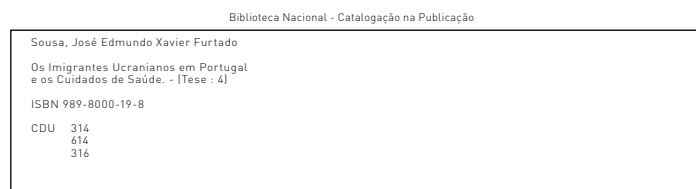


OS IMIGRANTES UCRANIANOS EM PORTUGAL E OS CUIDADOS DE SAÚDE



PROMOTOR
ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO
E MINORIAS ÉTNICAS (ACIME)
www.acime.gov.pt

APOIO
FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR
www.fct.pt

AUTOR
JOSÉ EDMUNDO XAVIER FURTADO SOUSA
E-MAIL: edmundo.sousa@netcabo.pt

EDIÇÃO
ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO
E MINORIAS ÉTNICAS (ACIME)
PRAÇA CARLOS ALBERTO, N.º 71, 4050-440 PORTO
TELEFONE: (00 351) 22 2046110 FAX: (00 351) 22 2046119
E-MAIL: acime@acime.gov.pt

EXECUÇÃO GRÁFICA
TEXTYPE

PRIMEIRA EDIÇÃO
250 EXEMPLARES

ISBN
989-8000-19-8

DEPÓSITO LEGAL
240631/06

LISBOA, MARÇO 2006

Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais

Autor: José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

Universidade Aberta Lisboa

AGRADECIMENTOS

Pysanky, *pysanka*, e *pessanka* são palavras singulares, derivadas de uma mesma palavra ucraniana, “escrever”. *Pessanka*, são ovos inteiros, crus que foram decorados com uma complicada combinação de desenhos e cores. Dar uma *pessanka* é dar um presente simbólico da vida. É uma tradição ucraniana de dois mil anos, os ovos pintados à mão são talismãs que trazem boa sorte, fertilidade, amor, fortuna e saúde para quem os recebe de presente. Tradicionalmente, os desenhos das *pessankas* têm correspondência com o tipo de oferenda que se pretende salientar. Como signos de bem-aventurança temos: as flores que são um desejo de amor e caridade, o trigo representa fartura e prosperidade, as aves traduzem fertilidade, os animais simbolizam a saúde.

A todos os professores, colegas e amigos que ajudaram a tornar possível o impossível

À minha família pela paz e equilíbrio.

A todos Vós oferto a *pessanka* da bem-aventurança.
Obrigado.

Índice

PREFÁCIO	13
NOTA PRÉVIA	15
INTRODUÇÃO	17
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
CAPÍTULO I – GLOBALIZAÇÃO, IMIGRAÇÃO E CIDADANIA	21
1. GLOBALIZAÇÃO	21
2. MIGRAÇÃO	27
2.1 Portugal emigrante	29
2.2 Portugal imigrante	31
3. CIDADANIA	32
CAPÍTULO II – MIGRAÇÃO E SOCIEDADE RECEPTORA	37
CAPÍTULO III – ACULTURAÇÃO	41
1. DEFINIÇÃO DE ENCULTURAÇÃO E ACULTURAÇÃO	41
2. MODOS DE ACULTURAÇÃO	42
3. ACULTURAÇÃO PSICOLÓGICA	44
4. STRESSE DE ACULTURAÇÃO	45
5. ETAPAS MIGRATÓRIAS	48
CAPÍTULO IV – CONCEITOS DE SAÚDE E DE DOENÇA	49
1. BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA DAS PRÁTICAS DOS CUIDADOS DE SAÚDE	49
2. CONCEITOS DE SAÚDE E DE DOENÇA	54

3. PARADIGMAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	58
3.1. <i>Modelo biomédico</i>	58
3.2. <i>Modelo holístico</i>	59
4. CULTURA, SAÚDE E DOENÇA	61
CAPÍTULO V – CUIDADOS DE SAÚDE CULTURALMENTE COMPETENTES	65
1. CRENÇAS, VALORES E COMPORTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DA POPULAÇÃO	65
2. COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL	66
3. ABORDAGENS EMIC E ETIC	67
4. MODELO SUNRISE DE MADELEINE LEININGER	69
PARTE II. ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO UCRANIANA EM PORTUGAL	73
CAPÍTULO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA EM PORTUGAL	73
1. JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DAS FONTES	73
2. POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA EM PORTUGAL	73
3. POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA EM PORTUGAL POR GÉNERO	74
4. POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA EM PORTUGAL POR IDADE	75
5. POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA EM PORTUGAL POR GRUPOS ETÁRIOS	75
6. POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA, SUA DISTRIBUIÇÃO EM PORTUGAL	76
6.1. <i>Análise dos Gráficos 8, 9 e 10</i>	79
7. POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA POR SECTOR DE ACTIVIDADE	79

8. POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA POR TIPO DE CONTRATO	80
9. SÍNTESE DA ANÁLISE DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA EM PORTUGAL – ANO 2001	81
10. COMPARAÇÃO DE ALGUNS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS ENTRE PORTUGAL E A UCRÂNIA	82
PARTE III. ESTUDO EMPÍRICO	85
CAPÍTULO I – METODOLOGIA	85
1. OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO	86
1.1. <i>Problemática de investigação</i>	86
1.2. <i>Questões e objectivos de investigação</i>	87
1.3. <i>Justificação do estudo</i>	88
1.4. <i>Limitações do estudo</i>	88
2. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO	88
2.1. <i>A entrevista</i>	90
2.1.1. <i>A análise de conteúdo</i>	90
2.2. <i>O questionário</i>	91
3. TIPO DE ESTUDO	93
4. AS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS	95
4.1. <i>Contexto de realização</i>	95
4.2. <i>Análise dos dados e interpretação dos resultados</i>	96
4.3. <i>Síntese</i>	97
5. ESPAÇO E TEMPO DO PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	99
5.1. <i>Unidade móvel – Médicos do Mundo</i>	99
5.2. <i>Centros de Saúde</i>	100
5.3. <i>Hospital Garcia de Orta</i>	100
6. POPULAÇÃO-ALVO	101
6.1. <i>Inserção no terreno e dificuldades</i>	103
7. AMOSTRA	104
7.1. <i>Constituição da amostra</i>	104

7.2. Caracterização da amostra	105
7.2.1. Critérios de inclusão	105
7.2.2. Critérios de exclusão	105
8. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E PROCEDIMENTOS	105
9. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	106
CAPÍTULO II – RESULTADOS	109
1. DESCRIÇÃO GERAL DOS PROCEDIMENTOS	109
2. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS	109
2.1. Amostra “Imigrantes ucranianos”	109
2.1.1. Variáveis sociodemográficas	109
2.1.2. Variáveis inerentes à vinda para Portugal	118
2.1.3. Variáveis inerentes à profissão desempenhada em Portugal	121
2.1.4. Variáveis inerentes à residência e partilha dessa residência em Portugal	124
2.1.5. Variáveis inerentes com as dificuldades na adaptação à sociedade Portuguesa	127
2.1.6. Variáveis inerentes com o recurso ao Sistema Nacional de Saúde	128
2.1.7. Principais obstáculos referidos pelos imigrantes ucranianos quando solicitaram o Sistema Nacional de Saúde	132
2.1.8. Sugestões manifestadas pelos imigrantes ucranianos relativamente ao Sistema Nacional de Saúde	138
2.2. Amostra “Profissionais de saúde”	142
2.2.1. Variáveis sociodemográficas	142
2.2.2. Variáveis inerentes com a percepção dos profissionais de saúde sobre os dados sociodemográfica dos imigrantes ucranianos que solicitam o Sistema Nacional de Saúde	146

2.2.3. Variáveis inerentes com a solicitação ao Sistema Nacional de Saúde	147
2.2.4. Principais dificuldades referidas pelos profissionais de saúde quando prestam cuidados de saúde a imigrantes ucranianos	150
2.2.5. Componentes da dimensão emocional dos profissionais de saúde aquando da prestação de cuidados de saúde a imigrantes ucranianos	157
CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	161
1. QUEM SÃO OS IMIGRANTES UCRANIANOS DA NOSSA AMOSTRA?	165
2. COMO É QUE OS IMIGRANTES UCRANIANOS SE RELACIONAM COM O SISTEMA PORTUGUÊS DE SAÚDE? QUAIS AS SOLICITAÇÕES? QUAIS AS DIFICULDADES?	171
3. EM QUE ESTÁDIO DE RELACIONAMENTO SE SITUAM COM A SOCIEDADE DE ACOLHIMENTO?	172
4. COMO SE ESTABELECE A RELAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANO -PROFISSIONAL DE SAÚDE, FACE ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE QUE OS IMIGRANTES UCRANIANOS MANIFESTAM NA FASE MIGRATÓRIA EM QUE SE ENCONTRAM RELATIVAMENTE À SOCIEDADE DE ACOLHIMENTO?	175
CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	183
BIBLIOGRAFIA	193
ANEXOS	
ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA	201
ANEXO II - SIGLAS	203

PREFÁCIO

A presente obra oferece para leitura e discussão uma análise teórico/conceptual e empírica sobre problemas psicossociais e cuidados de saúde de imigrantes ucranianos em Portugal, nomeadamente, na região de Lisboa. Esta obra tem como base a investigação que José Edmundo Xavier Furtado de Sousa realizou no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, defendida na Universidade Aberta. A mesma salienta como o estado de saúde dos migrantes, a sua adaptação e integração social e as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, estão relacionados com um conjunto complexo e variado de factores e exigem novas práticas, estratégias e políticas de intervenção.

O autor, docente da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda de Resende apresenta de forma clara, bem organizada e fundamentada, por um lado, a situação socio-demográfica, as trajectórias migratórias e principais problemas destes imigrantes, os processos de aculturação e, por outro lado, as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e de comunicação com os profissionais de saúde e, ainda, as próprias dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na comunicação e nos cuidados aos utentes migrantes, uma população em aumento crescente em todo o mundo, particularmente, em Portugal.

Com efeito, a problemática das migrações e da diversidade cultural, está no centro das preocupações da maioria dos Estados e é da maior actualidade no contexto do mundo globalizado. O fluxos migratórios são hoje mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e complexos que no passado, tendo impregnado a vida quotidiana e as relações entre os indivíduos, constituindo um importante factor de mudança e uma realidade política e jurídica ao nível mundial e no Portugal contemporâneo. Actualmente no mundo, aproximadamente 175 milhões de indivíduos vivem fora dos seus países de origem, sendo imigrantes legais ou ilegais. Portugal, país tradicional de emigração (quase 5 milhões de portugueses estão em diáspora) tem vindo a reforçar o seu carácter de país de imigração, esta representando actualmente perto de 5% da população residente. Os imigrantes provenientes do Leste da Europa, em particular, os Ucranianos, constituem um dos grupos imigrantes mais numerosos em Portugal. Esta situação vem colocar novos desafios à sociedade, ao Estado, às políticas sociais, educativas, sanitárias e de cidadania.

São numerosos os problemas psicossociais e sanitários que se colocam às populações imigrantes, grupos que vivem frequentemente em situação de exclusão, precariedade e grande vulnerabilidade. O processo migratório envolvendo rupturas espaciais e temporais, transformações diversas, nomeadamente, mudanças psicológicas, físicas, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas, implicando a adaptação psicológica e social dos indivíduos e das famílias e diferentes modalidades de aculturação, constitui um processo complexo, com consequências ao nível da saúde física e psíquica e do stress psicológico e social. Para além disso, as estruturas sociais, jurídicas, sanitárias e educativas não oferecem, na maioria dos casos, respostas ou programas adequados, ou fazem-no de uma forma descoordenada e inadequada, e os profissionais, em geral, não possuem formação específica, o que dificulta a prestação de cuidados multiculturais, de cuidados de saúde “culturalmente competentes”, adaptados às necessidades e diversidade dos utentes, particularmente, imigrantes.

Um mundo globalmente interdependente necessita de uma nova abordagem de cidadania para as populações autóctones e migrantes, que incorpore a dinâmica da mudança e da diversidade e os princípios fundamentais dos direitos humanos, em estratégias e políticas multi/interculturais, que promovam o desenvolvimento humano, a liberdade cultural e a inclusão e que beneficiem o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida de todos os cidadãos, nomeadamente, da população migrante.

A obra salienta algumas destas problemáticas e convida à reflexão sobre as mesmas, constituindo pela sua actualidade e pertinência, uma referência importante no domínio das migrações, cuidados de saúde e cultura. Vem contribuir na formação dos diferentes intervenientes nesta área e para uma melhor compreensão da situação da imigração em Portugal, muito em particular, da imigração ucraniana.

