivíduos por nós inquiridos, estas estão relacionadas com a precariedade laboral e o desemprego e também com a incapacidade profissional:

Três entrevistados referiram-se a situações associadas à precariedade laboral e desemprego como negativamente marcantes:

“ O trabalho....aqui (...) [é] sem condições nenhuma... (...) trabalha-se um dia...depois fica-se à espera” (E2).

“ Uma experiência má...foi trabalhar para subempreiteiros que não descontavam para a Caixa [Segurança Social], não me pagavam como deve ser. Diziam sempre “vamos descontar para a Caixa” e nunca descontavam...foi muito mau” (E8).

“(...) uma má experiência...posso falar duma passada em 2002, em Portugal, em 2002 e 2003 porque nessa altura Portugal estava muito difícil...não havia trabalho (...) era muito difícil conseguir emprego (...) não, não trabalhei (...)” (E19).

A precariedade laboral está associada frequentemente ao alto índice de clandestinidade, ao baixo nível de escolaridade e de qualificação profissional, associado também a dificuldades linguísticas, o que dificulta aos imigrantes a sua adaptação ou integração sócio-profissional, fazendo com que sejam colocados em sectores onde é mais precária e instável a relação salarial, onde o nível de remuneração global é mais reduzido, e onde a clandestinidade imigratória sem qualquer sistema de protecção social é superior.

Anes (2006:113), assinala ainda que os imigrantes, dada a sua precariedade social, se tornam “(...) *particularmente vulneráveis aos empresários, que se aproveitam dessa fragilidade para os explorar, ameaçando denunciá-los ao SEF, mantendo-os nesses empregos em condições bastante adversas e negando-lhes os contratos de trabalho de que necessitam para regularizarem a sua situação*”.

A incapacidade profissional é referida por três inquiridos como sendo uma experiência negativa, sentida desde a imigração:

“Tive que deixar de estudar. E eu quero trabalhar, só que não consigo [devido à doença] (...)” (E4).

“Uma experiência má...é não poder trabalhar...não tenho força...os comprimidos deixam-me mole... (...)” (E9).

“E depois, tenho estado sem trabalhar [devido à doença]...eles [empresa] têm facilitado...tenho trabalhado em casa, mas é muito chato, sabe que na minha área [publicidade] há muita concorrência” (E13).

Quanto às experiências negativas relacionadas com situações de doença, relatadas pelos nossos entrevistados, dizem respeito a aspectos referentes aos cuidados de saúde, ao isolamento social e a alterações físicas e/ou psíquicas.

Três entrevistados focaram experiências negativas marcantes provocadas pelas alterações físicas e/ou psíquicas, por eles sentidas, devido à sua doença:

“Então...a minha doença...a minha doença tem-me deixado muito mal... (...) fico sem forças, não sou capaz de pensar...pareço que fico paralisado. (...) mas isto vai passar, não vai? Eu preciso de fazer a minha vida...não quero ficar para sempre assim” (E4).

“A minha doença tem sido muito difícil. Parece que foi castigo. (...) Depois a doença deixa-me muito fraco (...) nem consigo brincar com o meu filho porque fico muito cansado, fico com peso de consciência, porque ele precisa de mim. (...) Agora estou à espera de transplante...vamos ver” (E13).

“ (...) estes três problemas [relacionados com a ruptura com a namorada, a falta de documentos e o afastamento da família] tem-me causado stress (...)” (E19).

Dois entrevistados referiram experiências negativas referentes aos cuidados de saúde que receberam devido à sua doença:

“ [a experiência negativa é] com a medicação. Faz-me dormir demais (...). Não gostei do anterior serviço, aqui no hospital, onde estive por causa da medicação. Punha-me a dormir, mas aqui [neste serviço] já não é problema” (E7).

“A única experiência difícil (...) foi essa do bloco pós-operatório [em que vi doentes ao meu lado serem mal tratados] (...) aquela [situação] do bloco operatório... (...) fiquei...muito desapontada (...) naquela zona [bloco] foi [muito mau]....! (E17).

As instituições de saúde apresentam, na opinião de Ramos (2004:281), *“meios insuficientes para adaptar culturalmente e com equidade os projectos e programas de saúde”*, tal como os técnicos de saúde têm, por vezes, dificuldades no atendimento de utentes provenientes de culturas diferentes da sua.

A hospitalização é, por si só, uma situação intimidante para qualquer um, não só pela associação negativa imediata à doença, mas também pela destituição de autonomia de que os indivíduos são alvo quando dão entrada nesse contexto. Ora a hospitalização de um doente migrante, oriundo de outra cultura, e possuidor de uma língua diferente, é revestida ainda de maiores dificuldades e obstáculos, tanto para o próprio doente/família, como para os técnicos de saúde que o assistem.

Essas dificuldades iniciam-se logo no acto de acolhimento, *“(...) face às diligências administrativas, a regras que não domina, ao desconhecimento ou falta de documentos necessários, ao não domínio ou insuficiente conhecimento da língua do país de acolhimento e ao analfabetismo (...)”* (Ramos,2004:294).

E as dificuldades aumentam, segundo a autora, quando os técnicos de saúde impõem ao doente atitudes e condutas cujo sentido ele não compreende ou, por vezes até, contraditórias face às suas crenças, hábitos e costumes, provocando conflitos e aumento da ansiedade. É o que sucede, frequentemente, em situações referentes à prática e procedimentos de higiene

e rituais de lavagem, hábitos alimentares, culto religioso, relação com o corpo, bem como a relação com as visitas. Incompreensão verifica-se também perante aspectos como a gestualidade, a mímica, o toque, a postura, os olhares, o vestuário, a noção do pudor, uma vez que estas diferem de cultura para cultura.

O isolamento social, motivado pela doença, foi outra das experiências negativas, que marcou dois dos nossos inquiridos:

“ (...) a minha doença (...) afasta-me de tudo...(...) então fico em casa, só estou em casa porque me sinto mal com as outras pessoas (...)” (E4).

“(...) tenho ficado em casa [devido à doença] (...)” (E13).

Experiências xenófobas foram referidas por dois entrevistados como situações negativas que os marcaram desde que imigraram:

“ Uma coisa que me marcou...mas que fica assim mal [dizer é que eu]...era capaz de matar o homem...era capaz...sabe, tenho até vergonha de dizer...mas quero matar...[foi assim] estava a trabalhar...estava a trabalhar na rua, a varrer a rua, ali ao pé do rio...parou uma carrinha...um homem perguntou assim...” Ahh, você me sabe dizer...tenho [dar] uma informação...[e eu respondi] “Olhe por acaso....isto é Póvoa, não é Santa Iria...são duas coisas diferentes. [e o homem respondeu] “Ahhh, você não sabe nada” Fiquei lixado... (...) [eles] chegaram ao pé de mim [e disseram] ...”vai para a tua terra...tu não sabes nada...” e eu disse: você é um fascista... [e ele respondeu] “sou um fascista com muito gosto”...[e eu disse] olha porque não sai da carrinha?” (E15).

“(...) [a experiência] que tive no Consulado de Angola...porque quando viajamos com os empresários também facilitamos a documentação, os vistos e tudo isso...e naquele consulado de Angola percebi que realmente que havia algo que não era muito....que eu desconhecia, que não me senti muito normal...havia algo que não encaixava...e eu não estava a ser mal tratada...tá, tá, tá...aí eu senti-me um bocado mal, mas por desconhecimento, por não saber realmente...estar habituada a fazer vistos, vou com empresários, com homens de negócios, que levam dinheiro, com certeza vão deixar dinheiro...viagem ida e volta...e eles [na embaixada] ainda querem travel cheques, e não sei quê...quantidade de perguntas...é um país em guerra...ninguém quer vir...quem vier é para chupar...não percebo isso..mas não tem nada a ver com Portugal...é tudo com Angolanos” (E17).

A xenofobia é desencadeada, por vezes, pelo próprio processo de aculturação. As estratégias utilizadas pelos imigrantes, no sentido de, simultaneamente, preservarem a sua identidade cultural e de se adaptarem à sociedade de acolhimento, e por outro lado, a oportunidade que esta lhes dá no sentido de participarem na sociedade, vai permitir a sua integração ou inversamente promover a sua separação ou marginalização. No entanto, não são raras as situações em que são os próprios imigrantes que contribuem, em parte, para esta situação, quando, como refere Ramos (2004:248) “(...) *tendem a concentrar-se por origem étnica, muitas vezes em bairros ilegais e zonas degradadas, sem condições de habitabilidade e higiene, partilhando idênticas condições de vida e factores de precariedade e exclusão social*”, levando-os a dificuldades de integração na sociedade receptora e a sentimentos de intolerância e discriminação da população autóctone.

Alguns entrevistados relataram ainda experiências negativas marcantes, relacionadas com aspectos burocráticos, relacionais e linguísticos.

Experiências negativas relacionadas com aspectos burocráticos, foram referenciadas por três indivíduos inquiridos, desde que imigraram:

“Quero os meus papéis rapidamente prontos para ir de férias para o Paquistão, durante três meses, que depois a cabeça fica boa, para poder trabalhar. Desde 2004 que estou a tentar regularizar os meus papéis e está difícil. Você vai me ajudar, não vai? Por favor, fale com eles [pessoas responsáveis pela regularização da documentação] ...eu preciso mesmo dos papéis, eu tenho que trabalhar” (E10).

“Bem, foi uma situação que eu passei no aeroporto. Eu fui presa. Tive muito medo. Eles [na alfândega] me levaram para uma sala e me pediram os documentos. (...) Bem, eles só viram os documentos, e me fizeram muitas perguntas e depois mandaram-me embora. Mas eu tive muito medo e fiquei com muita vergonha. (...) sim, foi isso mas fiquei muito, muito assustada” (E12).

“ (...) o problema dos documentos (...) isso demora cerca de 8 meses a um ano...então foi muito difícil [para mim porque] (...) Portugal estava muito difícil [em questão de emprego], (...) sim, porque sem trabalho é muito difícil conseguir os documentos, sim..oito meses que eu estive sem documentos e sem trabalho (...)” (E19).

Portugal, até há pouco tempo, não possuía legislação especificamente direccionada aos imigrantes e minorias étnicas a residir em território nacional, contudo, viu-se forçado a tomar novas medidas devido, como aponta Rocha-Trindade (1995:206), à *“radicação de comunidades imigrantes e o aumento do respectivo peso demográfico; À visibilidade social do fenómeno imigratório e a percepção política das consequências que, em termos de estabilidade social, podem advir das condições sócio-económicas em que vivem muitos imigrantes”*.

A ilegalidade que muitos imigrantes vivenciam é um motivo de grande desorganização, não só em termos pessoais, que em casos extremos pode levar a situações de doença, mas para toda a sociedade, devido a todos os prejuízos que causa.

Portugal, apesar de não apresentar ainda uma política claramente definida que resolva o problema da imigração clandestina, que regularize os fluxos migratórios e de integração dos imigrantes legalizados, tenta na nova Lei da Imigração, dar resposta a essas questões, através

“(...) da realização de estudos anuais, sobre as oportunidades de trabalho no país e os sectores de actividade em que elas existem. (...) É com base nesses pareceres elaborados pelo Instituto de Emprego e Formação profissional, e ouvidas as associações patronais e sindicais, que o governo decide quais os contingentes máximos aceitáveis, em cada ano, de trabalhadores estrangeiros por sector de actividade” (Soares, 2003, referenciado por Anes, 2006:117).

Aspectos relacionais foram focados como experiência negativa marcante, por um dos entrevistados:

“(...) tive uma (...) uma pessoa que eu achava que era minha amiga, e afinal...e até era lá da Venezuela, por isso poderia haver ainda mais afinidade por sermos lá da mesma terra e afinal foi ao contrário, ainda foi pior que os portugueses (...) era um rapaz, e eu já tinha namorado, mas éramos amigos, mas afinal não era amizade que pretendia e pronto aconteceu...(...) acabei por sentir que essa pessoa até era “pior” do que os portugueses (...)” (E18).