Professora Doutora Natália Ramos
Universidade Aberta

NOTA PRÉVIA

Este livro resulta de um percurso de investigação terminado em Outubro de 2003 no âmbito de uma dissertação de mestrado em Relações Interculturais, na Universidade Aberta, orientado pela Professora Doutora Natália Ramos.

Pretendeu efectuar um diagnóstico da situação sociodemográfica da população imigrante ucraniana – residente em Portugal – que recorre aos serviços de saúde portugueses; clarificar e relacionar o processo de aculturação com a sociedade de acolhimento em que se encontram; detectar as principais solicitações e dificuldades deste grupo de imigrantes nessa fase de aculturação; e compreender alguns dos mecanismos que interferem no estabelecimento da relação imigrante ucraniano e profissional de saúde.

Com o decorrer do trabalho de campo, com as dificuldades sentidas e as soluções encontradas, a nossa pesquisa apropriou-se de características que de algum modo se enquadram no tipo de estudo etnográfico, “*field research*” ou método etnográfico.

Foram constituídas duas amostras, uma de Imigrantes Ucranianos formada por cento e dois indivíduos, aos quais foi aplicado um questionário, outra de Profissionais de Saúde formada por oitenta e quatro indivíduos, submetidos também a um inquérito por questionário.

Os resultados obtidos permitem-nos pronunciar acerca da questão de investigação inicial: Imigrantes ucranianos e cuidados de saúde em Portugal: Qual a situação? Que relação?”

A construção de um cuidado de saúde culturalmente competente passa pela capacidade do profissional de saúde analisar a cultura do outro, mas também analisar essa cultura enquanto processo de integração na sociedade de acolhimento, é um cuidado de saúde construído em processo.

INTRODUÇÃO

Incontornável, a profissão que desempenhamos, uma profissão que cuida de pessoas e de relações entre pessoas, sem dúvida que constituiu o tecido onde ocorreram as opções, as rupturas, que este percurso *per si* obriga – falamos de Enfermagem. A vivência como construtores de uma profissão, reflecte-se obrigatoriamente numa pesquisa, sempre norteados pela procura da conceptualização da prestação de um cuidado de saúde com qualidade e competência – um cuidado culturalmente competente.

Um dos pensamentos, que achamos pertinente para dar sentido à nossa pesquisa, é da autoria de Collière (2001:62:63), neste momento ousamos acrescentar a esta autora o facto de considerarmos a migração uma das *passagens de vida* igualmente difíceis. A história e a cultura dos povos e das pessoas mostram-nos que estes arranjam maneiras de fazer para enfrentar as dificuldades que lhes surgiram. São também estas “*maneiras de fazer*” que gostaríamos de conhecer.

Desde já, sentimos a necessidade de afirmar a importância do conceito do cuidar no desenvolvimento da nossa pesquisa. Será, pois, um constructo que nos permitirá envolver a entidade imigrantes ucranianos em Portugal e o Sistema de Saúde Português, na tentativa de conferir consistência ao relacionamento destas duas entidades. É neste conceito filosófico emergente do Cuidar, que se constituirá a plataforma em que irá radicar o sentido do nosso trabalho.

Foi este o suporte que nos fez decidir trilhar este percurso, ancorado numa profissão – a Enfermagem – que lhe confere identidade. No entanto, e descentrando o nosso enfoque numa das muitas profissões de cuidadores de saúde, também outras disciplinas como a psicologia, a sociologia, a antropologia e a sociedade civil do planeta se preocuparam com esta questão, desde o político ao legislador.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia-geral das Nações Unidas, a 10 de Dezembro de 1948, influenciou profundamente o curso da história, sendo a defesa dos direitos humanos um movimento sem paralelo e com ampla influência nos serviços de saúde. Os Direitos Humanos regem-se pelo princípio de que a dignidade humana deve ser protegida e respeitada, princípio que supera qualquer benefício proporcionado pela tecnologia.

A acessibilidade aos sistemas de saúde está intimamente ligada a factores políticos, económicos e sociais, onde a dialéctica bem-estar económico leva a um melhor estado de saúde e onde a pobreza favorece a doença.

A vontade política, por vezes, é deficiente na instauração de medidas de justiça social.

Na Conferência d'Alma-Ata (1978), com especial enfoque na protecção e promoção da saúde, a Declaração V refere que:

“os governos têm obrigação de cuidar da saúde dos seus povos, obrigação que só podem cumprir mediante a opção de medidas sanitárias e sociais adequadas... que todos os povos do mundo atinjam no ano 2000 um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”

A OMS (1985), na conferência “Saúde para todos no ano 2000”, na Meta 15, preconiza o seguinte:

“... até 1990 todos os Estados-Membros deveriam ter programas de Educação para a Saúde com a finalidade de dar à população os conhecimentos, as capacidades e as motivações necessárias para a preservação da sua saúde...”

A II Conferência Ministerial sobre Enfermagem, Junho de 2000, realizada em Munique, a Meta 15 enunciava o seguinte:

“... no ano 2010, as pessoas deverão ter melhor acesso aos cuidados de saúde primários orientados para a família e comunidade e suportados por um sistema hospitalar flexível e responsável...”

A Meta 18, da acima citada conferência, referia que:

“... no ano 2010, todos os Estados-membros deverão garantir que os profissionais da saúde e os profissionais de outros sectores terão adquirido conhecimentos, atitudes e perícias para proteger e promover a saúde...”

Portugal, membro da Comunidade Europeia, tem por obrigação conduzir a sua política de acordo com as directivas por ela emanadas. No entanto, os compromissos políticos assumidos em d'Alma-Ata (1978), e em Munique (2000), obrigam à adopção de novas estratégias de desenvolvimento da saúde e o adoptar novos paradigmas. Esta nova postura está descrita na lei de bases da saúde (DL nº 48/90 de 24 de Agosto), (base II, ponto 2):

“... a política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos...”

Foi este o fundamento do nosso estudo, foi neste tecido que nasceram as nossas inquietações, as nossas “primeiras questões de partida”, situa-se neste emaranhado de reflexões a “pedra-de-toque” que nos permitiu constituir a nossa questão de investigação, na sua forma mais hegemónica: “Imigrantes Ucranianos em Portugal e cuidados de saúde: Qual a situação? Que relação?”

Esta questão dita frontal, simultaneamente que nos faz partir: obriga-nos a escolher um método de investigação, a adequar técnicas e procedimentos, a analisar os dados recolhidos, relacioná-los, procurando ajuda em bibliografia pertinente; baliza-nos, pois obriga-nos a estabelecer objectivos, que no caso da nossa pesquisa será descrever quem e como são os imigrantes ucranianos, suas formas de adaptação à sociedade portuguesa, e as relações que se estabeleceram entre estes e os cuidados de saúde, sendo esta uma relação dual entre “quem é cuidado” e “quem cuida”, consideramos importante explorar a relação que se estabelece entre imigrantes ucranianos e profissionais de saúde.

O presente trabalho está organizado em quatro partes que passamos a descrever:

Parte I – aborda os aspectos teóricos que consideramos pertinentes para nos apetrecharmos para a nossa pesquisa de investigação, esta parte constitui *per si* um referencial conceptual que justifica e alimenta o processo de investigação.

Parte II – comporta uma análise de dados sociodemográficos da população ucraniana em Portugal Continental. Achamos conveniente apresentar estes dados num tomo diferenciado, pois, além das fontes consultadas, os dados foram relacionados pelos investigadores. Parte III – no Capítulo I apresentamos o enquadramento conceptual da especificidade da metodologia de investigação, onde descrevemos as nossas opções metodológicas e respectiva fundamentação. É neste capítulo que justificamos a escolha do objecto, da problemática, das questões e objectivos de investigação, onde apresentamos as limitações do estudo, os instrumentos e técnicas utilizadas (a entrevista, a análise de conteúdo, o questionário). Justificamos ainda o *design* de estudo, os espaços onde decorreram a aplicação dos questionários e a caracterização das amostras. No capítulo II

apresentamos os resultados. No capítulo III procedemos à análise e discussão dos resultados com consequente descrição e interpretação dos resultados obtidos, neste capítulo apresentamos ainda as conclusões, onde efectuamos um breve sumário das questões de investigação e dos procedimentos. Finalizamos com sugestões e implicações resultantes da nossa pesquisa, que consideramos prementes a sua concretização no domínio das organizações de saúde, na formação multi-intercultural dos profissionais de saúde, nos suportes sociais. Tendo presente que um percurso de investigação não se conclui em si mesmo, desejamos deixar em aberto novas questões, novos caminhos que sirvam quiçá de futuras perguntas ou mesmo questões de partida.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - GLOBALIZAÇÃO, IMIGRAÇÃO E CIDADANIA

1 – Globalização

Em Portugal, o termo utilizado é globalização. Em Espanha e na América Latina, “*globalización*”. Na França, a palavra é “*mondialisation*”. Na Alemanha refere-se como “*globalisierung*”. A divulgação da palavra por todos os países confirma o carácter global do conceito.

A abertura das fronteiras económicas e financeiras, com as suas necessidades de transpor regiões, as trocas comerciais, o aumento do fluxo de pessoas e materiais, no globo, leva obrigatoriamente à criação de uma nova forma de estar e de ser. Como pensar, viver com esta diversidade?

A explosão das redes de comunicações trouxeram o “longe para o perto”, o “inatingível ao alcance da mão”. Essas redes de comunicação trouxeram, propagandearam ou simplesmente mostraram novas formas de vida, novas formas de estar.

Incontestavelmente, a crescente utilização do termo, do conceito e do processo globalização, deve-se, basicamente, à rapidez do crescimento demográfico a nível mundial. São diversas as fontes que relatam e fundamentam tal facto. Existe também convergência nos dados que apresentam para projecções demográficas. A UNESCO através do seu Institute for Statistics¹ e o World Bank – Statistics².

Os dados do Banco Mundial demonstram o facto referido:

Gráfico 1 - EVOLUÇÃO E PROJEÇÃO DO CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO MUNDIAL



1. Consulta efectuada em www.unesco.org, 28 de Janeiro de 2003, 15h30

2. consulta efectuada em www.worldbank.org, 28 de Janeiro de 2003, 11h07

Assim é visível através da leitura do gráfico, que, embora o crescimento da população mundial seja um facto, é menos acentuado em determinadas áreas definidas pelo Banco Mundial. Delors (1996:32)³:

“... a parte correspondente aos países em desenvolvimento, no conjunto da população mundial, passou de 77% em 1950 para 93% em 1990; no final deste século atingirá os 95%. Nos países industrializados, pelo contrário, o crescimento demográfico ou enfraqueceu ou estagnou totalmente, e a taxa de fecundidade é igual ou inferior aos valores mínimos necessários para ir substituindo as gerações...”

Segundo este autor, o facto de ser um país em desenvolvimento, ou um país industrializado parece ser um factor determinante no crescimento populacional. O que poderá ser uma explicação para o ligeiro abrandamento em determinadas áreas definidas pelo Banco Mundial.

Seitz (1995: 23):

“... quem são os pobres? De acordo com o Banco Mundial, praticamente metade deles vivem na Ásia Meridional (...), enquanto uma parte pequena, mas grandemente desproporcionada, vive em África, a sul do deserto do Sahara. No que concerne a países e regiões, os pobres tendem a estar concentrados em zonas rurais com elevada densidade populacional, tal como a planície do Ganges, na Índia, e a ilha de Java, na Indonésia. Muitos pobres também vivem em áreas com escassos recursos, como as terras montanhosas andinas na América Latina e a região do Sahel, em África. O peso da pobreza em nações menos desenvolvidas recai fortemente em mulheres, crianças e em minorias étnicas...”

Segundo os dados analisados, atrevemo-nos a acrescentar a este autor a população idosa como potencial alvo do peso da pobreza.

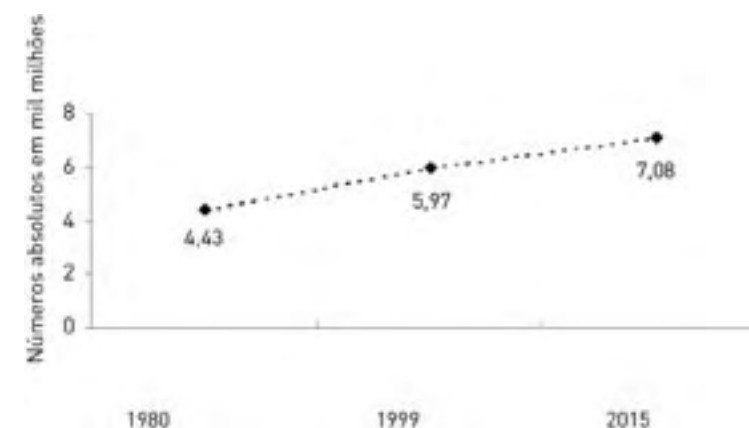
O processo globalização, ainda não integrou – como desenvolvimento sustentado – as variáveis pobreza e riqueza. Os povos vivem em grande assimetria de oportunidades. Será que o processo globalização vai mitigar este fosso? De que forma?