Problemas linguísticos foram vivenciados por um inquirido de forma negativa:

“É [uma experiência difícil] aprender a língua (...) dificuldade não [tive na aprendizagem], só que a pessoa não se sente à vontade de volta das pessoas que falam a língua diferente [da nossa] e [se] não percebe nada, e não se sente à vontade” (E20).

Sendo a comunicação uma necessidade global do ser humano, quando há barreiras comunicacionais, como acontece com este imigrante, por desconhecimento da língua, pode ser uma fonte de stress. Mas as barreiras comunicacionais não surgem unicamente do desconhecimento da língua mas também do não entendimento do conteúdo da mensagem.

As capacidades comunicacionais individuais advêm de um processo de aprendizagem, decorrente, não só, das características pessoais, necessidades e interesses, mas também do contexto cultural em que foi feita essa aprendizagem. O contexto cultural em que o indivíduo está inserido é, deste modo, responsável pelas regras, normas, modelos e rituais de interacção utilizadas para comunicar e, conseqüentemente, influencia também aspectos como os movimentos corporais, os gestos, o toque, as expressões faciais e a distância entre os interlocutores.

Como diz Fachada (2001), referenciado por Lopes (2005:17), *“o sistema social e cultural determina as palavras que as pessoas escolhem e o tipo de comunicação que utilizam”*. Assim, os indivíduos de grupos ou subgrupos culturais, não comunicam de igual modo, sucedendo o mesmo com as pessoas de diferentes classes sociais e com diferentes papéis sociais.

Problemas comunicacionais, conflitos e incompreensão mútua poderão surgir quando há probabilidades de uma situação poder ser interpretada de diferentes formas, devido às diferenças nos padrões e referências culturais dos indivíduos. É por isso importante, para Samovar *et al* (1981, referido por Ramos (2001), ter em consideração que a realidade que apreendemos e em relação à qual comunicamos pode não ser a mesma que uma pessoa de outra cultura vivencia e procura exprimir.

É, pois, frequente surgirem dificuldades de entendimento entre técnicos de saúde e doentes quando as respectivas proveniências culturais são diferentes, originando por vezes dificuldades e erros ao nível da própria avaliação/diagnóstico e na avaliação do estado de saúde do indivíduo.

Em contexto multicultural, é assim importante, para comunicar de forma eficaz, desenvolver as nossas aptidões comunicacionais ao nível intercultural, apontando Ramos (2004:303) algumas medidas com esse objectivo:

“Desenvolver a compreensão da cultura (...); aprender a conhecer-se a si mesmo e à sua própria cultura (...); aprender a descobrir os quadros de referência dos outros (...); evitar julgamentos rápidos e superficiais, evitar os estereótipos e as atitudes etnocêntricas (...); desenvolver a empatia (...); desenvolver estratégias e intervenções educativas interculturais (...); implementar uma formação sólida e adequada dos diferentes profissionais” (psicossociais, educativos e sanitários).

3.9. Características dos portugueses percebidas pelos imigrantes

Esta categoria define-se como as atitudes/comportamentos dos portugueses, percebidas pelos imigrantes, no que diz respeito aos técnicos de saúde (todos os profissionais que exercem actividade na área da saúde) e à população em geral (todos os outros que não se encontram incluídos na primeira categoria).

Desta categoria “emergem as sub-categorias “Técnicos de saúde” e “População em geral”. E, de cada uma destas sub-categorias, surgem ainda as sub-categorias “Positivas” e “Negativas”, respectivamente, como podemos observar no quadro 48:

Quadro 48

Características dos portugueses percebidas pelos imigrantes

Categoria	Sub-categorias		Indicadores	Entrevistas
Características dos portugueses percebidas pelos imigrantes	Técnicos de saúde	Positivas	Competência	E6, E12, E17
			Simpatia	E17
			Aspectos relacionais	E12, E17
		Negativas	Incompetência	E11
			Má educação	E17
	População em geral	Positivas	Simpatia	E13
		Negativas	Patrões: Exploradores dos imigrantes	E2
			Dominadores	E17
			Preconceituosos	E17
			Representação social da comunidade brasileira em Portugal	E11
			Relação com os espanhóis	E13
			Isolados	E15
Fechados	E18			
Desconfiadas	E13, E15			
Cobardes	E15			
Alcoólicos	E15			

3.9.1. Técnicos de saúde

Quanto às características dos portugueses percebidas pelos imigrantes, nomeadamente no que diz respeito aos técnicos de saúde com os quais têm contactado nas instituições onde têm recorrido, os imigrantes entrevistados vêem-lhes características positivas, como a competência, a simpatia e

relativamente a aspectos relacionais. No entanto, também lhes vêm características negativas como a incompetência e a má educação.

A competência é uma das características positivas que três entrevistados utilizaram para caracterizar os técnicos de saúde:

“Tenho sido sempre bem tratada [pelos técnicos de saúde] ” (E6).

“Eles [técnicos das instituições de saúde] atendem-me sempre bem” (E12).

“ (...) todos [os técnicos de saúde] (...), têm me tratado muito bem, (...) tratam-me lá [na Consulta do Migrante] muito bem...” (E17).

A simpatia é referida por um inquirido como uma das características positivas dos técnicos de saúde com os quais tem contactado:

“[a psiquiatra] é muito simpática. Aliás, são todos [técnicos de saúde] muito simpáticos (...) mas ela [psiquiatra da Consulta do Migrante] tem sido muito simpática comigo. (...) Começando na senhora directora dos blocos [operatórios] até pessoas auxiliares...havia miúdas estupendas (...) ...por exemplo nas consultas externas conheci pessoas adoráveis... (...) adoráveis, umas enfermeiras adoráveis, umas pessoas adoráveis, e...da fisioterapia idem, pessoas estupendas... (...)” (E17).

Dois entrevistados expressaram também a sua satisfação relativamente aos aspectos relacionais com os técnicos de saúde:

“Gosto muito da minha médica de família (...) Eles [pessoal das instituições de saúde] (...) gostam de mim” (E12).

“ (...) têm me tratado muito bem [na Consulta do Migrante], é por isso que ainda lá continuo, se não já me tinha vindo embora (...) e eu gosto de lá ir (...), e eu gosto de conversar com ela [psiquiatra da Consulta do Migrante]” (E17).

Os entrevistados referiram, no entanto, algumas características negativas nos técnicos de saúde portugueses com quem têm contactado.

Um deles referiu-se à incompetência:

“Mas essa médica é muito má. A gente pode estar a morrer e ela não se importa. Eu já perdi o meu filho à custa dela” (E11).

E outro dos inquiridos referiu-se à má educação, como uma das características negativas de alguns técnicos de saúde com quem contactou:

“ (...) mas também [havia] uma grande maioria de pessoas muito mal educadas, mal formadas e pessoas muito pouco contentes com o seu sistema [de trabalho] (...)” (E17).

O acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde faz-se não só devido às suas necessidades, mas também pela sua cultura de origem, pelas suas crenças e práticas, e pelo conhecimento que têm do país de acolhimento, no que diz respeito às redes de apoio, língua e cultura.

É, assim, importante que os técnicos de saúde tenham em consideração a diferente inserção social e cultural do utente quando lhes prestam cuidados de saúde, pois, como diz Leininger (1988:9), *“(...) o cuidar humano é um fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e padrões variam entre culturas (...)”*.

Ter conhecimento sobre outras culturas poderá ajudar os técnicos de saúde a tomar consciência e a aceitar melhor as diferenças culturais dos utentes, procurando compreendê-las, e dentro do possível, desenvolver competência cultural, que Campinha-Bacote (1996:59), define como *“(...) o cuidado que tem em conta os aspectos relacionados com cultura, raça, situação da mulher e orientação sexual”*. Deste modo, os técnicos de saúde, poderão prestar mais facilmente, cuidados holísticos a utentes culturalmente diversos.

Esperar-se-á que os técnicos de saúde apresentem, dentro do possível, competência cultural, já que as características (profissionais e pessoais) de quem cuida influenciam a adesão do utente ao projecto terapêutico.

3.9.2. População em geral

No que diz respeito às características da população portuguesa em geral, percebidas pelos imigrantes entrevistados, foram expressas características positivas como a simpatia, e também características negativas.

Das características negativas apontaram aspectos relativos às entidades patronais, à representação social da comunidade brasileira em Portugal e à relação dos portugueses com os espanhóis. Referiram-se, ainda, ao isolamento, à desconfiança, à cobardia, ao alcoolismo e o facto de serem pessoas fechadas.

A simpatia, dos portugueses em geral, foi referida por um entrevistado como uma característica positiva:

“(...) as pessoas são muito simpáticas (...)” (E13).

Quanto a características negativas dos portugueses, dois inquiridos fazem referência aos patrões, caracterizando-os como exploradores dos imigrantes, dominadores e preconceituosos:

“[Os] patrões exploram a gente...não pagam” (E2).

“(...) [os patrões] andam “sempre em cima” [de nós] (...)” (E17).

“ (...) se [os patrões] soubessem, imaginem, [eu] num hospital de malucos...nem pensar que eles [patrões] soubessem....pensavam logo que eu estava maluca” (E17).

A representação social negativa que os portugueses têm da comunidade brasileira em Portugal é uma característica negativa apontada por um inquirido:

“ (...) a comunidade portuguesa fala mal das brasileiras, para eles todas as brasileiras são prostitutas, mulheres da vida ou coisas assim ou ladrões, e [questionam] «o que é que eles [imigrantes brasileiros] vêm para cá fazer?»” (E11).

A relação que os portugueses têm com os espanhóis, foi referida como sendo má por um entrevistado, e portanto uma característica negativa dos portugueses:

“ (...) eu já percebi que vocês [portugueses] não têm muito boa relação com os espanhóis...” (E13).

Um entrevistado expressou, de forma negativa, o facto dos portugueses serem um povo isolado:

“ (...) acho que é mesmo a cultura do povo português....um povo, um povo sempre aqui num cantinho (...)” (E15).

O facto de serem pessoas fechadas, foi referido por um inquirido, como uma característica negativa dos portugueses:

“ (...) as pessoas...cá [em Portugal] são mais fechadas, relativamente como nós estávamos lá [na Venezuela]” (E18).

Os portugueses são considerados negativamente por dois entrevistados como um povo desconfiado:

“ [as pessoas são], no entanto, muito desconfiadas...quando me ouvem a falar espanhol, perguntam logo se eu sou espanhol e ficam um pouco [desconfiadas] ...mas aí eu digo que sou chileno, que não sou espanhol, e aí as coisas melhoram...” (E13).

“ (...) povo português parece...como posso dizer..não dá confiança...um limite...mas depois avança...(...) e depois acho que é mesmo a cultura do povo português....(...) sempre desconfiado, sempre desconfiado...(...)” (E15).

A cobardia é uma característica negativa dos portugueses na opinião de um inquirido:

“São mesmo dois portugueses...falam e depois são covardes!” (E15).

O alcoolismo é outra característica negativa dos portugueses referida por um entrevistado:

“ (...) era como aquela coisa [dos hábitos alcoólicos] dos portugueses...era logo a seco [antes de comer que bebiam] ...logo de manhã...5h da manhã” (E15).

O modo como os imigrantes vêem os autóctones passa pela forma como se processa o seu modo de aculturação. O nível em que se encontram as relações entre estas duas populações, isto é, se existe ou não *“(...) capacidade*

de confrontar e de mudar numa posição de igualdade e de participação – valores, normas, modelos de comportamento – tanto da parte do migrante como da sociedade de acolhimento” (Perotti in Clanet (1990) citado por Ramos, 2004:259), ou seja, se há integração, vai influenciar a forma como população autóctone e população imigrante se vêem mutuamente.

3.10. Integração social

Esta categoria é definida como os aspectos de integração na cultura portuguesa, quanto às facilidades (aspectos que facilitam a integração na cultura portuguesa) e às dificuldades (aspectos que dificultam a integração na cultura portuguesa).

Desta categoria emergem as sub-categorias “Facilidades” e “Dificuldades”. De cada uma destas sub-categorias emergem ainda as sub-categorias “Relativas ao indivíduo” e “Relativas a Portugal”, respectivamente, como se pode observar no quadro 49:

Quadro 49
Integração social

Categoria	Sub-categorias		Indicadores	Entrevistas
Integração social	Facilidades	Relativas ao indivíduo	Adaptabilidade	E2, E5
			Sociabilidade	E5
			Projecto de vida em Portugal	E11
			Apoio: Família Amigos	E14 E16
		Relativas a Portugal	Características dos portugueses: Simpatia Disponibilidade para ajudar	E7 E7, E8
			Segurança	E3
			Ausência de dificuldades	E3, E5, E6, E8, E9, E10, E13, E17, E19
	Dificuldades	Relativas ao indivíduo	Isolamento social	E1, E14, E15, E16
			Problemas físicos/psíquicos	E8, E19
			Linguísticas	E4, E7
			Problemas laborais: Sobrecarga horário	E6, E9 E3
			Discriminação	E14, E15
			Habitacionais	E5
			Relativas a Portugal	Diferenças culturais
		Xenofobia		E12
		Discriminação		E14, E15

A integração dos imigrantes na sociedade receptora vai depender tanto dos próprios imigrantes, como dessa sociedade, já que a integração, enquanto modo de aculturação, segundo Cabral (1983) e referido por Seabra (2005:32), “(...) é o fenómeno psicossocial em que duas culturas exercem reciprocamente uma acção de que vai resultar a transformação de cada uma delas, por interpenetração de conteúdos culturais e invenção – descoberta de novos

conteúdos”. Assim *teremos* que ter em consideração tanto o grupo dador (imigrantes) como o receptor (Portugal), uma vez que não há uma cultura unicamente «dadora» ou «receptora».

A integração do imigrante no país de acolhimento será então influenciada, não só pelas políticas de integração existentes, pelo dinamismo e abertura implementados, mas também por um conjunto de factores relativos ao próprio indivíduo e à comunidade cultural em que está inserido. Esses factores individuais podem passar pelo apoio familiar/social que recebe, pelas condições materiais, pelas estratégias de adaptação, e também pelas suas características psicológicas, levando-o a adoptar mudanças em si próprio, promovendo a sua aculturação psicológica, e conseqüentemente, o seu bem-estar na sociedade receptora.

3.10.1 Facilidades

A integração social em Portugal, segundo os indivíduos da nossa amostra, foi influenciada por algumas facilidades, as quais dizem respeito não só ao próprio indivíduo, mas também a Portugal.

Das facilidades, relativas ao próprio indivíduo, que influenciaram a integração social, foram referenciados aspectos como a adaptabilidade, a sociabilidade, a existência de um projecto de vida pessoal em Portugal, bem como a existência do apoio da família e amigos.

Das facilidades relativas a Portugal que influenciaram a integração social, os inquiridos expressaram aspectos como sejam algumas características dos portugueses, a ajuda alimentar que receberam, bem como a segurança que sentem no país.

Cinco entrevistados expressaram que a integração social foi influenciada por facilidades relativas ao próprio indivíduo.

A adaptabilidade foi referida por dois desses indivíduos:

“A gente tem que se desenrascar mesmo assim, que se pode fazer?” (E2).

“ (...) aprendi muita coisa e gosto de cá estar [em Portugal] (...)” (E5).

Também a sociabilidade foi referida por um desses entrevistados como uma facilidade que influenciou a integração social:

“ (...) não, não [não tenho tido nenhuma dificuldade na comunidade portuguesa], sou muito sociável (...)” (E5).

A existência de um projecto de vida pessoal em Portugal foi outra das facilidades apontadas por outro dos entrevistados:

“Sim (...) eu tenho outros projectos [de vida]. Os meus outros projectos [de vida] são cá em Portugal” (E11).

A existência de apoio por parte da família ou amigos também se manifestou como uma das facilidades na integração social, segundo referiram dois desses inquiridos:

“ (...) mas tenho a família do meu marido que também ajuda [na inserção social]” (E14).

“Sim [senti dificuldades], mas eu tinha a minha comunidade de...dos meus amigos que já falavam inglês [e que me ajudavam], e eu andava numa escola inglesa (...)” (E16).

Quanto às facilidades, relativas a Portugal, que influenciaram a integração social, foram referidas por três indivíduos da amostra que focaram aspectos como certas características dos portugueses, nomeadamente a sua simpatia e disponibilidade para ajudar, e também a ajuda alimentar e segurança que são proporcionadas em Portugal.

A simpatia dos portugueses é referida por um desses entrevistados:

“ (...) as pessoas são muito simpáticas (...)” (E7).

Assim como a disponibilidade para ajudar, por parte dos portugueses, também é expressa por dois desses inquiridos:

“Mas as pessoas (...) estão sempre disponíveis para me ajudar” (E7).

“Mas deram-me um cartão para o Banco Alimentar” (E8).

A segurança sentida em Portugal foi referida por um desses entrevistados como sendo uma facilidade na integração social:

“Aqui [em Portugal] é melhor, aqui é melhor, porque aqui não há confusão, aqui não há...por exemplo, podes andar à noite, não te fazem mal, estas a ver? Lá [em Angola]...vem uma bala perdida, não sei quê...aqui [em Portugal] não...aqui está segura” (E3).

3.10.2. Dificuldades

A integração social em Portugal, segundo os indivíduos da amostra, foi influenciada por algumas dificuldades que dizem respeito, não só ao próprio indivíduo, mas também ao nosso país.

Das dificuldades relativas ao próprio indivíduo, os entrevistados focaram aspectos como o isolamento social, a existência de problemas físicos e/ou psíquicos, a barreira linguística, os problemas laborais e habitacionais.

Quanto às dificuldades relacionadas com Portugal, foram referidas pelos inquiridos as diferenças culturais, a xenofobia e a discriminação, como situações que influenciaram a integração social no nosso país.

Relativamente às dificuldades, nove dos imigrantes por nós entrevistados referiram não as apresentar no que diz respeito à integração social embora posteriormente, seis deles acabassem também por expressar alguma:

“ (...) Não, não [tenho sentido dificuldade de inserção na sociedade portuguesa] (...) Cultura...gosto muito da cultura, eu sou o primeiro...não é só música, dança, não é só as maneiras com que tocam, vestuário, moda...essas coisas (...)” (E3).

“ (...) não, não [não tenho sentido dificuldades]” (E5).

“Não tive dificuldades (...)” (E6).

“Mas não tenho sentido dificuldades” (E8).

“Eu sinto-me bem [sem dificuldades] (...)” (E9).

“Nenhumas [dificuldades] ” (E10, E17).

“Nenhumas [dificuldades] (...) não tenho tido problemas...” (E13).

“Não, não, nunca tive dificuldades em Portugal...não, nunca” (E19).

Quanto às dificuldades relativas ao próprio indivíduo, quatro entrevistados referiram o isolamento social como perturbador da integração social:

“É difícil dizer [quanto às dificuldades] ...porque a minha inserção social foi quase aqui no hospital, né... (risos) ...porque em casa...eu saía pouco (...) Não [me dava com ninguém] (...) É [só saía com a minha irmã]!” (E1).

“Tenho poucos amigos (...)” (E14).

“Dificuldades? Sim...ainda hoje sinto dificuldades (...) ainda muitas vezes me sinto muito sozinho (...)” (E15).

“[o meu grupo de amigos ingleses] fechávamo-nos um bocadinho de.....[da comunidade portuguesa]” (E16).

Os problemas físicos e/ou psíquicos como dificuldades referentes ao próprio indivíduo, foram identificadas por dois entrevistados, como influenciando a integração social:

“[a inserção social é dificultada] Só por causa desta incapacidade que tenho na vista, não posso trabalhar” (E 8).

“ (...) às vezes tenho tido dificuldades, outras vezes não...a ultima vez que eu tive dificuldades foi porque eu estava com muito stress, sabe? (...)” (E19).

Os aspectos linguísticos foram referenciados por dois entrevistados como difíceis quanto à integração social:

“Muitas [dificuldades] (...) porque não percebia bem português...então não percebia bem o que as pessoas queriam...” (E4).

“Tenho tido dificuldade na língua” (E7).

Os problemas laborais, enquanto dificuldades relativas ao próprio indivíduo, foram referidos por cinco inquiridos como dificultadores da integração social:

“ (...) comecei a ter problemas (...)lá no trabalho também, tudo relacionado com a bebida” (E6).

“ (...) às vezes tenho alguma dificuldade com o meu trabalho” (E9).

Um inquirido especificou ainda que as dificuldades laborais sentidas se deviam à sobrecarga do seu horário laboral, dificultando assim a sua integração social:

“só me falta a mim é família, para mim só me falta família...não consigo arranjar família porque eu trabalho...às vezes eu trabalho domingo, segunda a domingo, segunda a domingo, e não consigo concretizar a minha vida, depois...beneficiar do meu suor e fazer mais (...)” (E3).

A discriminação laboral também foi referida por dois desses entrevistados, como uma dificuldades referente ao próprio indivíduo:

“De início no trabalho [senti-me discriminada], mas agora já não” (E14).

“ (...) sim [senti-me discriminado] no trabalho (...) no aeroporto..porque fui o primeiro a entrar...era o catering do aeroporto...[hummm] e aí era [eu] praticamente aquela pessoa que ensinava as outras que entravam...mas aquela malta que entrava nova chegava [ficava] sempre à [minha] frente, sempre à frente, sempre à frente...(...) talvez fosse a minha impressão (...) é a mesma coisa...na Junta onde trabalho agora...se eu limpo...quando eu não limpo é a mesma coisa...a gente [as pessoas] não dá valor ao trabalho que faço...(...)” (E15).

Relativas ainda ao próprio indivíduo, foram expressas dificuldades relativas a aspectos habitacionais, as quais influenciam a sua integração social:

“ (...) falta de casa, não tenho onde ficar alojado, é por isso que eu estou aqui [HJM] , senão estava na minha casa...com as minhas filhas (...)” (E5).

As dificuldades relativas a Portugal, que influenciam a integração social, foram referidas por seis entrevistados, os quais focaram aspectos como as diferenças culturais, a xenofobia, e a discriminação.

As diferenças culturais foram referidas por três desses entrevistados:

“Tenho tido dificuldade (...) nos horários nas paragens dos autocarros” (E7).

“ (...) [a cultura aqui em Portugal] é diferente, e sente-se...pronto, não há tanta facilidade em fazer amigos porque as pessoas passam muito mais tempo... [fechadas] ” (E18).

“ (...) [as] pessoas [são] diferentes aqui [em Portugal], a maneira de ser é diferente” (E20).