Assim, a evolução e a projecção do crescimento da população mundial descreve-se da seguinte forma: de 4,43 mil milhões de pessoas em 1980, este

3. A fonte utilizada por este autor: Fundo das Nações Unidas para as actividades em Matéria de População (FNUAP) – *Etat de la population mondiale 1993* – Nova Iorque

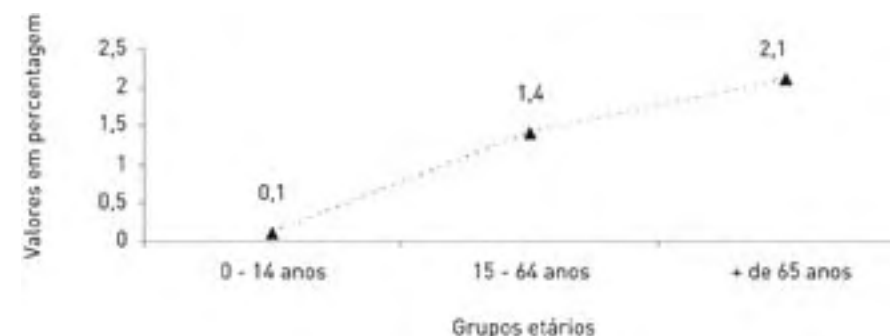
número atingiu os 5,97 mil milhões em 1999 e projecta-se um contínuo aumento, prevendo-se 7,08 mil milhões no ano de 2015⁴.

Gráfico 2 – EVOLUÇÃO E PROECÇÃO DO CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO MUNDIAL



A mesma fonte caracteriza a projecção desse aumento da população mundial da seguinte forma, prevê um aumento de 0.1% no grupo etário dos 0 – 14 anos, 1.4% no grupo etário dos 15 – 64 anos e 2.1% no grupo etário acima dos 65 anos

Gráfico 3 – PROECÇÃO DO CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO MUNDIAL ENTRE OS ANOS DE 1999-2015, POR GRUPO ETÁRIO



Seitz (1995:47):

“... A população mundial está a aumentar. Ninguém ficará espantado com esta frase o que é assustador é a taxa de crescimento e o facto de o crescimento actual não ter precedentes na história da humanidade...”

4. Fonte: www.worldbank.org, 28 de Janeiro de 2003, 11h07

Delors (1996:32) refere, relativamente a este crescimento pronunciado no grupo etário dos maiores de 65 anos:

“...nestes países de fraco crescimento demográfico, a proporção de pessoas com mais de 65 anos subirá em flecha, passando de 12% em 1990 para 16% em 2010 e para 19% em 2025, e o envelhecimento da população não deixará de se reflectir nas formas e no nível de vida, assim como no financiamento das despesas colectivas...”

Sem dúvida que a pressão demográfica, com estas características, leva a alterações no tecido económico, financeiro, político, social, cultural do mundo. Terão que ocorrer novas apropriações, novas organizações, novos territórios, novos códigos para comunicar, para colocar em interacção um mundo com tão grande número de indivíduos.

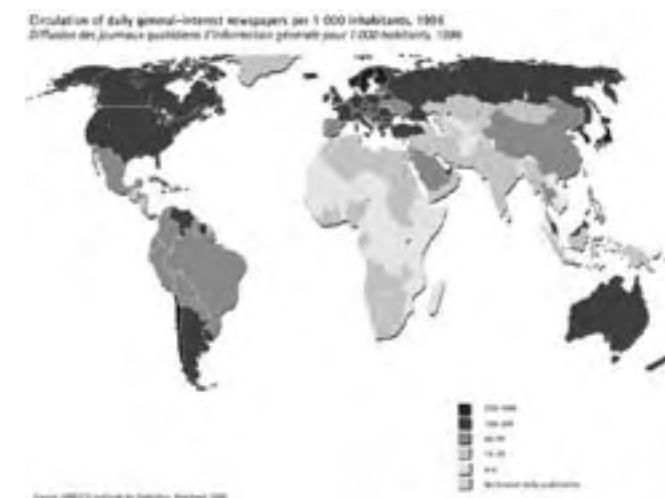
Designou-se essa intenção de globalização.

Hell e outros (1999:16), citado por Castles (2002:132), avançam com uma definição mais precisa de globalização:

“...Um processo (ou conjunto de processos) que incorpora transformações na organização espacial das relações e das transacções sociais – consideradas em termos da sua extensão, da sua intensidade, da sua velocidade e do seu impacte, gerando fluxos transcontinentais ou inter-regionais e redes de actividade, interacção e o exercício do poder...”

Concomitantemente, uma série de outros instrumentos se agilizaram, “aconteceram” e possibilitaram o estreitamento entre os indivíduos. A evolução da tecnologia encurta o tempo e o espaço, cada vez mais os diferentes aspectos da actividade mundial se relacionam e interpenetram, exigindo cada vez mais serem olhados de uma forma holística e sistémica.

Figura 1 – CIRCULAÇÃO DOS JORNAIS DIÁRIOS DE INFORMAÇÃO GERAL POR 1000 HABITANTES - 1996⁵



Esta fonte considera “jornal diário” todo o que emite pelo menos quatro vezes por semana. A actualização da informação, via jornal, é maciça a nível mundial.

Figura 2 – NÚMERO DE RÁDIOS E TELEVISORES POR 1000 HABITANTES - 1997⁶



5. http://portal.unesco.org/uis/ev.php?URL_ID=5022&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201&reload=1043755673, 28 de Janeiro de 2003, 20h45

6. http://portal.unesco.org/uis/ev.php?URL_ID=5023&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201&reload=1043756306, 28 de Janeiro de 2003, 21h00

Desenham-se também no acesso a este tipo de tecnologia de informação diferenças no contexto mundial.

Rodrigues (1994:14) põe em evidência, a necessidade destes dispositivos de informação nesta era de globalização:

“... de dispositivos de informação que põem os cinco continentes em contacto permanente, repercutindo instantaneamente através do planeta, não só os acontecimentos mas, sobretudo, as ideias, os modelos, os estilos e os modos de vida...”

O real faz-se acontecer instantaneamente, é partilhado pela comunidade, a notícia voa, adquire velocidade. Eis-nos informados do Norte a Sul, de Leste a Oeste. Os pontos cardeais actualmente só nos dão sentido, já não conferem distância. Devido a esta velocidade na actualização da circulação de informação, riqueza e pobreza adquirem significados geográficos, tornando apetecíveis ou depreciados determinados sites no globo, motivando ou não, migrações e sentidos de migrações humanas.

Rodrigues (1988:83), sobre a “instantaneidade”, dos media:

“... 20:30 horas – No pequeno ecrã de milhares de lares, ao mesmo tempo, desfilam imagens de metralhadoras, de ruínas e de corpos esfacelados rodeados de poças de sangue. Sucedem-se declarações de líderes políticos conhecidos, de ministros, imagens de representantes das grandes potências. Passa-se a um ataque à mão armada, a greves, a desvios de aviões, à guerrilha algures na América Latina. Mostram-se prodígios técnicos da aventura espacial ou da engenharia genética. Anunciam-se proezas desportivas, a ultrapassagem de recordes. É a hora do real, do eventamental...”

A rapidez da circulação e actualização da informação permite ao ser humano ajuizar quase *in loco* das oportunidades que existem no mundo e optar!...

É difícil ajuizar a especialidade que esteve na base deste movimento. Existe uma tendência “natural” para conotar o movimento globalização com economia e mercados financeiros, no entanto, se não existisse um perfil de “explosão” demográfica, teria ocorrido a expansão económica?

Giddens (1999:21:22) ajuda-nos a esclarecer a nossa questão:

“... O volume das transacções financeiras mundiais é habitualmente medido em dólares americanos. Para a maioria das pessoas, um milhão de dólares é muito dinheiro. Medido em montes de notas de

100 dólares, atinge a altura de vinte centímetros. Um bilião de dólares ou, por outras palavras, um milhar de milhões, ultrapassa em altura a catedral de S. Paulo, em Londres. Um trilião de dólares – um milhão de milhões – ultrapassaria os 193 quilómetros de altura, ou seja, mais de vinte vezes a altitude medida no cimo monte Everest. Mas, actualmente, os mercados financeiros globais movimentam mais de um trilião de dólares por dia. É um aumento maciço em relação aos finais da década de 1980 (...) Porém, creio que nem os cépticos nem os radicais compreenderam inteiramente o que é a globalização ou quais são as suas implicações em relação às nossas vidas. Para ambos os grupos trata-se, antes de tudo, de um fenómeno de natureza económica. O que é um erro. A globalização é política, tecnológica e cultural, além de económica. Acima de tudo, tem sido influenciada pelo progresso nos sistemas de comunicação, registado a partir do final da década de 1960...”

Será possível um fenómeno de carácter global ter uma etiologia particular? O que terá desencadeado a globalização, não será multicausal? O modelo de análise não terá que ter características holísticas e sistémicas?

O rápido crescimento demográfico a que demos especial enfoque, bem como a proliferação dos *mass media*, a degradação do meio ambiente, a pobreza, a violência que existe numa série de países, configuram uma panóplia de problemas que urge resolver; irreversível, a globalização, este é um processo que exige respostas globais. A educação será indiscutivelmente uma dessas respostas.

2 – Migração

A palavra “imigrar” tem origem no latim e formou-se a partir da palavra *immigrare*.

Imigrar é o produto das fronteiras e dos limites entre territórios, que conferem distinção entre origem e destino. Imigrante é o estrangeiro que vem de fora com a intenção de permanecer no nosso país, estimulado por um qualquer ideário que o faz mover-se de um território para outro.

O processo de globalização, mundialização, em que somos actores, facilitou a todos nós a possibilidade de nos dirigirmos a qualquer parte do mundo. O aumento da intensidade do tráfego internacional, nomeadamente os transportes aéreos, permite a troca maciça de pessoas entre países. Há setenta

anos, um avião comercial transportava trinta pessoas, actualmente existem aviões que transportam quinhentas pessoas, aeroportos internacionais por onde se cruzam milhões de pessoas em todo o mundo. Além da facilidade de transpor regiões, aliou-se um outro factor – a rapidez com que nos deslocamos entre regiões.

Ao abordarmos as teorias das migrações deparamo-nos com o modelo de Ravenstein, citado por Rocha-Trindade (1995:73), no qual intervêm as seguintes variáveis: local de origem e de destino, factores de repulsão e de atracção. Segundo este modelo, os fluxos migratórios são no sentido de zonas com fracas oportunidades para outras de oportunidades elevadas.

Everett Lee, citado por Rocha-Trindade (1995:73), que reestrutura o esquema teórico de Ravenstein, considera que, para além do modelo da atracção-repulsão *push-pull theory*, existem obstáculos intervenientes com carácter positivo ou negativo bem como factores de ordem pessoal. Refere como obstáculos intervenientes: a distância para efectuar o acto migratório, as barreiras físicas, as leis imigratórias e os custos dos transportes de pessoas e de bens. Considera como factores pessoais: as alterações no ciclo de vida dos indivíduos e das famílias, as capacidades pessoais como a sensibilidade, a inteligência, os contactos e as informações acerca do meio social do destino.

Nesta altura é consensual, entre os autores clássicos, que são os motivos de ordem económica que despoletam as tomadas de decisões dos indivíduos e dos grupos a efectuar os movimentos migratórios. Os imigrantes aumentavam a quantidade de mão-de-obra produtiva, o que contribuía para a riqueza do país, logo eram considerados como um factor positivo para a melhoria da produção e consequente desenvolvimento. Os autores da escola clássica olharam para a imigração como a solução para os problemas resultantes dos excedentes populacionais como o desemprego, a pobreza; a emigração funciona como agente regulador da economia.

Para a teoria neoclássica, o que desencadeia a imigração é o factor económico, são as variações nos salários entre o destino e a origem que provocam as migrações; é na procura de um melhor vencimento que a migração ganha sentido. Este modelo não tem em conta a dinâmica do processo histórico.

A teoria do capital humano considera que sem o Homem não há riqueza. A educação é fundamental no desenvolvimento dos recursos humanos, a educação escolar e os programas de formação constituem o “capital peda-

gógico”. Segundo esta teoria, o que impele o Homem para a migração é o sentido de investimento: espera o migrante encontrar futuramente a justificação do seu acto no presente. No entanto, todas as teorias referidas não têm em conta as dimensões humanas no fenómeno migratório.