A xenofobia foi referida por um desses inquiridos:

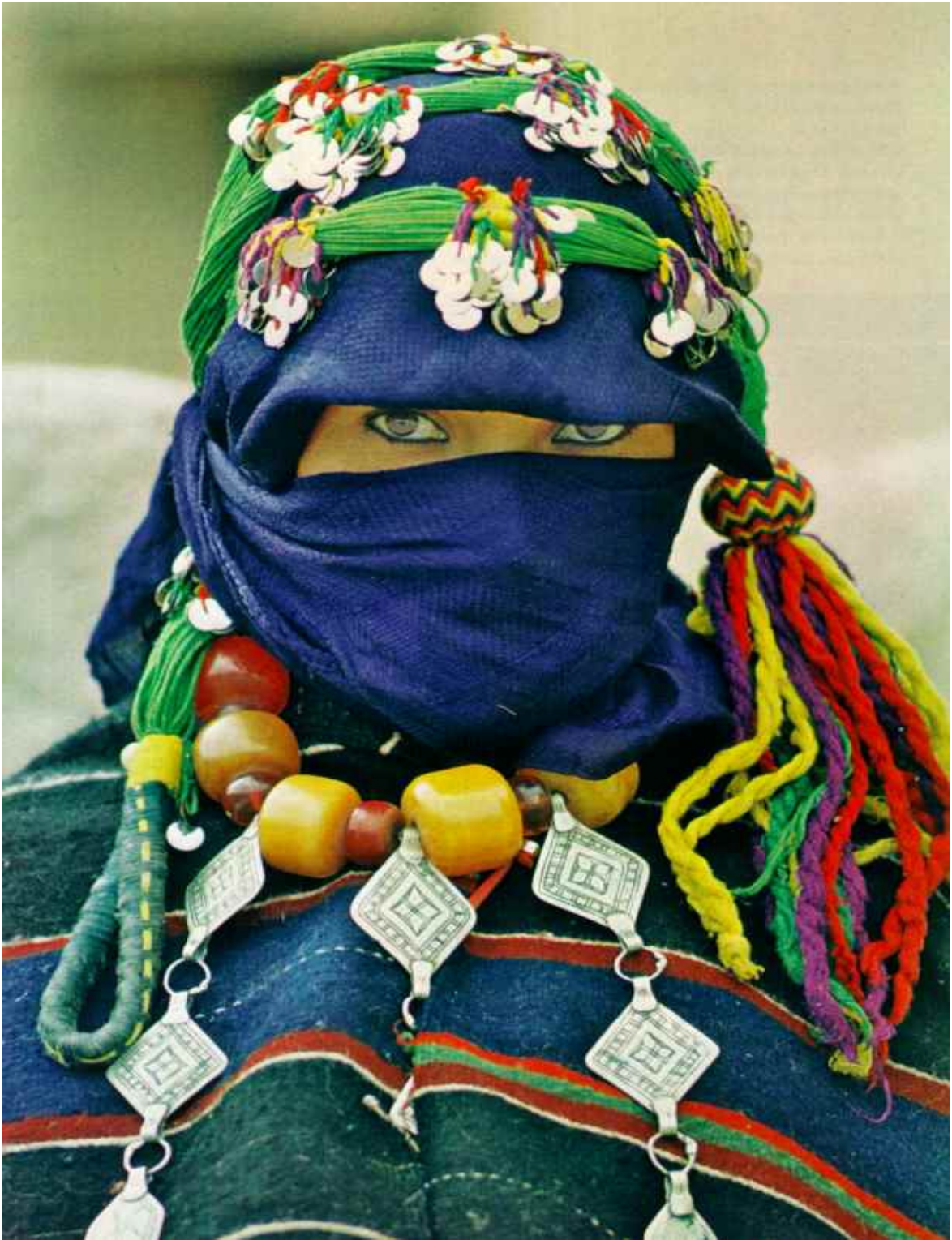
“Por vezes sinto racismo por parte de algumas pessoas” (E12).

E dois desses entrevistados referiram ainda a discriminação:

“Por vezes tenho me sentido discriminada por ser estrangeira” (E14).

“(...) E às vezes, sabe uma coisa, eu me dou melhor com os africanos, com os brasileiros... com os portugueses...sabe é aquela coisa, uma questão de estrangeiro (...)!” (E15).

CONCLUSÃO



Fotografia 7 – Noiva Bereber da tribo Ait Hadidou, Marrocos

*“Só um mundo novo nós queremos:
o que tenha tudo de novo e nada de mundo”*

Mia Couto (1990)

Como profissionais de saúde que somos, consideramos que é fundamental identificar os diversos grupos culturais com os quais nos confrontamos diariamente durante o exercício da nossa profissão, de forma que a comunicação e as acções por nós praticadas possam ter os efeitos desejados.

Com a colocação da questão inicial – “Compreender as relações existentes entre doença mental e a situação de imigração” – pretendemos identificar quais os problemas psíquicos predominantes nos imigrantes que recorrem a Serviços de Saúde Mental da região de Lisboa, assim como as circunstâncias específicas em que se encontram esses imigrantes em Portugal, tentando compreender em que medida a imigração é factor desencadeante de psicopatologia e doença mental.

O presente estudo incidiu sobre uma amostra intencional de vinte imigrantes que recorreram a Serviços de Saúde Mental da região de Lisboa, da qual fizemos uma caracterização detalhada.

A amostra é representada por 60% de indivíduos do sexo masculino e 40% de indivíduos do sexo feminino, em que a média de idades é de 35,4 anos. São, maioritariamente, solteiros/divorciados/separados, o que significa que a maioria dos indivíduos (70%) em situação de imigração se encontram mais isolados familiar/socialmente e conseqüentemente mais vulneráveis a problemas psíquicos. Têm, em média, um filho.

Relativamente ao nível de escolaridade há uma diversidade significativa, contudo, verifica-se que um maior número de entrevistados tem habilitações entre os sete e os nove anos de escolaridade (25% da amostra), logo seguido de 20% com habilitações entre os dez e os doze anos de escolaridade. O nível

de analfabetismo é elevado, representando 15% da amostra, com igual representatividade para os licenciados.

Quando analisamos o nível de escolaridade relativamente ao sexo constatamos que no sexo feminino o analfabetismo é superior (10%) ao sexo masculino (5%). Todavia, também no sexo feminino a formação universitária (Curso médio, Licenciatura e Pós-Licenciatura) é significativamente superior (20%) ao sexo masculino (5%).

A religião é bastante diversificada na amostra. A maioria dos entrevistados é católico (35%) embora 15% destes não seja praticante. Temos também 15% da Igreja Evangélica e 10% de adventistas. Um número elevado (25%) dos entrevistados não tem religião, é agnóstico ou ateu.

A origem dos entrevistados no que diz respeito ao país é muito diversificada, no entanto, 50% provêm dos PALOP e do Brasil. Esta predominância dever-se-á, entre outros factores, à língua comum e contactos culturais alicerçados por um passado histórico comum. A África não Lusófona (África do Sul e Serra Leoa) constitui 10% da proveniência dos entrevistados, 25% provêm da América do Sul (Chile, Venezuela e Suriname) e 10% da Europa (Itália e Ucrânia).

A profissão dos entrevistados no país de origem é muito diversificada: secretária, secretária executiva, funcionário do Ministério da Cultura, futebolista, estudante, operador de telecomunicações de aviação civil, agricultor, trabalhador fabril, telegrafista, vendedor, doméstica, publicitário, chefe de armazém, empresária na área do turismo, pintor de automóveis, enfermeira. As profissões mais referidas foram a de estudante (20%) e a de agricultor (10%), com todas as outras a representar, respectivamente, 5% da amostra. Também 5% dos inquiridos não tinha qualquer profissão no país de origem.

Em Portugal, as profissões dos entrevistados são, também, bastante diversificadas, sendo as mais referidas a construção civil (25%), as limpezas (15%) e os estudantes (10%). Também 10% dos indivíduos da amostra não

tem nenhuma profissão, enquanto que 5% dos indivíduos tinha mais do que uma profissão. Cada uma das restantes profissões (reformado, agricultor, carpinteiro, governanta, telefonista, publicitário, restauração, varredor, comercial de hotelaria, farmacêutico, empregada de balcão) representa 5% da amostra.

Quanto à composição do agregado familiar no país de origem, a maioria dos inquiridos (90%) vivia com familiares directos e 10% vivia sozinho.

Em Portugal, a maioria (65%) continua a viver com familiares directos, no entanto, a percentagem dos que vivem sozinhos é bastante superior (20%) assim como alguns (15%) que passaram a viver com outras pessoas (colegas de trabalho e/ou amigos), o que torna os imigrantes mais vulneráveis a problemas sociais, económicos e de saúde, já que passam a ter menos apoio familiar.

Relativamente ao tamanho do agregado familiar no país de origem, 45% vivia em agregados de quatro a seis elementos e 30% em agregados de um a três elementos. Apenas 10% vivia sozinho e 5% em agregados alargados de dez a doze elementos.

Em Portugal os pequenos agregados familiares de um a três elementos aumentaram, representando 45% da amostra, assim como aumentou o número de indivíduos que vive sozinho (20%). Pelo contrário, os agregados familiares maiores diminuíram quase para metade comparativamente aos do país de origem.

O tempo de permanência destes indivíduos em Portugal varia entre seis meses e os vinte anos, sendo a média de 8,24 anos.

A maioria (45%) está em Portugal entre cinco e nove anos e 15% estão há menos de cinco anos, estando apenas 5% desses indivíduos há mais de vinte anos em Portugal.

O motivo da emigração foi, para grande parte dos inquiridos, não só para trabalhar (25%) e para o reagrupamento familiar (20%) mas também para estudar, por doença, pela guerra no país de origem ou para melhorar as

condições de vida, respectivamente com 10% de representatividade da amostra. Foram, ainda, referidos como motivos da emigração a ajuda nas actividades domésticas de familiar, questões económicas, turismo, libertação da família e insegurança no país de origem, com 5% da amostra, respectivamente.

A situação de legalidade da maioria dos entrevistados é precária, encontrando-se 45% em situação de ilegalidade. Esta situação é causadora de ansiedade, medo e insegurança, o que leva a um certo isolamento da sociedade receptora e também ao evitamento da utilização dos serviços de saúde, dificultando assim a prevenção, tratamento e reabilitação, em termos de saúde, o que torna estes indivíduos mais vulneráveis à doença e precariedade social.

O trajecto migratório, para a maioria dos entrevistados (70%), foi feito directamente do país de origem para Portugal.

A língua portuguesa não era do conhecimento da maioria dos inquiridos (55%) antes de emigrarem.

A aprendizagem do português teve lugar no país de origem em 50% dos entrevistados (já que 5% continua a não saber falar português), sendo que destes, 45% falava o português como língua oficial e 5% aprendeu com aulas.

A aprendizagem da língua portuguesa foi realizada em Portugal por 45% dos inquiridos, sendo que destes 20% aprendeu sozinho e 15% no trabalho. A aprendizagem da língua com aulas, com familiares e com amigos portugueses foi a forma utilizada por 10% dos entrevistados, respectivamente. A aprendizagem com as pessoas em geral ou o desconhecimento da língua foi referido, respectivamente, por 5% da amostra.

O associativismo imigrante apenas é praticado por 10% da amostra, e destes, 5% pertencem à União da Serra Leoa em Portugal e 5% não se lembra do nome da associação à qual pertence.

O diagnóstico médico dos nossos entrevistados é bastante heterogéneo. No entanto, a patologia predominante é a psicose esquizofrénica, presente em 30% dos indivíduos da nossa amostra.

A perturbação bipolar e a perturbação depressiva apresentam igualmente uma representatividade significativa, presente, respectivamente, em 20% dos indivíduos.

Com igual representatividade (10%) estão a perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento), o alcoolismo e a perturbação da personalidade.

A psicose não-especificada, a perturbação da ansiedade (perturbação do pânico), a perturbação psicótica breve (psicose reactiva) e a alteração do comportamento constituem o diagnóstico de 5% dos entrevistados, respectivamente.

É de salientar que alguns dos entrevistados são portadores de duplo diagnóstico.

Quando analisamos o diagnóstico face ao sexo verificamos que:

- as perturbações psicóticas [psicose esquizofrénica, psicose não-especificada e perturbação psicótica breve (reação de ajustamento)] dominam no sexo masculino (35%), face ao que se verifica no sexo feminino (5%);
- as perturbações do humor (perturbação bipolar e perturbação depressiva) dominam no sexo feminino (25%) face ao sexo masculino (15%);
- a perturbação da ansiedade (perturbação do pânico) e a alteração do comportamento manifestam-se apenas em 5% do sexo masculino, respectivamente;
- a perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento), a perturbação da personalidade e o alcoolismo têm igual prevalência em ambos os sexos, com uma representatividade de 5%.

Ao cruzarmos a informação relativa ao diagnóstico médico com o local da recolha de dados constatamos que:

- os inquiridos assistidos no Hospital Júlio de Matos são aqueles que apresentam psicoses (40% da amostra) e perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento) (10%), enquanto que na Consulta do Migrante do Hospital Miguel Bombarda foram assistidos os indivíduos (20%) devido essencialmente a neuroses [perturbação da ansiedade (perturbação do pânico), perturbação da personalidade, alteração do comportamento];
- os indivíduos com perturbações do humor (perturbação bipolar e perturbação depressiva) foram em maior percentagem (30%) assistidos na Consulta do Migrante relativamente ao Hospital Júlio de Matos (10%);
- os indivíduos com alcoolismo foram assistidos em igual representatividade em ambos os locais, em 5% da amostra, respectivamente.

Quando cruzamos o diagnóstico médico com o local de recolha de dados e sexo verificamos que:

- as psicoses predominam no sexo masculino, verificando-se apenas nos indivíduos inquiridos no Hospital Júlio de Matos (35%), o que tem razão de ser uma vez que esta patologia necessita de internamento. Também a perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento) só se observa em situação de internamento e com igual prevalência em ambos os sexos (5%);
- as neuroses (perturbação da ansiedade, perturbação da personalidade, alteração do comportamento) verificam-se nos entrevistados no Hospital Miguel Bombarda, portanto em situação de ambulatório, sobretudo no sexo masculino, à excepção da perturbação da personalidade que tem igual representatividade em ambos os sexos;
- As perturbações do humor (perturbação bipolar e perturbação depressiva) têm maior prevalência nos inquiridos na Consulta do Migrante (30%) do que no HJM (10%), mas enquanto neste local apenas se verifica no sexo masculino, naquela consulta não há diferença de prevalência relativamente ao sexo;

- o alcoolismo tem igual prevalência quanto ao sexo em ambos os locais de recolha de dados, isto é, no HJM verifica-se no sexo masculino (5%) e no HMB verifica-se no sexo feminino (5%).

Relativamente aos restantes dados colhidos, obtivemos os seguintes resultados:

A presença de perturbações inespecíficas, isto é, alterações psíquicas que os inquiridos não descrevem com exactidão, foi um dos motivos que os levou a procurar apoio na área da saúde mental. Situações de doença e perturbação mental foram as situações mais evocadas. Focaram, ainda, aspectos como alucinações auditivas, “esgotamento”, nervosismo e ansiedade.

Perturbações específicas como alcoolismo, depressão, stress, insónia e alguma sintomatologia física foram aspectos que motivaram também os indivíduos da amostra a procurarem apoio na área da saúde mental.

A necessidade de pedir ajuda foi outra forte motivação expressa pelos entrevistados para procurarem apoio psíquico, assim como a necessidade de ajuste terapêutico.

Constatamos a existência de indivíduos que não apresentavam crítica para a sua situação de doença. Situação semelhante foi expressa por um indivíduo que foi levado a obter assistência psíquica por iniciativa policial.

O encaminhamento dos inquiridos para a Consulta do Migrante ou para o hospital, para receberem apoio na área da saúde mental, foi feito tanto por familiares como por profissionais de saúde.

Os familiares mais frequentemente focados foram os cônjuges, embora os filhos fossem também referidos, tanto individualmente como juntamente com o cônjuge.

Quanto aos profissionais de saúde, o médico psiquiatra foi quem mais frequentemente fez o encaminhamento para o apoio psiquiátrico. Contudo, este encaminhamento processou-se a partir de diferentes locais, como sejam a consulta externa do hospital psiquiátrico, o serviço de internamento do hospital geral, o serviço de urgência psiquiátrica ou o serviço de saúde ocupacional da

entidade empregadora. O médico de família também foi responsável pelo encaminhamento de alguns dos inquiridos.

Um grande número de indivíduos recorreu aos serviços de saúde por iniciativa própria. Outros ainda foram encaminhados por vizinhos, amigos ou pela polícia.

No que diz respeito à sua doença actual, os entrevistados referem-se a ela, principalmente, através de sinais e sintomas psíquicos/comportamentais, não deixando, contudo, de ser focados, apesar de pouco específicos, alguns sinais e sintomas físicos.

As alterações do pensamento e da memória e as ideias de conteúdo persecutório e de suicídio constituem a sintomatologia psíquica/comportamental mais frequentemente evocada para descrever a sua doença. A “doença na cabeça” e a depressão, assim como as alterações do sistema nervoso, as alterações comportamentais, o stress e o alcoolismo são outros dos sinais e sintomas referidos pelos indivíduos da nossa amostra.

É de salientar, no entanto, que metade dos entrevistados considera a sua saúde já restabelecida ou melhorada.

No que diz respeito aos antecedentes de patologia psíquica, foram referidas situações de familiares já com patologia psíquica anteriormente à situação de imigração. A depressão, o alcoolismo e o isolamento social foram as situações apontadas cujos progenitores eram detentores.

O cônjuge vítima de alcoolismo foi a situação referenciada, com início, após a situação de imigração.

Dos inquiridos, 55% negam antecedentes de patologia psíquica anteriormente à imigração.

Dos entrevistados que reconheceram apresentar já antecedentes de patologia psíquica anteriormente à imigração (45%), a maioria evocou alterações comportamentais, contudo, problemas mentais foram algumas vezes referidos. Foram também focadas situações de depressão, alteração do sistema nervoso e um caso de doença mental já diagnosticado e com acompanhamento médico.

Após a imigração, as alterações psíquicas/comportamentais que antecederam a crise actual, isto é, os antecedentes de doença psíquica, reconhecidas pelo indivíduo, foram referidas, na maioria dos casos, como alterações comportamentais, e também situações de alcoolismo, insónia e stress.

Treze dos inquiridos (65%) que reconheceram alterações do ponto de vista psíquico, após a imigração, expressaram que esse facto teve início após uma situação marcante (potencialmente traumática), como são o caso de problemas familiares e laborais, mudança de residência, processo de legalização e doença física grave.

Um dos entrevistados não reconhece ser portador de qualquer alteração do ponto de vista psíquico, nem anteriormente, nem posteriormente à imigração, não apresentando, aparentemente, qualquer crítica para a sua doença.

Além da doença mental, os entrevistados verbalizaram outros problemas de saúde, nomeadamente problemas físicos, à excepção de sete indivíduos (35%), que consideraram ser saudáveis.

Os problemas físicos referenciados foram do foro oftalmológico, cardíaco, hepático, abdominal, gástrico, intestinal, ginecológico, urológico, dermatológico e oncológico. Foram ainda focados problemas a nível dos membros inferiores, problemas de obesidade, alérgicos, reumatismo, fraqueza, cansaço e cefaleias.

Todos os indivíduos da amostra já recorreram aos serviços de saúde portugueses, quer a serviços de saúde psiquiátricos (serviços de saúde que reconhecidamente prestam apoio na área das alterações psíquicas), quer a serviços de saúde gerais (todas as outras áreas que não se encontram incluídas no primeiro grupo dos serviços de saúde atrás referidos).

Relativamente a serviços de saúde gerais, mais de metade dos entrevistados (55%) já recorreu ao Centro de Saúde, e um número considerável (25%) já recorreu ao serviço de urgência do hospital geral. O internamento e a consulta externa hospitalar também foi utilizada, assim como o serviço de saúde ocupacional da entidade empregadora. Foi referido, ainda, o recurso a familiar médico para usufruir de cuidados de saúde gerais, e houve quem preferisse o auto-tratamento. A consulta de estomatologia e a realização de exames

auxiliares de diagnóstico também foram referidas por alguns como o único contacto com os serviços de saúde.

Quanto à utilização de serviços de saúde psiquiátricos, os nossos inquiridos apenas recorreram a instituições em Lisboa, nomeadamente ao Hospital Miguel Bombarda, ao Hospital Júlio de Matos e ao departamento de urgência psiquiátrica do Hospital Curry e Cabral.

No Hospital Júlio de Matos, a maioria dos inquiridos recebeu cuidados de saúde em situação de internamento, e alguns também na consulta externa.

No Hospital Miguel Bombarda todos os inquiridos obtiveram os cuidados de saúde na Consulta do Migrante, e destes um também esteve internado.

Quando analisamos os aspectos que têm influenciado o acesso dos nossos inquiridos aos serviços de saúde (no que diz respeito às dificuldades ou à ausência delas), quer no país de origem, quer em Portugal, constatamos que 15% dos inquiridos consideram que o acesso à saúde nos respectivos países de origem é mais dificultado do que em Portugal. Justificam esse facto pelo acesso ser condicionado pelo pagamento da totalidade dos serviços de saúde recebidos, pela desorganização institucional existente, ou pela insuficiência das infraestruturas sanitárias. Alguns referiram que nos respectivos países de origem só não tiveram dificuldades devido ao tratamento privilegiado (por técnicos de saúde referenciados) que receberam.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde em Portugal, 65% dos entrevistados expressaram não sentir dificuldades, embora 20% tenham posteriormente nomeado algumas.

As dificuldades apontadas pelos inquiridos devem-se, essencialmente, a aspectos burocráticos, ao tempo de espera nas consultas, à discriminação e a aspectos comunicacionais, sendo esta a dificuldade mais frequentemente referida pelos indivíduos da amostra.

Todos os indivíduos da amostra referiram já ter vivenciado, de alguma forma, desde que imigraram, experiências que os marcaram profundamente, de forma

negativa. No entanto, também foram relatadas por alguns experiências positivas marcantes.

Das experiências positivas, referiram-se a situações de libertação familiar, à ajuda humanitária recebida em Portugal e à melhor remuneração laboral obtida neste país.

Das experiências negativas mais marcantes desde que imigraram focaram aspectos familiares, profissionais, de doença e xenófobos, entre outros.

As experiências familiares marcantes, de forma negativa, e mais frequentemente focadas, prendem-se com a separação familiar e os problemas conjugais. Referiram, ainda, situações referentes a aspectos económicos e conflitos familiares.

Das situações profissionais consideradas mais marcantes negativamente, e mais referidas, temos a precariedade laboral e o desemprego, assim como a incapacidade laboral também foi evocada.

A situação de doença, nomeadamente as alterações físicas/psíquicas e o isolamento social provocados pela mesma, tal como aspectos relacionados com os cuidados de saúde, foram considerados por alguns dos inquiridos como experiências negativas marcantes.

A xenofobia também foi sentida, embora apenas por 10% dos entrevistados, como experiência negativa marcante desde que imigraram.

Situações negativas sentidas pelos inquiridos, relacionadas com aspectos linguísticos e relacionais também foram expressos.

Os aspectos burocráticos, principalmente os relacionados com o processo de legalização e identificação foram experiências relatadas por alguns dos entrevistados como sendo deveras traumatizante.

Os imigrantes entrevistados fizeram algumas generalizações quanto às características dos portugueses, relativamente ao comportamento/atitude destes, tanto no que diz respeito à população em geral como dos técnicos de saúde com quem têm contactado.

Em sua opinião, os técnicos de saúde portugueses com quem têm contactado são competentes, simpáticos e estabelecem uma relação positiva no que diz

respeito aos aspectos relacionais. Identificaram, mesmo assim, alguma “má educação” e incompetência por parte dos mesmos.

Quanto à população portuguesa em geral, os imigrantes entrevistados consideram-na simpática, embora considerem os portugueses isolados, fechados, desconfiados, cobardes e alcoólicos. Expressaram ainda sentir que os portugueses têm uma má relação com os espanhóis e a sua representação social face à comunidade brasileira em Portugal é negativa. A imagem que têm dos patrões é negativa, considerando-os exploradores dos imigrantes, dominadores e preconceituosos.