Com a teoria marxista novos conceitos são introduzidos: acumulação primitiva, superpopulação relativa, acumulação e exploração da força de trabalho. Para Marx, a acumulação do capital cresce ao lado da pobreza. O progresso técnico provocado pela industrialização leva ao desemprego. O fenómeno migratório é explicado pela existência de um salário superior no país de destino. Posição semelhante à verificada pelos autores neoclássicos.

As teorias da segmentação do mercado de trabalho vão ao encontro de um modelo de análise que se coaduna com a sociedade contemporânea; procura ter uma visão holística dos motivos que levam à migração; considera factores económicos, demográficos e de funcionamento dos mercados internacionais do trabalho. Para contextualizar as migrações temos que levar em conta as políticas migratórias seja do país de acolhimento seja do país de origem dos migrantes. A configuração institucional é decisiva no fenómeno migratório.

Ramos (1993:561) cita L. Varlez para definir imigrante da seguinte forma:

“... est immigrant toute personne qui quitte son pays pour s’établir à l’étranger, soit d’une manière permanente, soit d’une manière temporaire en vue de satisfaire à des besoins jugés essentiels ...”

2.1 – Portugal emigrante

Ao longo dos tempos, as migrações foram a oportunidade do encontro com o Outro. Estes movimentos de pessoas foram essencialmente de causa económica, são pois movimentos selectivos. A emigração portuguesa é essencialmente, numa primeira fase, uma saída de indivíduos de sexo masculino e só, posteriormente, se concretiza o reagrupamento familiar.

Sem dúvida que nos anos 50 a emigração portuguesa, por exemplo, para França foi significativa. O contexto interno e internacional era propício à migração para os países mais industrializados.

Os movimentos de pessoas entre fronteiras retomaram a sua normalidade. Após o *terminus* da II Guerra Mundial esses movimentos deixaram de ser causados por razões de guerra e passaram a obedecer a razões de ordem

de trabalho. A Alemanha e a França ficaram com as suas economias muito debilitadas, e empenharam-se na reconstrução económica. Para concretizar este empenho era necessário recrutar mão-de-obra nos países onde ela fosse excedentária, pois a mão-de-obra nacional era insuficiente. A guerra tinha provocado muitas baixas e a reconstrução económica absorveu a mão-de-obra disponível, num processo de mobilidade profissional ascendente. Os trabalhadores nacionais ocuparam os postos de trabalho mais qualificados, o que logicamente provocou a carência de mão-de-obra não qualificada. Os países nestas circunstâncias adoptam o papel de recrutadores para colmatar as suas necessidades de mão-de-obra, para assim contribuírem para o crescimento das suas economias. Estes movimentos de pessoas, procuradas essencialmente para desempenharem trabalho não qualificado, eram entendidos como uma utilização de mão-de-obra provisória, pois quando já não fossem necessários seriam devolvidos à origem. Um exemplo flagrante desta política de migração era a seguida pelo governo alemão, que denominava esta mão-de-obra como a de “trabalhadores hóspedes”: seriam bem recebidos enquanto limitados no tempo de estada.

O sentido deste movimento de migrantes tinha como ponto de partida os países do Sul da Europa e do continente africano, e o seu destino eram os países do Centro e Norte europeu. As causas deste movimento eram essencialmente a pobreza e a vontade destes migrantes em melhorar as suas condições de vida.

A partir dos anos 70, Portugal sofre uma série de transformações, que tiveram reflexos na emigração portuguesa. A extensão e a intensificação das migrações é um dos resultados mais importantes da divisão internacional do trabalho, causado pelo desenvolvimento das economias capitalistas. As correntes migratórias passam a depender fortemente das oscilações do mercado. Quando em 1973, se precipita a crise petrolífera que faz “disparar o preço do barril”, os países tradicionalmente ditos de imigração decidem combater a recessão económica com o fecho das fronteiras, deixando de recrutar mão-de-obra e incentivando os trabalhadores estrangeiros a regressar às suas origens. Após 1974, a emigração portuguesa diminuiu devido, por um lado às restrições impostas pelos países de acolhimento, por outro lado, profundas mudanças políticas, sociais e económicas ocorrem em Portugal, no caminho dos processos de democratização. Assim, os destinos da emigração portuguesa mudam nos anos 80 e 90, e os países mais procurados passam a ser a Suíça e o Luxemburgo.

Nenhuma das medidas acima descritas conseguiu, com sucesso, diminuir

o fluxo migratório tiveram, sim, efeitos perversos. A proibição à imigração dentro da legalidade, em vez de diminuí-la, fez aumentar os números da imigração clandestina. O facto de ser clandestina leva a ser apetitosa para empregadores que vêem nesta forma de angariação de mão-de-obra sem direitos, alta fonte de rentabilidade. Os incentivos ao regresso também se goraram, pois o desejo de vingar em terras estranhas era forte. O regresso, sempre adiado, leva ao reagrupamento familiar e ao enraizamento nos países de acolhimento.

Embora tenha diminuído, a migração portuguesa para outros países não desapareceu, pois as desigualdades de salários, de protecção social entre Portugal e os outros Estados-membros ainda são bastantes atractivas para o *pulo*.

2.2 – Portugal imigrante

A citação de Fernando Pessoa aplica-se a esta reflexão “... o que é difícil é *outrar-se*...”.

Nos últimos anos, Portugal, país tradicional de emigrantes, passa a país de imigrantes, torna-se apetecível pelo Outro.

A partir de 1974, com o regresso de portugueses e refugiados das ex-colónias, Portugal sofre uma mudança na construção das suas representações sobre o Outro, repentinamente esse Outro estranho de que se falava, está ali ao alcance da mão, vive connosco e entre nós.

Mescla-se a cultura: cruzamo-nos com cabo-verdianos, angolanos, moçambicanos, guineenses, são-tomenses, indianos, oriundos dos países de Leste, bem como desses circulantes ditos da União Europeia.

Nesta altura perguntamo-nos o que torna Portugal um país atractivo para os imigrantes?

O desenvolvimento económico que temos conseguido sustentar, o aumento da esperança de vida (temos população cada vez mais idosa), por outro lado, cada vez nascem menos portugueses (taxa de natalidade baixa), o que leva a uma pirâmide etária invertida, como consequência não se procede ao renovoamento de quem produz, de quem trabalha, que por sua vez é insuficiente para suportar a restante população não produtiva. Precisamos, pois, de mão-de-obra externa.

As políticas têm que dar enfoque ao conceito de cidadania. O imigrante é um cidadão igual a todos os outros, não pode ser um cidadão amputado, amputado de direitos, amputado de dignidade, amputado de autenticidade, como refere Taylor (1994:50):

“... existe uma determinada maneira de ser humano que é a minha maneira. Sou obrigado a viver a minha vida de acordo com essa maneira, e não imitando a vida de outra pessoa. Se não o fizer, deixo de compreender o significado da minha vida: ser humano deixa de ter significado para mim...”

Devemos fugir da promoção de comunidades de imigrantes fechadas. Temos que fugir da tentação de “fatiar” a comunidade, só percebemos o “ser-comunidade” como um todo, numa visão holística, sistémica, dinâmica e interactiva. Temos que apostar na integração individual do imigrante, como refere Rocha-Trindade (2002:32):

“... é a todos os títulos desejável impedir o enquistamento marginal das pessoas, grupos e comunidades migrantes, de quem se espera a plena capacidade de comunicação com a sociedade envolvente, a total conformidade com as leis em vigor e o respeito dos princípios e valores considerados fundamentais nessa sociedade...”

A problemática da imigração é de tal forma delicada, sensível, que não pode ser experimentada por diferentes enfoques políticos. A imigração não pode ser considerada um espécimen, que bem pinçado entre tenazes politicamente opostas, manuseado, revirado de diferentes ângulos, sobre o qual se pronuncia uma série de leis. Como Rocha-Trindade (2002) propõe, deve ser criada uma plataforma de entendimento interpartidário, que seria construída na base da consensualidade, com o objectivo de partilhar e construir um projecto com objectivos comuns.

3 – Cidadania

Taylor (1994) refere que, quando o reconhecedor tece uma construção social-mental do reconhecido, de uma forma incorrecta, lança sobre o outro que é reconhecido, uma construção identitária incorrecta, que o estigmatiza, que o faz sofrer, que o diminui, que o faz sentir inferior, que o faz sentir não participante. São ricos os exemplos a que o autor recorre, desde os movimentos feministas, passando pelos negros, pelos indígenas e povos colonizados. O denominador comum é, como através do reconhecimento político incorrecto, a projecção de características que os depreciaram, aviltaram ao longo dos tempos, o que, por vezes, levou a uma impregnação destas falsas ideias, ao

ponto de estes reconhecidos reconstruírem uma identidade baseada nestes dados e autoproclamarem-se de inferiores. O respeito perante o outro não será uma deferência social mas uma necessidade humana básica.

Camilleri (1989:383) sobre este assunto:

“... la négativation réfère à l’intériorisation, par le dominé, du discours du dominant. Elle produit l’«identité négative», ensemble des processus par lesquels celui qui occupe la position défavorisée dans la relation asymétrique est porté à se signifier selon les injonctions dépréciatives de l’autre...”

Cidadania exprime uma relação entre o indivíduo e a comunidade política. Ao longo da história, cidadania implica uma combinação de obrigações e privilégios entre o indivíduo e a comunidade política.

Em algumas cidades da Grécia Antiga, a cidadania era reservada a uma pequena minoria da população.

No Império Romano, a cidadania romana era um meio de distinção entre os Romanos e os habitantes dos territórios incorporados no Império.

Na Idade Média, a cidadania era utilizada em alguns Estados-cidades, pelos membros de uma burguesia nascente, com o intuito de contrariarem o poder dos senhores feudais.

No século XVIII, com as revoluções americana e francesa, que marcam a passagem de um estatuto de sujeito (do monarca) ao de cidadão, assim, a cidadania manifesta-se até hoje como a igualdade de estatuto social.

No entanto, a cidadania não é apenas um vínculo jurídico-político do indivíduo com o Estado, a cidadania é também um direito fundamental. Além do usufruto de direitos, direitos civis primeiro (dimensão civil, séc. XVIII), direitos políticos ou cívicos depois (dimensão política, séc. XIX), o direito a um nível de vida (dimensão social, séc. XX), a cidadania implica, nos tempos que decorrem uma dimensão cultural, no sentido de um direito à cultura, como refere Touraine (1992).

O espaço de exercício da cidadania, primordialmente, foi a cidade que congregava um conjunto mais vasto de funções políticas e culturais do que os outros espaços com estatuto diferente. Desempenhava por isso mesmo funções centrais num quadro geográfico, consoante a importância que tinha. Os restantes espaços reorganizavam-se em torno dela, daí o aparecimento

da dicotomia campo e cidade, *campus* e *polis*, rural e urbano, Norte e Sul, cidadão e não-cidadão, estava criada a clivagem.

Centro e periferia, ancestralmente a relação entre cidade e campo ilustra bem este binómio. A primeira é detentora de um conjunto de mais-valias que a servem internamente, e que são alvo de procura a partir do exterior (do campo). Centro é um espaço que impõe um modo de vida que, de forma gradativa, a periferia vai seguindo e adoptando. Todas as sociedades vão modificando os seus “centros” e “periferias”. As fronteiras dos países não são *ad eternum*, são mutáveis, a geografia física: as características do solo e os recursos que dispõem mudam, é normal mudarem. As desigualdades económicas entre espaços são uma realidade. O que leva à importância de uns espaços sobre os outros.

Devido a estes factores - espaços privilegiados - existe uma apetência para grupos económicos se instalarem em locais estrategicamente mais favoráveis, o que se traduz também em termos sociais; é um local onde existe a possibilidade de diferenciação social. O que leva a um grande dinamismo na utilização que se faz deste espaço: a população procura-os para melhor e mais fácil realização, o que leva a permanentes modificações e reapropriações dos espaços de partida e destino; o espaço é assim permanentemente reestruturado, Giddens (2000).

Esta reflexão permite-nos chegar a outra premissa: os espaços anteriormente referidos complementam-se, nenhum deles se explica isoladamente, cada espaço é o resultado de uma conjugação entre a sua própria dinâmica com as dinâmicas que lhe são exteriores. Qualquer destes espaços não se basta a si mesmo; as diferenças que apresentam, na realidade, constituem um todo em interacção constante; centro e periferia só se explicam enquanto processo, enquanto em interacção.

Quem confere cidadania é o Estado-nação. Cidadão será alguém que pertence a uma comunidade nacional. O sentido de pertença tem a ver com partilha de características comuns no seio de uma comunidade. Nesta perspectiva, centro e periferia são analisados de uma forma estática.