A integração social dos inquiridos na cultura portuguesa tem sido condicionada por diversos factores, factores esses relativos tanto aos próprios indivíduos como a Portugal, embora 45% dos inquiridos expressassem não sentir qualquer dificuldade de integração no nosso país.

A adaptabilidade, a sociabilidade, a existência de um projecto de vida pessoal em Portugal, assim como o apoio da família e amigos são condicionantes inerentes aos próprios indivíduos, que facilitam a sua integração social no nosso país.

Relativamente a Portugal, enquanto país de acolhimento, há aspectos que têm facilitado a inserção social destes imigrantes como é o caso das características dos portugueses, que primam pela sua simpatia e disponibilidade para ajudar, assim como a segurança que sentem no país.

Existem também factores respeitantes tanto aos próprios indivíduos como a Portugal que têm dificultado a integração social destes imigrantes.

No tocante a Portugal, foram referidas dificuldades devido às diferenças culturais, à xenofobia e à discriminação.

No que diz respeito aos próprios indivíduos, a sua integração social tem sido dificultada pelos seus problemas físicos/psíquicos, por problemas linguísticos, por problemas habitacionais, e problemas laborais, nomeadamente a sobrecarga de horário e discriminação de que são vítimas. Também o isolamento social, dificuldade mais frequentemente referida, é condicionante da sua integração social.

Chegados ao final deste estudo, foi-nos possível compreender em que medida a imigração pode ser factor desencadeante de doença mental e psicopatológica. Podemos identificar, de igual modo, os problemas psíquicos predominantes nos imigrantes que recorreram a Serviços de Saúde Mental da região de Lisboa.

Acreditamos, portanto, que foram atingidos os objectivos propostos para a realização desta investigação, apesar das limitações com que nos fomos deparando no decorrer da mesma, como o limite temporal, e a forma como isso condiciona um maior aprofundamento das questões.

O facto de alguns imigrantes que recorrem às nossas instituições de saúde não falarem português e o nosso desconhecimento da sua língua materna apresentou-se, também, como uma limitação para o nosso estudo. Assim, cingimo-nos a imigrantes com os quais pudemos comunicar verbalmente numa língua conhecida por ambos, ou seja, que falavam português, inglês, francês, espanhol ou crioulo de Cabo Verde.

Só foi possível incluir no nosso estudo indivíduos em “perfeito estado de consciência”, já que muitos dos que recorreram às instituições de saúde devido à sua doença mental, estavam com alterações psíquicas incapacitantes, momentaneamente ou não, pelo que, mesmo aceitando participar no nosso estudo, não poderiam prestar o seu contributo válido.

Para finalizar parece-nos oportuno enfatizar alguns aspectos:

É notório que as dificuldades comunicacionais e o choque cultural são situações frequentemente encontradas nas instituições de saúde quando as populações imigrantes procuram os serviços de saúde, tanto por parte dos técnicos de saúde, como pelos imigrantes. Consideramos por isso ser importante dar mais ênfase, quer à problemática intercultural, como aos aspectos comunicacionais, nomeadamente, a comunicação intercultural, nos programas de formação dos técnicos de saúde.

Neste sentido, seria desejável intensificar a investigação na área intercultural, de forma a identificar estratégias devidamente fundamentadas a implementar nos programas de saúde.

Nesta linha de investigação, dado o carácter exploratório do nosso estudo que não nos permite generalizar as conclusões, pensamos ser importante efectuar

futuramente estudos mais alargados em torno da problemática da saúde mental dos imigrantes, assim como estudos comparativos em diferentes grupos culturais sobre a referida problemática.

Neste mundo global em que vivemos, a curto prazo, migrantes acabaremos por ser também todos nós, por curtos ou longos períodos, pelo que somos levados a reflectir nas inúmeras histórias de vida dos entrevistados que nos prestaram o seu testemunho, histórias repletas de contradições, conflitos e esperanças, e com tanto de alegria como de infortúnio.

Quem sabe se num futuro próximo, muitas das alegrias e tristezas, angústias, frustrações e encantamentos vivenciados pelos imigrantes que nos acompanharam nesta jornada, não serão também sentidas por nós próprios? Cabe-nos, por isso, a tarefa de fazer alguma coisa enquanto, simultaneamente, cidadãos autóctones e migrantes, no sentido de olhar e respeitar o Outro com as suas diferenças e não apenas como diferente.

Esperamos que este estudo preste o seu contributo nesse sentido.

BIBLIOGRAFIA

ABDELMALEK, Ali Ait e GÉRARD, Jean-Louis (1999) **Ciências Humanas e Cuidados de Saúde**. Lisboa, Instituto Piaget.

ABREU, José Luís Pio (1997). **Introdução à Psicopatologia Compreensiva**. 2ª Ed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

ALBARELLO, Luc. [e tal]. (1997). **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Gradiva. Lisboa.

ALEXANDER, Franz; SELESNICK, Sheldon (1968). **Historia da Psiquiatria. Uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até ao presente**. São Paulo, IBRASA Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A.

ANES, Cesaltina (2006). **Imigrantes em Portugal. Filhos ou enteados de uma nova geração?** Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa, Universidade Aberta.

BASTIDE, Roger (1965). **Sociologie des maladies mentales**. Paris, Flammarion.

BIROU, Alain (1982). **Dicionário das Ciências Sociais**. Lisboa. Dom Quixote.

BARDIN, Laurence. (1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, s. d..

BOGDAN, R; BIKLEN, S. (1994). **Investigação em Educação**. Porto: Porto Editora.

BOSSEUR, Chantal (1975). **Antipsiquiatria**. Lisboa, Publicações Dom Quixote.

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith (1985). **Nova Prática de Enfermagem**. 3º Vol., 3ª Ed., Rio de Janeiro, Interamericana.

CAMILLERI, Carmel *et al* (1989). **Chocs de Cultures: concepts et enjeux pratiques de l'interculturel**. Paris, L'Harmattan.

CAMPINHA-BACOTE, J. et al (1996). The challenge of cultural diversity for nurse educators. **The Journal of Continuing Education in Nursing**. Vol. 27, nº 2 Março/Abril, p. 59-64.

CANGUILHEM, Georges (1982). **O Normal e o Patológico**. 2ª Ed., Rio de Janeiro, Forense-Universitária.

CANGUILHEM, George (1985). **La Connaissance de la vie**. Paris, Vrin.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela. (1998). **Metodologia da**

Investigação. Guia para a Auto-Aprendizagem. Lisboa, Universidade Aberta.

CHANCE, N. (1965). Acculturation, self-identification and personality adjustment. **American Anthropologist**, 67, p.372-393.

CHAPLIN, J. P. (1989). **Dicionário de Psicologia.** Lisboa: publicações D. Quixote.

CLAVREUL, J. (1978). **L'Ordre Medical**, Paris, Le Seuil

COLAÇO, António (2002). **Representação Social do Doente Mental pelos Profissionais de saúde. O caso do Pessoal de Enfermagem.** Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa, Universidade Aberta.

COUTO, Mia (1990). **Cada homem é uma raça.** Lisboa, Editorial Caminho

COLP, Ralph (1999). Historia da Psiquiatria in **Tatado de Psiquiatria** – Harold Kaplan, Benjamin Sadock. Porto Alegre, Artmed, 6ª ed, p. 3000-3025.

COX, John (1977). **Aspects of transcultural psychiatry.** Br. Journal Psychiatry

DEVEREUX, Georges (1977). **Essais déthonopsychiatrie générale.** Paris, Gallimard, 3ª ed.

ESTEVES, Maria do Céu (organizadora) (1991). **Portugal, País de Imigração.** Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento

EY, Henri ; BERNARD, P. ; BRISSET, C. (1985). **Manual de Psiquiatria.** 2ª edição, São Paulo, Ed. Masson do Brasil.

FERNANDO, Suman (2003). **Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry- The Struggle Against Racism.** New York, Brunner-Routledge

FERREIRA, Gonçalves. (1990). **Historia da saúde e dos serviços de saúde em Portugal.** Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

FILHO, Naomar **et al** (1999). **O conceito de saúde mental,** Revista da USP, nº 43, p.25.

FINKLER, K. (1981). **Non-medical treatments and their outcomes.** Part Two. Focus on the adherents of spiritualism. Culture, Medicine, Psychiatry.

FLEMING, Manuela (1976). **Ideologias e Práticas Psiquiátricas.** Porto, Edições Afrontamento.

FONSECA, A. Fernandes (1985). **Psiquiatria e Psicopatologia.** Vol. I Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

FONSECA, A. Fernandes (1985). **Psiquiatria e Psicopatologia**_ Vol. II, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

FOSTER, G. ; ANDERSON, B. (1978). **Medical Anthropoloy**. New York, Wiley.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999). **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. Loures, Lusociência.

FRANÇA, Luís de (coord) (1992). **A Comunidade Cabo Verdiana em Portugal**. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

GAMEIRO, José (1992). **Voando Sobre a Psiquiatria. Análise Epistemológica da Psiquiatria Contemporânea**. 2ª Ed., Porto, Edições Afrontamento.

GEORGE, J.B. et al (1993). **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas.

GEREMEK, Bronislaw (1995). **A Piedade e a Força. História da Miséria e da Caridade na Europa**. Lisboa, Terramar.

GHIGLIONE,R.; MATALON, B. (1993). **O Inquérito. Teoria e Prática**. Oeiras: Celta.

GOFFMAN, E. (1968). **Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux**. Paris, Minuit.

GRAWITZ, Madeleine. (1993). **Méthodes des Sciences Sociales**. 9ª ed., Paris, Dalloz.

GROB, Gerald (1983). **Mental Illness and American Society: 1875-1940**. Princeton, Princeton University Press.

HELMAN, Cecil (1994). **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2ª ed.

HOLMES, David S. (1997) **Psicologia dos transtornos Mentais**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2ª ed.

JARIVS, Eric et al (2005). **Cultural Psychiatry: A Critical Introduction**. Montreal, Quebec, McGill University, vol 2.

KAPLAN, Harold I.; SADOK, Benjamin J.(1990) **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. 2ª Ed., Porto Alegre, Artes Médicas,

KIEV, A. (1972). **Transcultural Psychiatry**. Harmondsworth, Penguin.

KLEINMAN, Arthur (1980) **Patiens and Healers in the Context of Culture**. Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, Arthur (1991). **Rethinking Psychiatry-From cultural category to personal experience**. New Yourk, The Free Press.

LANDY, D. (1977). **Emotional states and cultural constraints**. In: Landy, D. (ed.) Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology. New York, Macmillan.

LAPLANTINE, François (1978). **Etnopsiquiatria**. Lisboa, Editorial

LECHNER, Elsa. Uma aproximação à diferença: imigração e cuidados de saúde in **Revista Transcultural**, APPPT, Lisboa, no Prelo Vega.

LEBRETON, D. (1985). **Corps et société**. Paris, Librairie des Méridiens

LEBRETON, D. (1990). **Anthropologie du corps et de la modernité**. Paris, PUF.

LEININGER, Madeleine. (1988). **Caring: an essencial human need**. Dedroit: Wayne State University press.

LESSARD-HÉBERT, M.; [et al]. (1994). **Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas**. Lisboa: Instituto Piaget.

LEWIS, I (1971). **Ecstastic Religion**. Harmondsworth, Penguin.

LITTLEWOOD, R.; Lipsedge, M. (1982). **Aliens and Alienists**. Harmondsworth, Penguin.

LITTLEWOOD, R.; LIPSEGE, M (1987). **The butterfly and the serpent: culture, psychopathology and biomedicine**. Culture, Medicine, Psychiatry 11.

LOPES, Lídia (2005). **Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa**. Dissertação de mestrado em comunicação em Saúde. Lisboa, Universidade Aberta.

LOPEZ, S. ; Hernandez, P. (1976). **How culture is considered in evaluations of psychotherapy**. J. Neru. Ment. Dis. 176

MATALON, Benjamin. [et al]. (2001). **O Inquérito**. Celta. Oeiras.

MANUEL, Helena (2003). **Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa, Universidade Aberta.

MERRIAM, S. B. (1988). **The Case Study Research in Education**. S. Francisco: Jossey-Bass.

MORO, Marie Rose (1994) **Parents en exil. Psychopathologie et migrations.** Paris, Coll.Fill Rouge, PUF.

MORO, Marie Rose (2002). **Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naitre et grandir en France.** Paris, Syros/La Découverte.

MURPHY, H. (1965). Migration and the major mental disorders: A reappraisal. In M. Kantor (E.), **Mobility and mental health.** Springfield:Thomas.

MURPHY, J. (1964). **Psychotherapeutic aspects of Shamanism on St. Lawrence Island, Alaska.** In : Kiew, A. (ed.) **Magic, Faith and Healing.** New York, Free Press.

NETO, Felix (2002). **Psicologia Intercultural.** Lisboa, Universidade Aberta.

OGARA, Ruiz (1982). Concepto de Psiquiatria in Psiquiatria, Tomo I, Barcelona, Ediciones Toray.

OLIÉ, Jean-Pierre; SPADONE, Christian (1996). **As Novas Faces da Loucura.** Lisboa, Instituto Piaget.

OLIVEIRA, José (1996). **A Instituição Psiquiátrica em Contexto Multicultural – O Caso do Hospital Miguel Bombarda.** Tese de Mestrado em Relações Interculturais. Lisboa, Universidade Aberta.

OMS. (1986). **As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos.** Ministério da Saúde. Lisboa

PANDA, Maria (1997). **Percursos migratórios de cabo-verdianos em Portugal: encantos e desencantos.** Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Porto, Universidade Aberta.

PEREIRA, Frederico (1981). Mendigos, Marginais e Loucos (Visões Aristocráticas, Visões Burguesas) in **Análise Psicológica**, nº 3, série 1, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, p. 365-385.

PEREIRA, Rosa Maria Papoila (1997). **Ser imigrante num país de emigrantes: contribuição para uma política de imigração em Portugal.** Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Lisboa. Universidade Aberta.

PHINNEY, J. ; HORENCZYK, G.; LIEBKIND, K.; VEDDER, P. (2001). Ethnic identity, immigration and well-being: an interactional perspective. **Journal of social issues:immigrants and immigration.** (57,3), p.493-510.

PICHOT, Pierre; FERNANDES, Barahona (1984). **Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal.** Lisboa, Roche Farmacêutica Química, Lda, 365 p.

- POSTEL, Jean (1981). Da Fraude Histórica ao Mito: a Libertação dos Loucos de Bicêtre por Ph. Pinel in **Análise Psicológica**, nº 3, série 1, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, p. 387-403.
- PRATS, Luís (1993). A Etnopsiquiatria hoje (contributos efectivos no conhecimento e tratamento das perturbações mentais) in **Revista de Psiquiatria**, vol.VI, nº1, Lisboa, Hospital Júlio de Matos.
- PRODI, G. (1994) Saúde/doença in ROMANO, Ruggiero – **Enciclopédia EINAUDI, nº 23, Inconsciente. Normal / Anormal**. Vol. 23, Maia, Imprensa Nacional - Casa da Moeda, p. 199-234.
- QUARTILHO, Manuel (2001). **Cultura, Medicina e Psiquiatria: do Sintoma à Experiência**. Coimbra, Quarteto.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. (1998). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa, Gradiva, 2ª ed.
- RAMOS, Natália. (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, Natália. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade : Para uma comunicação intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, Ano 35, Nº2.
- RAMOS, Natália (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa, Universidade Aberta.
- RAMOS, Natália (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. **Psychologica**, Nº 41, p. 329-350.
- REVUE L'Autre (2000). **Clinique, Cultures et Sociétés**, vol.1 Nº3, Editions La Pensée Sauvage, Grenoble.
- ROCHA-TRINDADE, M. Beatriz. (1995). **Sociologia das Migrações**. Lisboa, Universidade Aberta.
- ROMANO, Ruggiero (1994) **Enciclopédia Einaudi. Inconsciente – Normal/Anormal**. Imprensa Nacional – Casa da Moeda, vol. 23.
- SALÚSTIO, Dina (1994). **Mornas eram as noites**. Praia, Instituto Caboverdiano do Livro e do Disco
- SEABRA, Jorge (2005). **Percursos Migratórios de Imigrantes brasileiros e do leste Europeu em Portugal**. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Porto, Universidade Aberta.
- SERRA, Adriano (1999). **O Stress na vida de todos os dias**. Coimbra.

SHORTER, Edward (2001). **Uma História da Psiquiatria. Da Era do Manicómio à Era do Prozac.** Lisboa, Climepsi Editores.

SIMÕES, Mário (1986). Mental Health of Migrants in **Migration and Health.** Copenhaga, OMS.

SOUSA, José de (2003). **A Oeste do Paraíso: Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde.** Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Lisboa, Universidade Aberta.

SOUSA, M. Paes de (1986). **Psicofarmacologia** in CORDEIRO, J. C. Dias — Manual de Psiquiatria Clínica_ Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, , pp. 627 a 686.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1995). **Community health nursing – Promoting health of aggregate families and individuals.** 4th ed. Mosby.

SWAIN, Gladys (1981). Da Ideia Moral da Loucura ao Tratamento Moral in **Análise Psicológica.** Nº 3, série 1, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, p. 341 – 356.

TALBOT, L. (1995). **Principle and practise of nursing research.** St. Louis: Mosby.

TAYLOR, S.T.; BOGDAN, R. (1984). **Introduction to Qualitative Research Methods.** New York: John Wiley & Sons.

VALA, Jorge. (1986). A análise de conteúdo in PINTO, José Madureira [et al]. 1986. **Metodologia das Ciências Sociais.** Lisboa, Edições Afrontamento, 11^a edição.

VILA-REAL, Ângela (1981). **Psicose e natureza humana** in **Análise Psicológica** nº4 (I), Lisboa, ISPA.

WAXLER, N. (1977). **Is mental illness cured in traditional societies? A Theoretical analysis.** Culture, Medicine, Psychiatry I. In Press.

WEGROCKI, Henri (1965). Crítica dos conceitos culturais e estatísticos de Anormalidade in **Personalidade na natureza, na sociedade e na cultura.** Belo Horizonte, Ed. Itatiaia, 2^o volume.

URIBE, Vasco; CASTELL, ALBERDI, A. (1994). Incidência de los Factores Sociales en la Salud y Enfermedad Mental. **Revista de Enfermaria ROL,** (191,192): pp.65-68.

REFERÊNCIAS DA INTERNET

Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME). **Estatísticas da Imigração.** in

http://www.acime.gov.pt/docs/GEE/Estatisticas_GEE_2005.pdf em 16/10/2007.

FILHO, Naomar et al (1999). **O Conceito de Saúde Mental** in

<http://psicopatologia.tripod.com.br/saudemental.htm> em 14/6/2005.

FIORUCCI, Carlos. **Saúde Mental. Conceitos e considerações** in

http://www.rafe.com.br/sql_vamosprevenir/index.asp?setor=25&idc=132 em 4/4/06.

MentalHealth:Culture,Race,Ethnicity in

<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cre/execsummary-6.asp> em 14/6/2005.

Mental Illnesses are Real, Disabling Conditions Affecting All Populations, Regardless of Race or Ethnicity in

<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cre/execsummary-3.asp> em 14/6/2005.

The Influence of Culture and Society on Mental Health in

<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cre/ch2.asp> em 14/6/2005.

CAVALCANTE, Antonio (2001). **A Etnopsiquiatria segundo Tobie Nathan** in

<http://www.polbr.med.br/arquivo/mour0201.htm> em 14/6/2005.

HOSPITAL JULIO DE MATOS in <http://www.hjmatos.min-saude.pt/> em 26/4/2007.

MATEUS, Mário.**Culture-bound syndromes** in

<http://www.priory.com/psych/sinboun.htm> in 4/6/2005.

POCREAU, Jean-Bernard. **A etnopsiquiatria - uma prática clínica do vínculo e da mediação** in <http://www.polbr.med.br/arquivo/mour0305.htm> em 4/6/2005.

Al inicio la cultura: Lo pertinente de las interpretaciones culturales tradicionales in <http://www.apm.org.mx/Dreamweaver/Publicaciones/2002/1-2/Afectos%20y%20cultura.1.html> em 4/6/2005.

Cultural Psychiatry: An International Perspective in <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2000/June/Cultural2.asp> in 14/6/2005.

ROSA, Maria João et al (2003). **Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira.** Lisboa:

Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas in
<http://www.oi.acime.gov.pt/docs/pdf/estudoOldemografia.pdf> in 20/10/07.

SHERER, Richard. **Mental Health Problems Among Minorities** in
<http://www.healthyplace.com/Communities/Anxiety/minorities.asp> in 14/6/2005

www.clinique-transculturelle.org in 1/7/2005.

Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers in

<http://www.uu.nl/uupublish/onderzoek/onderzoekcentra/ercomer/projects/project/28318main.html> em 30/8/2007.

Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers. Part A. Identification Study. Report on Portugal in

<http://www.ercomer.org/research/58po.doc> in 30/8/07.

<http://www.ercomer.org/downloads/ingIV.doc> in 30/8/07.

<http://www.ceg.ul.pt/mcm/Cluster%20B5.pdf> in 30/8/07.

http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Teses/6_CF.pdf in 30/8/07.

http://www.infobrasil.org/fotos/relig_p/uni/isl.htm in 15/12/07.

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA PARA OS INFORMADORES QUALIFICADOS

- Acha que os doentes imigrantes que têm recorrido a este hospital têm aumentado?
- Acha que os técnicos de saúde deveriam ter formação mais específica, no que diz respeito a questões relacionadas com a situação de imigração?
- Que questões colocam os técnicos mais frequentemente relativamente a esses doentes?
- Que tipo de patologias mais frequentemente apresentam os imigrantes que aqui recorrem?

ANEXO II – GUIÃO DA ENTREVISTA PARA OS DOENTES

1. DADOS SÓCIO-CULTURAIS

- Idade
- Sexo
- Estado civil
- Número de filhos
- Nível de escolaridade
- Religião
- País de origem
- Profissão / Ocupação no país de origem
- Profissão / Ocupação em Portugal
- Composição do agregado familiar no país de origem
- Composição do agregado familiar em Portugal
- Tempo de residência em Portugal
- Motivo da vinda para Portugal
- Situação de legalidade em Portugal
- Imigrou do seu país directamente para Portugal ou viveu noutra país antes de vir para Portugal?
- Já falava Português antes de imigrar para Portugal/como aprendeu?
- Que dificuldades tem tido na inserção social?
- Está inserido em alguma associação de Migrantes? Qual?

2. DADOS RELATIVOS À SITUAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

- Porque recorreu a esta consulta/hospital?
- Quem o encaminhou para a consulta/hospital/Como soube da sua existência?
- Que tipo de alterações/problemas psiquiátricos apresenta agora?

- No seu país de origem alguma vez apresentou problemas de saúde mental (problemas de cabeça, nervos)? Se sim, quais?
- Desde que imigrou, quando começou a apresentar problemas de saúde mental?
- Que outros problemas de saúde tem tido?
- Em Portugal tem recorrido aos serviços de saúde geral/psiquiátricos?
- Que tipo de dificuldades tem encontrado nas instituições de saúde a que tem recorrido?
- Diga-me uma experiência difícil/má que tenha tido desde que emigrou/saiu do seu país?