Castles (2000) introduz o conceito de múltiplas pertenças, cidadania deixa de ser exclusiva de uma determinada comunidade, cidadania é extensível a várias comunidades. Neste mundo globalizado e globalizante deixou de fazer sentido ligar cidadania a um Estado-nação através de uma relação umbilical de pertença, mas segundo este autor, o conceito de cidadania é

extensível a várias nacionalidades. Nesta perspectiva, centro e periferia são analisados de uma forma dinâmica.

Cidadania deixa de estar justificada por uma nacionalidade, mas fundamenta-se numa transnacionalidade. Um dos veículos desta prática são os movimentos migrantes, que levam a um reconfigurar das noções de cidadania. A globalização, o avanço tecnológico, se provocam para alguns o crescimento da riqueza, são responsáveis também por assimetrias com particular incidência nas condições de vida dos indivíduos.

A instabilidade dos mercados financeiros tem um impacto muito negativo na manutenção dos direitos de cidadania, principalmente nos países pobres. Os efeitos destas desigualdades de direitos e liberdades básicas estão a ter impacto quer nos países ricos quer nos países pobres. Assim, num contexto de globalização, os Estados não podem de forma convincente garantir a segurança dos direitos dos seus cidadãos se não considerarem os direitos dos indivíduos de outras comunidades.

Como refere Soysal (1994), ao falar na experiência dos trabalhadores-convidados, indivíduos que vivem e trabalham em países estrangeiros sem adquirirem o estatuto de cidadãos, isto a nível da Comunidade Europeia. Para esta autora, a importância dos Direitos Humanos representa que os benefícios da cidadania se estão a tornar menos importantes, já que as organizações que representam estes trabalhadores conseguiram garantir-lhes a extensão de direitos civis e sociais. Assim, a cidadania fica usufruto quer dos cidadãos quer para os não-cidadãos, já que todos têm os mesmos direitos. Também esta autora advoga que a pertença deve transbordar o nacional e criar uma plataforma transnacional, centrada mais na pessoa do que na cidadania.

Embora seja uma forma prática e de algum imediatismo, a opinião da autora, acima transcrita, contempla direitos civis e sociais, não contempla direitos políticos, serão pois cidadãos passivos, não há reciprocidade de obrigações.

Somos cidadãos de um determinado Estado, o conceito de cidadania reporta-se àquele Estado, o quadro de direitos e deveres configurado por aquele Estado só é accionado naquele Estado, o lógico seria que o conceito de cidadania fizesse parte intrinsecamente do utilizador, ou seja, independentemente do Estado, o portador seria cidadão.

CAPÍTULO II – MIGRAÇÃO E SOCIEDADE RECEPTORA

As primeiras reflexões efectuadas sobre a inserção de imigrantes nas sociedades receptoras estão imbuídas de tendências nacionalistas e busca por uma identidade, e surgem pela necessidade de diferenciação por parte do povo americano. Este movimento ocorre sob os paradigmas sociais dominantes na Europa no séc. XIX.

É precisamente nos EUA, com a sua tendência nacionalista, que se opõe o *anglo-conformismo* ao *melting-pot*, ideologias estas responsáveis pela divulgação dos conceitos de adaptação e assimilação dos imigrantes nas sociedades receptoras. A diversidade étnica transportada pelos imigrantes, é encarada como uma ameaça aos defensores e construtores de uma política nacionalista, fundamental para a construção de um Estado Nação. No início do séc. XX, nos EUA, era este o enfoque político, a uniformização, uma tentativa de homogeneização das diversas culturas, na procura de uma apropriação, uma reconstrução de uma cultura comum, para aí assentar uma nova sociedade. Sem dúvida que numa forma básica terá sido esta tentativa de uniformização uma das causas da Guerra da Secessão.

Para os colonos da América do Norte, a importância da construção de uma identidade, dita própria e única, era necessária e condição premente para a diferenciação de uma cultura dita Europeia. Esta demarcação do modelo *anglo-conformista* leva à criação do modelo *melting-pot*, a reacção ao moldar, impõe o conceito de fusão entre diferentes grupos étnicos. O *melting-pot* enunciava a distinção da cultura europeia, tendo somente herdado os seus melhores atributos. Dessa fusão “nasceu” o americano. Era necessário que o vindouro para a sociedade receptora permitisse a sua adaptação e assimilação à cultura vigente.

Este etnocentrismo, este ideal monocultural é colocado em causa por uma forma de estar que Olha para a sociedade de uma forma holística, em que o todo não se limita a ser o somatório das partes. Contempla também a interacção entre as partes na construção desse todo. Nasce assim a denominada corrente da Escola de Chicago, defensora de que o equilíbrio entre os membros e o sistema em que estes interagiam dependia da adaptação entre as necessidades do sistema e a aspirações dos indivíduos, Rocha-Trindade (1995).

Em 1871, após o incêndio de Chicago, inicia-se a reconstrução da cidade. O tecido urbano pretende-se reapropriado de novos conceitos. Esta construção da polis transforma-se num enorme laboratório social. Pela primei-

ra vez fala-se em ecologia humana. É assente neste constructo que surge a corrente denominada Escola de Chicago, que estuda a desestruturação causada pela imigração para as grandes cidades.

Rocha-Trindade (1995: 96) refere:

“... é notória a influência exercida por Durkheim no trabalho de Thomas e Znaniecki; a causa dos comportamentos desviados de Chicago estava associada a um processo de desintegração dos mecanismos de coerção social...”

A mesma autora considera que Thomas e Znaniecki estudam os conceitos de desorganização e reorganização social, através do estudo do percurso de integração do indivíduo na família e na sociedade; segundo Thomas e Znaniecki, a desorganização social resulta de uma mudança rápida, sendo a imigração um reflexo dessa desorganização na sociedade de origem – a sociedade polaca foi o objecto de estudo destes investigadores. A reorganização na sociedade-destino implica a integração nesta. Na opinião destes autores, os imigrantes devem aprender a língua, a história, os valores da sociedade-receptora com o objectivo de construírem uma plataforma que lhes permita o diálogo cultural; seria como uma socialização no tecido cultural da sociedade destino. Esta abordagem é contrária à das práticas assimilacionistas, segundo as quais os imigrantes “despiam-se” dos seus valores, cultura, em troca dos valores e cultura da sociedade-receptora.

Rocha-Trindade (1995: 96) considera que Park centra os seus estudos nos processos de desorganização e reorganização, descreve e hierarquiza de forma ascendente quatro fases: fase da rivalidade; seguindo-se a fase do conflito; posteriormente, a fase da adaptação; e terminando na fase da assimilação. Importante para este autor o factor tempo, na medida em que era com o decorrer deste que as diferenças entre a população imigrante e a população nativa se diluía. Rocha-Trindade (1995: 96) refere a forma como Park define a fase da assimilação:

“... o processo de assimilação era inicialmente marcado por uma competição institucionalizada pelos recursos (emprego, habitação, espaço), e passava, numa fase posterior, pela adaptação e pela adopção de elementos de ordem social e cultural (língua, costumes, valores, alimentação), culminando com o abandono das práticas e usos originais, em favor dos valores e normas da maioria...”

A corrente de pensamento da Escola de Chicago permitiu equacionar uma política de assimilação que se iniciou nos EUA, o modelo de Park estabelece

uma ligação entre os conceitos de assimilação e cooperação, necessários à explicação de fenómenos sociais emergentes relacionados com os imigrantes, como sejam os representados por determinados grupos de imigrantes que procuram construir a sua identidade com valores, tradições da sociedade origem.

Rocha-Trindade (1995:99):

“... ao longo dos anos 60 e 70, foi possível constatar que muitos grupos de imigrantes (descendentes da segunda e terceira geração) não só não se poderiam considerar assimilados como, ao invés, manifestavam interesse em recuperar as tradições e as normas culturais dos seus antepassados...”

Durkheim, referido por Boudon (1995), considera que o processo de integração é um processo moroso, que os resultados só se começam a tornar visíveis na segunda geração. Distingue assimilação, como o processo em que ocorre absorção de cultura, do processo de integração, em que o imigrante participa activamente nas estruturas sociais existentes da sociedade receptora.

Boudon (1995) refere que Parsons se demarca das ideias desenvolvidas pela Escola de Chicago ao referir a estrutura do sistema social como um modelo institucionalizado de cultura normativa; estrutura que integra elementos do sistema cultural (valores) e elementos do sistema social (normas). Seria através do sistema social, normativo, que se processava a integração dos imigrantes na sociedade receptora.

Em situação de *não ajustamento* era o carácter normativo que permitia o decurso do processo de integração. No entanto, a abordagem de Parsons não avança explicações para fenómenos de forte etnicidade em determinados grupos de imigrantes no seio de algumas sociedades.

Surge, assim, a necessidade de dar enfoque à importância do factor etnicidade, na construção do conceito de “cultura emergente”, como refere Rocha-Trindade (1995:100):

“... cada grupo, ao interagir com outro, sofre uma alteração dos valores e normas originais, produzindo mudanças sociais e culturais na sociedade global de cada vez que se regista uma nova entrada e incorporação de diferentes grupos de imigrantes. Assim, um italiano torna-se num italo-americano, um alemão um germano-americano, e assim sucessivamente. Por outro lado, cada um destes grupos distingue-se,

não só entre si, como em relação ao grupo de que originalmente descende, de tal forma que um sino-americano se distingue de um chinês, um italo-americano de um italiano, etc...”

Estes autores ao referirem-se à cultura norte-americana como uma cultura emergente são questionados pelo sistemático e persistente sentido de etnicidade de determinados grupos de imigrantes nas sociedades receptoras, os quais se negavam a participar na construção do conceito de cultura emergente.

O grau de adaptação de uma cultura depende da construção de um equilíbrio social e emocional, bem como a aceitação das normas sociais vigentes na sociedade receptora. Rocha-Trindade (1995:102):

“... o conceito chave assenta na “capacidade de cooperar”, cooperação essa que deve basear-se no estabelecimento de um compromisso entre os desejos individuais e os requisitos sociais, numa estrutura fluida e em permanente mudança, exercendo sobre os migrantes, pressões dos mais variados tipos. A estes constrangimentos, os grupos respondem de forma igualmente divergente, segundo as características individuais, demográficas, económicas e sociais, bem como em função da história e da experiência do grupo a que pertencem...”

CAPÍTULO III – ACULTURAÇÃO

1. Definição de enculturação e aculturação

Tendo presente a definição do processo de aculturação, que refere o contacto directo como condição necessária para ocorrer aculturação, não podemos deixar de referir que os indivíduos da sociedade receptora também podem ser sujeitos a processos de aculturação, no entanto, a intencionalidade do nosso estudo é dirigida para com os imigrantes.

Existem dois conceitos que pela sua semelhança gráfica e fonética poderão induzir em algum erro, importante pois clarificá-los – enculturação e aculturação.

Enculturação é a mudança provocada nos indivíduos no seu próprio contexto cultural. Sobre este assunto Camilleri (1989: 28):

“... on appelle enculturation (ou «endoculturation») l’ensemble des processus conduisant à l’appropriation par l’individu de la culture de son groupe...”

Clanet (1990:71) define da seguinte forma este processo:

“... l’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...”

Enquanto aculturação, resulta do contacto directo e contínuo de duas culturas diferentes. As condições necessárias para se iniciar um processo de aculturação é a presença de pelo menos duas culturas e que se estabeleça contacto directo e contínuo entre elas.

Camilleri (1989:29) cita a Social Science Research Council de 1936, acerca da definição desta organização sobre o conceito de aculturação:

“... l’ensemble des phénomènes résultant du contac direct et continu entre des groupes d’individus de cultures différents, avec des changements subséquents dans les types de culture originaux de l’un ou des deux groupes...”

Ramos (1993) define aculturação como um modo de mudança cultural provocada pelo contacto entre culturas. Ramos (1993:562) refere que para estes autores (Redfield, Linton e Herskovits):

“... l’acculturation constitue l’ensemble des changements culturels résultant des contacts continus et directs entre deux groupes culturels indépendants...”

Também Clanet (1990:71) enuncia aculturação de uma forma muito semelhante aos autores supracitados:

“... 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 ...”

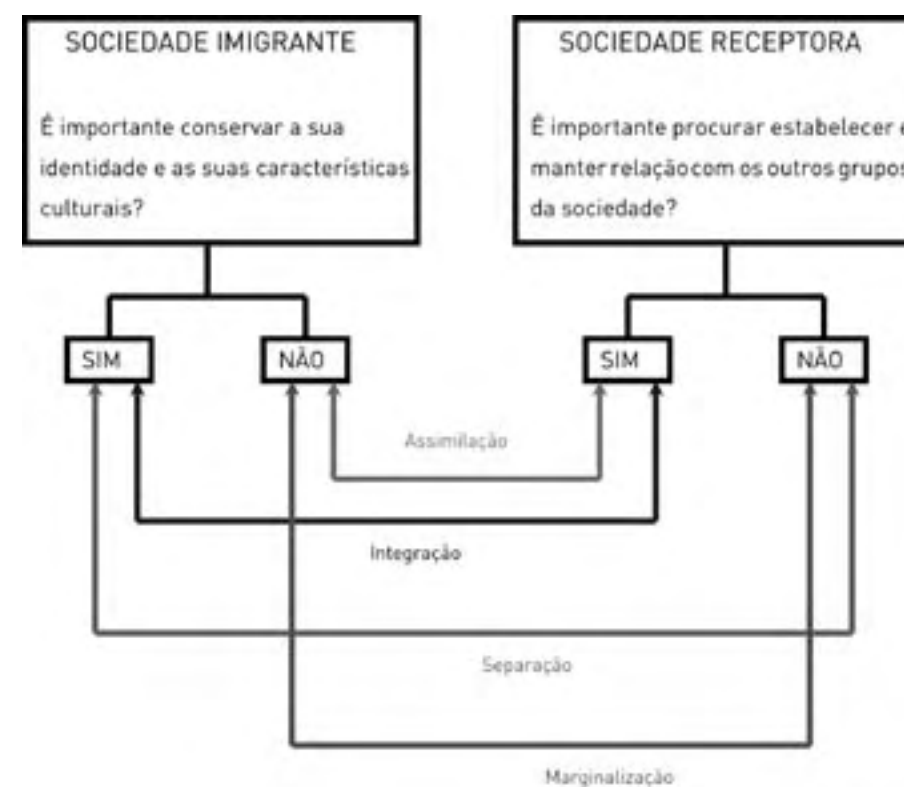
2. Modos de aculturação

Na aculturação existe uma configuração própria de este processo suceder ou acontecer. É possível pois sucederem diferentes modos de aculturação. Ramos (1993:565) refere J. Berry, na medida em que este autor enuncia quatro modos de aculturação:

“... cet auteur parle d’assimilation lorsque l’individu abandonne son identité culturelle au profit de celle du groupe dominant, de separation quand l’individu essaie de préserver son identité culturelle sans chercher à établir des relations avec la communauté dominante, de marginalisation quand le groupe dominant entrave l’établissement des relations et oblige le groupe dominé à conserver ses particularités culturelles et d’intégration lorsqu’il y a un maintien partiel des caractéristiques et de l’intégrité culturelle du groupe ethnique avec une participation plus ou moins active des individus dans la société nouvelle...”

Neto (1993:89) permite esquematizar estes modos de aculturação, dando enfoque a uma abordagem multilinear, descreve um modelo algo dicotómico:

Quadro 1 – RELAÇÃO ENTRE SOCIEDADE IMIGRANTE E SOCIEDADE RECEPTORA



O mesmo autor distingue ainda entre Separação e Segregação; quando o grupo dominante exerce poder no sentido de obrigar o grupo “*não-dominante*” a manter as suas características culturais, aplica-se o conceito de segregação.

Embora seja um esquema, esta forma de apresentar os modos de aculturação ajuda-nos a racionalizar as possíveis interações entre modos. Neto (1993:89), sobre a forma esquemática:

“... este modelo, embora baseado em respostas a questões concretas, deve ser encarado como um ideal, pois estes quatro protótipos não são susceptíveis de se encontrar numa forma pura em qualquer situação do relacionamento intercultural...”

Neto (1993) refere através do recurso a um exemplo de uma família portuguesa que emigrara para França, em como estes modos de aculturação podem estar em estádios diferentes consoante o grau e a forma como o membro da família está envolvido com a sociedade receptora.

Os modos de aculturação permitem uma série de “nuances” entre os diferentes modos, assim como interações e consoante o contexto a utilização pelo sujeito imigrante de um dos modos. Relativamente a este assunto Camilleri (1989: 30):

“... on observe une quantité de positionnements différents, qui se traduisent par des «manipulations» diverses des codes de l’une et l’autre culture...”

Sobre a adaptação da cultura do imigrante à cultura da sociedade receptora, Ramos (1993:561) refere:

“... l’immigration n’est pas simplement synonyme de rencontre culturelle puisqu’elle implique une certaine forme d’adaptation sociale à la culture d’accueil, à un milieu nouveau, inconnu ou hostile. Cette adaptation va dépendre de facteurs multiples en relation avec des aspects spécifiques de l’acculturation...”

3. Aculturação psicológica

A aculturação psicológica ocorre a nível individual, quando o imigrante experiencia mudanças devido ao facto de estar em contacto com outras culturas (em aculturação) e, por sua vez, de também ele ser actor do processo de aculturação a que o seu grupo cultural está sujeito.

Ramos (1993:562) refere que estas mudanças ocorrem a diversos níveis:

“... a migração implica mudanças no espaço geográfico, corporal e semiótico. Essas mudanças são diversas e podem agrupar-se da seguinte forma: as mudanças físicas, nomeadamente um novo ambiente, um novo habitat; as mudanças biológicas com uma nova alimentação, novas doenças, mestiçagem, etc ...; as mudanças sociais com as novas relações inter individuais e intergrupais; as mudanças culturais como a educação, a língua, a religião, são modificadas pela cultura de acolhimento; as mudanças políticas (perda de autonomia, etc ...), enfim, as mudanças psicológicas ao nível das motivações, das atitudes, da identidade individual e étnica...”⁷.

7. Tradução do autor.

Neto (1993) refere que o processo de aculturação psicológica a que o indivíduo é sujeito resulta das influências culturais externas, devido precisamente ao contacto com uma nova cultura (processo de aculturação) e dos resultados desse mesmo processo, ou seja, o próprio sistema social e cultural mudado, “... nível populacional...”. O mesmo autor acrescenta factores que determina a “... nível individual...” como sejam as características intrínsecas aos indivíduos “...a criatividade...”, antes do processo de aculturação psicológica, bem como as características psicológicas dos indivíduos modificados.

O imigrante no processo de aculturação é sujeito duplamente a duas forças, uma no sentido das influências do processo de aculturação, outra no sentido em que ele próprio – imigrante – é actor participante e participado no dito processo de aculturação.

4. Stresse de aculturação

O termo stresse provém do latim, da forma verbal, stringo, stringere, strinxi, strictum que tem como significado *apertar, comprimir, restringir*. Na língua inglesa a expressão existe desde o séc. XIV, e pretendia referir-se a uma pressão, no séc. XIX o conceito abarca o conjunto de pressões que se exercem sobre o aspecto físico e psíquico dos indivíduos. Serra (1999:13) cita Lazarus para definir stresse:

“... o stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia...”

O stresse representa um estado físico e psíquico que reage a estímulos do meio ambiente, com o objectivo de obter uma adaptação satisfatória à situação desencadeante, é assim que Neto (1993), define stresse.

Nem todo o stresse é prejudicial, num nível mediano poderá ter uma função de preparação e alerta para reagir dentro de um padrão saudável aos estímulos stressores. Em níveis elevados, o stresse, é passível de ser causador de distúrbios patológicos.

Serra (1999:18), sobre o limiar de stresse:

“... uma pessoa está em stress quando sente que o grau de exigência que dada circunstância lhe cria é superior à sua capacidade de resposta, ou seja, aos meios de que dispõe (pessoais ou sociais) para a ultrapassar com êxito...”

Helman (1994:247), refere como factor stressante, a influência real – seja física, psicológica ou sociocultural – que está na origem da produção do estímulo stressante. Serra (1999:28) ressalva que existe uma relação inversamente proporcional entre a intensidade do stress e o apoio social a que o indivíduo tem acesso, a forma como mobiliza e acede ao apoio social; assim mitiga a intensidade do *stress*.

Ogden (1999:268) define apoio social como:

“... consolo, cuidados, estima ou ajuda que um indivíduo sente estar a receber de outros...”

A mesma autora, avança com duas explicações para o processo do apoio social na ligação stress–doença:

1. O apoio social como principal actor - a presença de apoio social diminui os efeitos dos agentes stressores e a sua ausência tem uma acção *per si* de stressor.
2. O apoio social como mediador – ajuda os indivíduos a reagirem aos agentes stressores, o apoio social interfere na apreciação que o indivíduo efectua acerca do agente stressor mitigando a relação stress–doença.

Ogden (1999:270) ilustra estas suas afirmações recorrendo ao estudo levado a cabo por Schwarzer e col., que relacionaram apoio social e saúde. Chegaram à conclusão que o stress (no caso deste estudo, o agente stressor era o desemprego) estava relacionado com o estado de saúde, e que esta relação era mediada pelo apoio social. A doença era maior nos desempregados que tinham baixo apoio social, mais, os resultados sugeriam que o apoio social, além de ter uma acção de mediação, também se relaciona com a situação de emprego, porque os indivíduos recebem também apoio social dos colegas de trabalho.

O stress de aculturação será uma forma de stress motivada pelo próprio processo de aculturação, ou seja, a vivência com que um migrante reage ao facto de estar em contacto directo e contínuo com uma cultura diferente da sua, e ele próprio ser actor desse processo de aculturação.

Ramos (1993:563;564) sobre este assunto:

“... os processos migratórios como capazes de igualmente desenvolverem o dinamismo e a criatividade do indivíduo como de provocarem um disfuncionamento, uma regressão, uma inibição, ou mesmo

*a doença. Aliás, numerosos estudos fizeram a relação entre saúde mental e migração (...) as numerosas mudanças implicadas nos processos migratórios obrigam o indivíduo a atravessar várias crises de identidade com os ajustamentos sucessivos de personalidade...”*⁸

Os acontecimentos marcantes na vida, são factores de stress, os anglo-saxónicos utilizam o termo *major life events*, para se referirem a estes marcos no percurso de vida dos indivíduos.

Serra (1999:35) avalia estes acontecimentos significativos da seguinte forma:

“... podem determinar uma alteração do estilo de vida do indivíduo, na medida em que por vezes obrigam a uma modificação de hábitos, de padrões de actividade e de relações sociais...”

Neto (1993:93) refere como sintomatologia do stress de aculturação:

“... o stress de aculturação (...) manifesta-se por problemas de saúde mental (confusão, depressão, angústia, etc.), sentimentos de marginalidade e de alienação, aumento do nível de sintomas psicossomáticos e dificuldades identificatórias...”

Existe uma relação entre stress de aculturação e doença, Ramos (1993) e Neto (1993). Os factores que medeiam as relações entre aculturação e stress–doença, são como refere Ramos (1993:564):

*“... as relações entre aculturação e stress são influenciadas por um conjunto de factores: as características sociodemográficas e psicológicas do indivíduo, as particularidades da sociedade dominante: os tipos de grupos de aculturação e os modos de aculturação...”*⁹

Neto (1993:94) aponta como factores: a natureza da sociedade dominante se possui características pluriculturais ou monoculturais, ou seja, se possui um marcado sentido etnocentrista ou aberto a novas culturas; os atributos do grupo em aculturação, se são imigrantes ou refugiados, sendo muito mais marcante a existência de estímulos de stress nos grupos de refugiados; a forma como o processo de aculturação se desenrola, desde a integração, modo de aculturação menos sujeito a agentes stressores, acabando no outro extremo, a marginalização, situação de aculturação geradora de níveis elevados de stress, passando pelos níveis intermédios, assimilação e separação com implicações gradativas na exposição a situações geradoras de stress; a idade, o género, o apoio social são características demográficas e sociais do

8. Tradução do autor.

9. Tradução do autor.

indivíduo que interferem com os níveis de stresse de aculturação e, por fim, as características psicológicas do indivíduo, as suas atitudes, os seus valores, a sua identidade, estratégias de *coping*.

Ambos os autores Ramos (1993) e Neto (1993), referem como fonte Berry et al (1987) para se documentarem sobre os factores que influenciam as relações entre stresse e aculturação.

5. Etapas migratórias

Sylvie Gravel fala de *phases migratoires*.