ANEXO III – GRELHA DE ANÁLISE

Categorias	Motivação para procurar apoio na área da saúde mental		Encaminhamento para a consulta/hospital			Doença Actual			
Sub-categorias				<i>Familiares</i>	<i>Profissionais de Saúde</i>	<i>Outros</i>		<i>Sinais e sintomas físicos</i>	<i>Sinais e sintomas psíquicos/comportamentais</i>
Entrevistas									
E1									
E2									
E3									
E4									
E5									
E6									
E7									
E8									
E9									
E10									
E11									
E14									
E15									
E15									
E18									
E18									
E18									
E15									
E19									
E20									

Categorias	Antecedentes de Patologia Psiquica					Outros problemas de saúde	
Sub-categorias	Referentes ao próprio individuo		Referente a familiares				
	Anterior à Migração	Após a Migração	Anterior à Migração	Após a Migração			
Entrevistas							
E1							
E2							
E3							
E4							
E5							
E6							
E7							
E8							
E9							
E10							
E11							
E14							
E15							
E15							
E18							
E18							
E18							
E15							
E19							
E20							

Categorias	Apoio Médico em Portugal			Acesso à saúde					
		Psiquiátrico	Geral		Portugal			País de Origem	
					Dificuldades			Sem Dificuldades	Dificuldades
Sub-categorias					Comunicação	Discriminação	Outros		
Entrevistas									
E1									
E2									
E3									
E4									
E5									
E6									
E7									
E8									
E9									
E10									
E11									
E14									
E15									
E15									
E18									
E18									
E18									
E15									
E19									
E20									

<i>Categorias</i>	Experiência marcante vivenciada desde que imigrou					
<i>Sub-categorias</i>		Negativa				Positiva
		Familiar	Profissional	Patologia/doença	Xenófoba	Outras
<i>Entrevistas</i>						
<i>E1</i>						
<i>E2</i>						
<i>E3</i>						
<i>E4</i>						
<i>E5</i>						
<i>E6</i>						
<i>E7</i>						
<i>E8</i>						
<i>E9</i>						
<i>E10</i>						
<i>E11</i>						
<i>E14</i>						
<i>E15</i>						
<i>E15</i>						
<i>E18</i>						
<i>E18</i>						
<i>E18</i>						
<i>E15</i>						
<i>E19</i>						
<i>E20</i>						

Categorias	Características dos portugueses visto pelos imigrantes			Integração Social		
		Técnicos de Saude	Geral		Facilidades	Dificuldades
Entrevistas						
E1						
E2						
E3						
E4						
E5						
E6						
E7						
E8						
E9						
E10						
E11						
E14						
E15						
E15						
E18						
E18						
E18						
E15						
E19						
E20						

ANEXO IV – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

INDIVÍDUO	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO MÉDICO	EST CIVIL	Nº FILHOS	ANOS ESCOLAR	TIPO ESCOLAR	CURSO	RELIGIÃO P/NP	QUAL RELG	PAÍS ORIG
E1	50	FEM	Perturbação Bipolar	SOL	1	licenciatura + pós grad	universit	Ciencias Humanas/Ciencias politicas e historia	NP	Não tem	Brasil
E2	33	MAS	Perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reação de ajustamento)	SOL	0	5			NP	Igreja Universal	S. Tomé e Príncipe
E3	31	MAS	Psicose esquizofrenica (Reacção paranoide aguda)	SOL	0	7				Adventista do 7º dia do coração	Angola
E4	21	MAS	Psicose esquizofrenica	SOL	0	6				Adventista	S. Tomé e Príncipe
E5	52	MAS	Psicose esquizofrenica	DIV	4	9	5º ano liceal			Católico	Moçambique
E6	66	FEM	Perturbação psicótica breve (psicose reactiva)	UNIÃO FACTO	2	analfabeto	nenhum			Evangélica	Angola

E7	22	MAS	Psicose esquizofrenica	SOL	0	12				NP	Hindu	Surinami-Holanda
E8	43	MAS	psicose não especificada/alcoolismo	CAS	4	9					Católica	Angola
E9	32	MAS	Psicose esquizofrenica	SOL	0	4	primaria				Não tem	Cabo Verde
E10	32	MAS	Psicose esquizofrenica	SEPARADO	0	10					Muçulmana	Paquistão
E11	21	FEM	Perturbação bipolar	DIV	0	11					Catolica protestante	Brasil
E12	37	FEM	Perturbação da adaptação com perturbação do comportamento (reacção de ajustamento)	CAS	3	analfabeto	nenhum				Catolica	Cabo Verde-S. Tomé e Príncipe
E13	32	MAS	Perturbação depressiva	CAS	1	licenciatura	universit	Publicidade			Não tem	Chile
E14	39	FEM	Perturbação da personalidade/alcoolismo	UNIÃO FACTO	2	9					Não tem	Chile

E15	55	MAS	Perturbação bipolar	CAS	2	9				Ateu	Italia
E16	18	MAS	Perturbação da personalidade/alteração do comportamento	SOL	0	10				Agnóstico	Africa do Sul
E17	39	FEM	Perturbação bipolar	SOL	0	licenciatura	universit	tecnic de empresas e actividades turisticas	NP	Catolica	Venezuela - Espanha
E18	26	FEM	Perturbação depressiva	SOL	0	licenciatura	universit	Ciencias farmaceuticas	NP	Católica	Venezuela
E19	27	MAS	Perturbação da ansiedade (perturbação do pânico)	SOL	0	analfabeto	nenhum			Muçulmana	Serra Leoa
E20	32	FEM	Perturbação depressiva	CAS	1	9 + Curso Enferm	médio	curso Enfermagem		Grego-catolica	Ucrania

INDIVIDUO	PROF PAIS ORIG	PROF PORTUG	AGREG FAMIL PAIS ORIG	AGREG FAMIL PORT	TEMPO PERMAN PORTUG	MOTIVO VINDA PORTUG	SIT LEGAL PORTUG	TRAG MIGRAT	CONHEC LING PORTUG ANTES IMIGRAÇ	LOCAL APREND PORTUG	INSERÇÃO ASSOC IMIGRANT	QUAL ASSOC
E1	Secretária executiva	nenhuma	Sozinho	Individuo + irmã	7 meses	questões domésticas	ILEGAL - visto de 3 meses caducado	directo	SIM	pais origem - fala português	NÃO	
E2	Ministério da Cultura - Cultura, musica e dança polivalente	Construção civil	individuo + pai + irmã	sozinho	13 anos	trabalho	ILEGAL - termo de residencia caducado	S. Tomé- »Portugal-» Espanha -» Portugal	SIM	pais origem - fala português	NÃO	
E3	Futebolista	Construção civil	individuo + pai + mãe + 6 irmãos	individuo +tio + cunhada + dobrinha + filho da cunhada	8 anos	trabalho	ILEGAL - visto de trabalho caducado	directo	SIM	pais origem - fala português	NÃO	
E4	Estudante	Estudante	individuo + avó + 2 irmãs	individuo + mãe + 4 irmãs	7 anos	estudar	LEGAL - visto temporário	directo	SIM	pais origem - fala portugues	NÃO	
E5	Operador de telecomunicações de aviação civil	reformado	individuo + esposa +4 filhos	sozinho (HJM)	20 anos	questões monetárias (dificuldade na transferencia da reforma para pais origem)	LEGAL - visto de residente	directo	SIM	pais origem - fala portugues	NÃO	
E6	agricultura	limpeza	individuo + filho + enteado	individuo + marido + filho	7 anos	doença conjugue	ILEGAL - visto caducado	directo	SIM	pais origem - fala portugues	SIM	não se lembra do nome

E7	fábrica de plásticos (Holanda)	nenhuma	individuo + mae + 2 irmãos	sozinho	6 meses	turismo	ILEGAL	Surinami - »Holanda -» Europa - »Portugaç	NÃO	NENHUM	NÃO	
E8	Telegrafista em comunicações	carpinteiro + agricultura	individuo + mulher + 4 filhos	individuo + filha	14 anos	fuga da guerra no pais de origem	LEGAL - visto de residencia	directo	SIM	pais origem - fala portugues	NÃO	
E9	agricultura	Construção civil	individuo + pai + mãe + 4 irmãos	sozinho	11 anos	trabalho	ILEGAL - visto de residencia caducado	Cabo Verde -» Suiça -» Portugal	NÃO	Em Portugal - Com as pessoas	NÃO	
E10	nenhuma	Construção civil	individuo + mãe + irmã	individui + 6 amigos	10 anos	trabalho	ILEGAL - visto de residencia caducado	directo	NÃO	Portugal - no trabalho, com os colegas	NÃO	
E11	vendedora	governanta + limpezas + telefonista	individuo + mãe + padrasto	individuo + mãe	5 anos	familia veio melhorar nivel de vida/ estudar	ILEGAL - visto de turista caducado	directo	SIM	pais origem - fala portugues	NÃO	
E12	doméstica	limpeza	individuo + marido + sogros	individuo + marido +3 filho	14 anos	reagrupamento familiar	ILEGAL - visto de residente caducado	directo	SIM	pais origem - fala portugues	NÃO	
E13	publicitário	publicitário	individuo + esposa +1 filhos	individuo + esposa + 1 filho	3 anos	libertação face à familia	LEGAL - visto de residencia permanente	directo	NÃO	aulas portugues no pais de origem	NÃO	
E14	Secretária	Restauração	individuo +pai + mãe + 3 irmãos	individuo + marido + filho	5 anos	reagrupamento familiar	LEGAL - visto temporário	Chile -» Espanha -» Portugal	NÃO	aprendeu em Portugal, sozinha (tv, ler e falar com marido)	NÃO	

E15	Chefe de armazem	Varredor de ruas	individuo + esposa +2 filhos + mãe + irmã	individuo + esposa +2 filhos	14 anos	reagrupamento familiar	LEGAL - visto de residencia	directo	NÃO	aprendeu em Portugal, sozinho (ler e no trabalho)	NÃO	
E16	Estudante	Estudante	individuo + pai + mãe + 2 irmãs	individuo + mãe	5 anos	trabalho do pai	LEGAL - nacionalidade portuguesa	Africa do Sul - »Bielorrussia -» Portugal	NÃO	Em Portugal - na escola, e em casa com os pais	NÃO	
E17	Empresária em turismo	Comercial de hotelaria	individuo + companheiro	sozinha	10 anos	trabalho	LEGAL - cidadã EU	Venezuela - » Espanha (com familia) -» (adulta) Portugal	NÃO	aprendeu em Portugal, sozinho	NÃO	
E18	Estudante	Farmaceutica	individuo + mãe + 2 irmãs	individuo + namorado	6 anos	insegurança no pais origem	LEGAL - nacionalidade portuguesa	directo	NÃO	Em Portugal - aulas privadas	NÃO	
E19	Pintor de carros	Construção civil	individuo + pai + mãe + madrasta + 7 irmãos	individuo + 4 colegas	6 anos	fugir da guerra do pais de origem	LEGAL - visto de residencia	directo	NÃO	Em Portugal, no trabalho, com colegas	SIM	União da Serra Leoa em Portugal
E20	Enfermeira	Comercio	individuo + marido + 1 filho + pais	individuo + marido	5 anos	procurar vida melhor	LEGAL - visto de permanencia	directo	NÃO	Em portugal, sozinha (ler e com amigos portugueses)	NÃO	

Nome do ficheiro: TESE FINALcom anexos word
Directório: C:\Documents and Settings\Claudia Rosa\Os meus
documentos\TESE\TESE FINAL CONCLUIDA\PDF - Tese final
Modelo: C:\Documents and Settings\Claudia Rosa\Application
Data\Microsoft\Modelos\Normal.dot
Título:
Assunto:
Autor: Claudia Rosa
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 14-03-2008 10:51
Número da alteração: 4
Guardado pela última vez em: 14-03-2008 11:10
Guardado pela última vez por: Claudia Rosa
Tempo total de edição: 7 Minutos
Última impressão: 14-03-2008 11:12
Como a última impressão completa
Número de páginas: 315
Número de palavras: 81.185 (aprox.)
Número de caracteres: 438.402 (aprox.)