Além dos modos de aculturação que obedecem a uma configuração, que embora necessária se reveste de alguma rigidez, os profissionais de saúde quando prestam cuidados de saúde necessitam de instrumentos de avaliação que lhes permitam ajuizar com rapidez e eficácia o imigrante que necessita de cuidados de saúde; é pois imprescindível o conhecimento das diversas fases por que atravessa o imigrante quando chega à sociedade de acolhimento. Optámos por esta autora porque na nossa opinião alia simplicidade e eficácia à avaliação do imigrante, com a vantagem de esta autora operacionalizar esta avaliação, Gravel (2000:2):

Quadro 2 – FASES MIGRATÓRIAS¹⁰

Fases	Nome das fases	Características das fases
1	Emigração	Circunstâncias motivantes da partida, necessidade ou escolha? Ruptura afectiva, física e cultural
2	Transição física, instalação	Dificuldades práticas: habitação, lugares, espaços... Contactos raros, superficiais e formais com a sociedade de acolhimento.
3	Absorção das diferenças sociais	Choque cultural: trabalho, habitação, educação, etc... Aprendizagem de novas profissões, de novos valores Risco para a saúde física e mental
4	Adaptação	Adaptação de comportamentos Desmistificação da sociedade de acolhimento
5	Integração	Adaptação ou não de comportamentos facilitadores de integração Consciência da distância frente a frente da cultura do país de origem Enraizamento das crianças, conflitos intergeracionais Consciência do carácter definitivo da sua escolha

10. Tradução do autor.

CAPÍTULO IV – CONCEITOS DE SAÚDE E DE DOENÇA

No decorrer da nossa fundamentação teórica, do nosso enquadramento conceptual, temos recorrido aos conceitos de saúde e doença. De uma forma natural, são conceitos que ressaltam do exercício de uma *praxis*; estão construídos como saberes advindos da acção. Conseguimos ilustrar com o nosso desempenho profissional uma série de situações que justificam os conceitos de saúde e doença. Achamos, no entanto, que seria importante no decurso da nossa pesquisa a documentação conceptual de tais conceitos.

1. Breve abordagem histórica das práticas dos cuidados de saúde

As práticas dos cuidados de saúde são ancestrais, remontam a necessidades a que urgia dar resposta. A prática dos cuidados de saúde surge das práticas de vida, como refere Collière (1989:25:27):

“... com a alimentação a que está ligada é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo (...) a espécie humana não poderia subtrair-se a estas práticas muitas vezes milenárias: os cuidados são a garantia directa da continuidade da vida do grupo, da espécie Homo (...) desde que surgiu a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer...”

Collière (1989), Ferreira (1990), Stanhope (1999), referem que as práticas dos cuidados de saúde actuais do mundo ocidental são o resultado das práticas dos cuidados ao longo de milhares de anos. Essa construção milenar desemboca nas actuais práticas e representações dos cuidados de saúde. Stanhope (1999:4) confere um carácter universalista e intrínseco à consciência dos estados de saúde e de doença:

“... as pessoas sempre se preocuparam com os acontecimentos relacionados com o nascimento, a morte e a doença. Com poucas excepções, as tribos primitivas tinham um certo grau de espírito colectivo e um sentido de higiene...”

De uma forma natural, porque necessária, os povos procuravam as causas, os agentes das doenças que os poderiam molestar. Sendo, porém, pouco eficaz a sua intervenção por associarem estes fenómenos a causas sobrenaturais, explicados por sistemas de crenças, lendas, mitos e ritos mágicos.

Relativamente a este recorrer a explicações a causas sobrenaturais para explicar os fenómenos de saúde e de doença, Ferreira (1990:15) considera que,

além de existirem num passado longínquo, chegaram aos nossos dias e são marcantes nos processos terapêuticos das pessoas e das comunidades:

“... a influência destas formas de pensar foi tão profunda e ficou tão vincada na formação cultural dos grupos humanos que continuou a fazer-se sentir geração após geração, embora atenuando-se ligeiramente nas manifestações mais primitivas com os novos conhecimentos racionais acumulados. As suas reminiscências chegaram até aos nossos dias, estando longe de desaparecer no mundo contemporâneo, mesmo nos grupos mais evoluídos das populações urbanas, onde com frequência muitas pessoas as lembram e praticam...”

A construção de um pensamento antinómico, que passou a influenciar as práticas dos cuidados, gerou-se quando desponta um pensamento dialéctico que opõe e designa as forças portadoras do Bem (saúde) e as do Mal (doença-Morte), como enuncia Collière (1989:27):

“... o Mal, o que provoca mal-estar para o separar do Bem, isto é, de tudo o que faz viver, que isola para analisar e compreender o que é entendido como maléfico, como gerador da morte, que uma destas orientações prevalece sobre a outra, a ponto de a negar e de tentar destruí-la ...”

Na Babilónia era atribuído o pecado como causa da doença, bem como ter falhado na adoração aos seus deuses, daí a doença surgir como um castigo. As pessoas doentes eram socialmente olhadas como pecadoras, o local de eleição para resolver a sua situação seriam os templos religiosos, onde se procedia à purificação destes doentes. Estes templos transformaram-se em locais de prestação de cuidados de saúde. Existia já em embrião algo que provavelmente deu origem à saúde pública actual; existia o hábito de procurar para os doentes os conselhos gratuitos de outras pessoas, Heródoto citado por Ferreira (1990:25:26):

“... quando um homem adoece, colocam-no numa praça pública e as pessoas que passam vão junto dele, e se elas próprias tiveram essa doença ou têm conhecimento de alguém que tenha sofrido dela, dão-lhe conselhos, recomendando-lhe que faça o que elas encontraram bom no seu próprio caso ou nos casos que conhecem; e a ninguém é permitido passar junto da pessoa doente em silêncio, sem lhe perguntar do que é que sofre...”

Os Babilónios deram especial enfoque à higiene e utilizavam alguns medicamentos para o exercício das suas práticas.

A prática religiosa da mumificação por parte dos Egípcios, permitiu que estes desenvolvessem um conhecimento sobre a anatomia humana, passaram a basear a sua intervenção em dados advindos da observação empírica, em detrimento da magia e do sobrenatural. O embalsamamento dos mortos permitiu-lhes desenvolver e sistematizar alguns preparados farmacológicos com aplicação nas doenças. Cerca de 1500 (anos AC) havia já seis livros constituídos por textos que vinham de longe e condensavam toda a ciência médica egípcia.

Os Gregos deram especial atenção à higiene pessoal, exercício, dieta e saneamento. A primeira referência a uma doença transmissível encontra-se relatada na literatura grega, e relata um processo de fortes dores na garganta que acabaram por levar à morte. *Kynanche* é a palavra Grega que indica processos inflamatórios da garganta e referia-se provavelmente ao que nos dias de hoje é conhecido como difteria.

Os Gregos atribuíam ao deus Apolo a função de protector da saúde. Apolo foi simultaneamente o deus da medicina, do canto, da música, da poesia, da paz e do direito, seria no entanto Esculápio, descendente de Apolo o príncipe da medicina, que chega aos nossos dias simbolizado num jovem com um cajado em que se enrola uma serpente, o símbolo da saúde. Os antigos Gregos concebiam a pessoa em harmonia íntima com a natureza. Os cuidados de saúde seriam uma responsabilidade social. É nesta altura que surge o celebre juramento hipocrático, como código ético para a prestação dos cuidados de saúde. Hipócrates relaciona a saúde com o equilíbrio dos indivíduos e o seu ambiente, Ferreira (1990) e Stanhope (1999).

Os Romanos olhavam para a medicina numa perspectiva de saúde pública, fomentando a drenagem de pântanos, o estabelecimento de sistemas de esgotos, o fornecimento de água potável, a supervisão da limpeza das ruas e castigavam a negligência. Cláudio Galeno (131 D.C.), importante médico romano, pretendeu dar continuidade aos ensinamentos de Hipócrates, que correlacionava os quatro elementos: terra, água, fogo e ar, formadores dos corpos, com os quatro elementos líquidos ou humores: sangue, bílis, pituita e atrabílis. Em fisiologia entendia que os organismos são regidos por três tipos de espíritos: os espíritos naturais alojados no fígado, responsáveis pela nutrição e desenvolvimento; os espíritos vitais residentes no coração, que comandavam os movimentos involuntários e as paixões; e os espíritos animais alocados no sistema nervoso, que regem os movimentos voluntários e o intelecto. As doenças serão a resultante do desequilíbrio entre os elementos básicos ou entre os espíritos; o equilíbrio é conseguido com a terapêutica.

A Idade Média é dominada por alguma superstição. As cidades cresciam, no entanto, era necessário serem muradas para se defenderem de invasores hostis. O crescimento populacional entre muros levou a alguma superpopulação pondo em risco as condições sanitárias e de higiene. Fornecimento de água insuficiente e a acumulação dos lixos nas ruas foram condições excelentes para a proliferação das doenças contagiosas como a difteria, a varíola, o sarampo e a peste bubónica.

A antiga Igreja Cristã era da opinião que os Gregos e os Romanos valorizavam excessivamente o corpo em detrimento da alma. Esta forma de olhar o Homem vai influenciar a prática dos cuidados de saúde. A doença é o castigo divino provocado pelo pecado. Um regresso ao pensamento supersticioso e ao misticismo. Originaram-se perseguições às ideias novas, era imoral olhar para o corpo, para os seus próprios corpos, as pessoas poucas vezes tomavam banho e usavam as roupas sujas. No entanto data desta altura o desenvolvimento de hospitais destinados aos pobres e abandonados, Stanhope (1999), Ferreira (1990) e Crespo (1990).

O Renascimento com as suas novas aquisições nos mais diversos domínios e importante desenvolvimento, acredita no humanismo, o homem tem valor e dignidade. Premissas estas que influenciam as práticas dos cuidados de saúde. É neste período que a saúde pública sofre um grande incremento, construindo as bases da actual saúde comunitária: estavam presentes a quantidade de pessoas vitimadas pelas grandes epidemias passadas. Discute-se se doenças como a escarlatina, raquitismo, escorbuto, sífilis, varíola e malária eram causadas por contágio ou constitucionais. A descoberta do microscópio por Anton van Leeuwenhoeek veio apontar o contágio como causa destas doenças ao observar microrganismos destas patologias nos solos e água.

Incontornável a referência a René Descartes (1596-1650), que elaborou o Tratado do Homem, o primeiro manual sobre fisiologia humana. Desenvolve uma visão do mundo que consistia em dois tipos diferentes de substância, ou seja, mente e matéria. Argumenta que os seres humanos são irredutivelmente mentes. Este dualismo “cartesiano” – mente e matéria; sujeito e objecto e observador e observado – tornou-se uma parte integrante da visão que o homem ocidental fazia do mundo.

Damásio (2000:255:256) sobre o pensamento cartesiano:

“... o erro de Descartes: a separação abissal entre o corpo e a mente, entre a substância corporal, infinitamente divisível, com volume, com dimensões e com um funcionamento mecânico, por um lado, e a

substância mental, indivisível, sem volume, sem dimensões e intangível (...) em concreto: a separação das operações mais refinadas da mente, para um lado, e da estrutura e funcionamento do organismo biológico para o outro (...) a ideia de uma mente descorporalizada parece ter também moldado a forma peculiar como a medicina ocidental aborda o estudo e o tratamento da doença...”

Embora, na Europa, tenha falhado uma política sistemática de saúde – Stanhope (1999), Crespo (1990), Ferreira (1988) – os principais problemas de saúde começaram a ser analisados e encontradas soluções. O controlo das doenças contagiosas foi um dos exemplos. Os habitantes das cidades procuravam manter as ruas limpas, as comunidades não possuíam esgotos, havia fornecimento de água, era fornecida assistência aos doentes e deficientes. Remonta a esta altura a constituição de hospitais escolas.

A Revolução Industrial, tendo como alvo o lucro e o poder, provocou alguns retrocessos no dinamismo instaurado no Renascimento. A indústria aumentou a produção e, conseqüentemente, as populações urbanas cresciam, a necessidade e procura dos cuidados de saúde aumentaram. É marcante nesta altura uma mortalidade infantil elevada, condições de trabalho infra-humanas, doenças provocadas por determinadas profissões, o aumento crescente de doenças mentais. São criados hospitais para responder às necessidades das populações. Durante o séc. XVII as pessoas com doenças mentais são encerradas em asilos, prisões e manicómios.

É em Inglaterra, séc. XVII, que se iniciam os serviços de saúde pública da era moderna, visando ajudar, cuidar das pessoas pobres. Stanhope (1999).

Para finalizar esta resenha pretendo sintetizar algumas das ideias – chave dos autores consultados, e comumente partilhadas entre eles. Assim pudemos dizer que o Homem procurou sempre a causalidade dos fenómenos que implicavam com a sua saúde, procurando sempre colmatar, agir sobre a doença, a incapacidade e a morte, Ferreira (1990: 46):

“... da vontade humana de tentar corrigir ou minorar o sofrimento causado pelas doenças...”

Mistérios que começaram por impor-se no seu quotidiano, aos quais inicialmente apelou ao mágico e ao divino, que acabou por submeter à razão e ao conhecimento empírico, Crespo (1990:18):

“... a noção de pecado, como instrumento conceptual para explicar a doença, tornava-se rapidamente ineficaz, desenhando-se no horizonte diferentes maneiras de encarar o mal dos homens...”

O decorrer do tempo, a história das pessoas, das relações entre pessoas, dos acontecimentos e das coisas, seria fonte importante para definir conceitos de saúde, doença, modelos e paradigmas de saúde, construir estratégias e ganhos em saúde para as populações, Ferreira (1990:46):

“... os conhecimentos acumulados em cada época teriam permitido estabelecer em benefício da saúde e, conseqüentemente, da diminuição ou prevenção da doença. Mas tais medidas nunca chegaram a ser bem definidas ou a ter um sentido de aplicação imperativo pelas pessoas, famílias e grupos da população. Tem sido mais fácil acreditar na possibilidade de curar as doenças quando aparecem do que evitá-las por medidas correctoras dos riscos que as condicionam, donde a ideia que nunca deixou de ser generalizada de que a medicina só é precisa para tratar os doentes e não para orientar as medidas concretas de evitar que as pessoas adoçam. E, por estranho que pareça, é o que continua a acontecer nos nossos dias, em que a medicina adquiriu já uma capacidade de intervenção segura...”

A clivagem entre mente e corpo, a mente para a filosofia, o corpo para a física (leia-se medicina neste contexto), provavelmente o grande desafio das ciências que lidam com pessoas e saúde, será como refere Damásio (2000b:260):

“... o resultado de tudo isto tem sido uma amputação do conceito de natureza humana com o qual a medicina trabalha. Não surpreende que, de um modo geral, as consequências do corpo sobre a mente mereçam uma atenção secundária, ou não mereçam mesmo qualquer atenção...”

2. Conceitos de Saúde e de Doença

Sem dúvida que os contextos históricos, filosóficos, culturais, económicos, políticos, sociais e científicos, alteram, influenciam e modificam os conceitos de saúde e doença.

Se nos deslocarmos à sala de espera de um centro de saúde ou hospital, iremos contactar com diferentes formas de encarar a saúde e a doença. O senso comum está pois imbuído do discernimento oferecido pela cultura em que está inserido do que é saudável e do que é doentio. Se formos mais pacientes, eventualmente iremos ouvir conselhos terapêuticos, centrados na primeira pessoa e uma vontade expressa de transmitir ao outro, carregado de alguma solidariedade social.

Os costumes e crenças são intrínsecos ao contexto cultural onde estão a ser analisados. As pessoas inseridas nesses contextos estão referenciadas por essas crenças às quais atribuem significados com algum valor nos seus processos quer de saúde quer de doença, Ribeiro (1998:85)...

“... conceitos como os de saúde, de doença, de cuidados médicos, de cuidados de saúde, de promoção da saúde, reflectem os valores, as crenças, os conhecimentos, as actividades, em suma, a cultura da sociedade, partilhada por todos os seus membros, especialistas ou leigos, cultos ou incultos, analfabetos ou instruídos...”

... e Honoré (2002:54:55) ajudam-nos a compreender esta postura perante os processos de saúde e doença:

“... é necessária uma escuta particularmente atenta para fazer emergir do esquecimento as origens culturais das concepções de saúde. Descobrimos então a importância das ideias transmitidas de geração em geração, frequentemente pelas mulheres, e que contribuem pela sua difusão para criar uma espécie de sistema de saúde invisível, profano, por vezes mais focalizado sobre a manutenção da saúde do que o sistema constituído por peritos...”

Ramos (2003:163:164) tem este sentido quando se refere às *etnoteorias*, colocando a tónica nas vivências culturais dos indivíduos, chama a nossa atenção para o facto de os indivíduos de um determinado grupo construírem um sentido que consideram “o mais adequado” para colmatar um problema de saúde:

“... podemos dizer que o desenvolvimento da criança, a sua socialização, o tipo de cuidados e de educação que lhe são prestados, próprios de cada época e de cada grupo social e cultural, são influenciados pelos hábitos culturais, pelas representações, etnoteorias que os adultos têm sobre as necessidades, a educação e a saúde da criança...”

Quando os profissionais de saúde, durante e após a sua formação académica, constituem um corpo de conhecimentos científicos passíveis de melhorar a saúde das pessoas, esse corpo de conhecimentos científicos constrói no profissional de saúde um conjunto de significados que lhe conferem uma visão e uma explicação dos fenómenos diferente da visão que as pessoas possuem sobre os mesmos acontecimentos. Os profissionais de saúde devem procurar, de uma forma sistemática, todo o referencial sobre saúde e doença que o outro construiu ao longo do seu percurso de vida, ancorado nas suas crenças, costumes e cultura.

Esta constatação provocou uma tentativa de uniformização dos conceitos de saúde e de doença. Têm sido elaboradas diversas definições, nem sempre consensuais, Ahmed (1979) e Kulbok (1983) in Stanphop (1999), no entanto, existe por parte da OMS, um firme propósito de uniformização destes conceitos.

A saúde pode ser definida como a ausência de doença e inversamente, a doença pode ser definida como a falta ou perturbação de saúde, Pereira (1995), Ferreira (1990). São definições utilizadas com alguma vulgaridade, são simples, e obedecem a julgamentos subjectivos baseados no senso comum.

No entanto, há uma panóplia dos instrumentos que se utilizam para diagnosticar, seja a história clínica, o exame físico, exames laboratoriais e outros do indivíduo ou seja mesmo através de inquéritos sobre morbilidade. Há, pois, definições de saúde mais elaboradas do que a simples ausência de doença.

Assim, a OMS, na Constituição de 1948, enuncia a definição que se tornou um clássico nos círculos da saúde:

“Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não a meramente ausência de doença”

Definição de saúde, empregada como figura de retórica ou um ideal, Pereira (1995), numa prática mantém-se saúde quantificada como a ausência ou perturbação de algum sintoma que sugira doença. Ferozmente criticada por alguns autores, Lewis citado por Ferreira (1990:30:31):

“... ao descreverem a saúde como um estado de perfeição, tal como teria sido talvez gozado por arcanjos e por Adão e Eva antes do Pecado Original, os redactores da Carta da OMS foram reconduzidos a uma fórmula nunca atingida de conformação do corpo, espírito e alma imaginada para uma Idade de Ouro nos tempos primitivos, mas uma utopia, perdida para sempre...”

Dubos (1965) citado por Pereira (1995:30) define saúde como:

“... Saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio ambiente...”

Terris (1975), citado por Stanphop (1999:289), referia o carácter utópico da definição de 1947 da OMS e modificou esta definição:

“... A saúde é um estado de bem estar físico, mental e social e a capacidade para funcionar, e não somente a ausência de doença e enfermidade...”

Todas estas definições, embora procurem uma aproximação à realidade onde o fenómeno acontece, obstaculizam a mensuração do mesmo fenómeno. A dificuldade de definir e quantificar termos que utilizam, tais como “bem-estar”, “equilíbrio dinâmico”, “capacidade para funcionar”, embora não abordada nesta resumida recolha, existem definições de saúde que apelam ao “normal”, conceito que gera algum conflito no meio académico.

A OMS (1986) reformula a definição de saúde e enuncia:

“... Saúde é 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...”

Esta definição introduz claramente o conceito de grupo, de sociedade, de interacção, de ambiente, traduz uma visão holística e sistémica da saúde. Ferreira (1990) sintetiza alguns conceitos desenvolvidos e conceptualiza saúde em quatro grandes grupos de ideias, intimamente ligados e correlacionados:

Considera que se olharmos saúde como um estado de ausência de doença – concepção médica – a patologia é traduzida por um conjunto de sintomas, sinais fisiológicos, psíquicos e sociais; a ausência destes confirma a integridade do organismo e, consequentemente, a sua saúde. O conhecimento dos factores de ordem ecológico-sanitária, das relações entre os indivíduos, em particular a tríade indivíduo-família- comunidade, nas interacções com o meio ambiente, os seus suportes de vida, constituem o domínio da saúde pública; A saúde como um estado de conforto e de sensação de confiança e segurança pessoal – concepção psico-social – o sofrimento e todas as situações provocadas pela doença, considera como vivências, não do campo puramente individual, mas que enlaça pessoas, grupos e relações entre pessoas, com as quais se encontra inserido. O que os faz sentir, enquanto doentes, que podem dispor de acesso, acompanhamento, atendimento e tratamento, que os possam ajudar a recuperar o seu potencial de saúde.

A saúde como pré-requisito funcional para a manutenção do vigor e equilíbrio adaptativo da vida das pessoas e da sociedade – concepção político-legal – promove o conceito de cidadania em saúde, na medida em que considera que a saúde deve ser desenvolvida em parceria com o indivíduo e a comunidade, com benefícios para ambos. O conhecimento de que cada pessoa como elemento pró-activo na construção da melhoria da sua saúde e, consequentemente, da melhoria das condições sociais, são indissociáveis deste processo o conjunto de deveres e direitos dos cidadãos implicados: a saúde como factor de importância económica fundamental – concepção

económica, se adquirirmos como verdade que é o recurso humano que afecta a produção, a doença surge como factor desestabilizante, ou inibitório do processo de produção, através do absentismo, redução da capacidade de produzir e recuperação. Pelo contrário, pessoas saudáveis são um forte recurso para a produção crescente dos bens necessários às sociedades actuais.

É complexo aglutinar variáveis biológicas, psicológicas, sociais, económicas, políticas, culturais, numa definição de saúde/doença. O que tem que estar presente é a capacidade que os indivíduos, os grupos, as sociedades, as culturas possuem de responder à adversidade. Essa força anímica, interior que caracteriza o Ser Humano. Como refere Honoré (2002:30):

“... a palavra saúde vem-nos ao pensamento enquanto questão importante da existência. O aparecimento da doença, do distúrbio, da deficiência fazem sair do esquecimento a questão da saúde. A doença obriga a pensar na saúde. E, inversamente, quando por qualquer estimulação do ambiente ou pela doença dos outros somos levados a pensar na saúde, não é raro descobrirmos algum distúrbio corporal (...) as palavras saúde e doença não se excluem. Elas apelam, uma e outra, a que se fale do corpo que necessitamos de transportar para caminhar na vida ...”

3. Paradigmas de prestação de cuidados de Saúde

Os paradigmas permitem-nos ligar o nosso pensamento e aglutinar ideias em duas abordagens de construção de sistemas de saúde, seja:

- Modelo biomédico – mais centrado no indivíduo e na sua doença;
- Modelo holístico – com orientações mais vocacionadas para a intervenção sobre a comunidade e a saúde.

Independentemente dos modelos, o fundamental é a tentativa do Homem para se compreender e melhor conhecer, na expectativa de atingir níveis de estabilidade e organização social mais permanentes, envolvendo menor incerteza

3.1. Modelo biomédico

É caracterizado da seguinte forma:

- O doente é uma entidade biológica, a tratar através de procedimentos biomédicos, ficando frequentemente por cuidar e acompanhar o Homem e a pessoa que sofre;

- Geralmente, o doente que padece de distúrbios graves, deixa de ser tomado como uma pessoa de pleno direitos e passa a ser tutelado, o que leva na nossa sociedade a fenómenos de institucionalização, dessensibilização e desumanização, colocando o doente em situação de perda de autonomia e identidade;
- Estes processos de alienação, característicos das instituições totalitárias, são geradores de fenómenos de estigmatização, o que leva a que os hospitais adoptem o sentido pejorativo de asilo;
- A abordagem clínica restringe-se quase por completo aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e implica que preocupações tão centrais quanto aquelas que se relacionam com a reabilitação e reinserção, bem como a prevenção e a promoção da saúde, sejam relegadas para segundo plano.

Necessariamente outros modelos de actuação e outras preocupações devem nortear este sistema baseado no hospital, contemplando desse esquema o papel fundamental da comunidade, da família, da reabilitação e da prevenção. É o sujeito no seu todo que importa considerar e não apenas a sua doença. É a pessoa que se sente perturbada e diminuída que tem uma história de vida, um meio e modo particular de sentir, que estabelece laços, que tem desejos, motivações e gostos pessoais.

3.2. Modelo holístico

Até ao séc. XVIII, a medicina exerceu uma influência pouco significativa na protecção ou recuperação da saúde, com o gradual desenvolvimento da indústria, do comércio e da agricultura, a necessidade de manter a produtividade e, por inerência a saúde das populações levou a que a medicina se tornasse um instrumento-chave do equilíbrio entre o social, o económico e o político. Preservar a saúde da pessoa era garantir que a comunidade não adoecia e, com ela, o sistema produtivo, a economia e o poder político.

Este pensamento inicial leva a compreender não só a importância de actuar sobre a doença individual mas, também, a necessidade de encontrar meios de assegurar a saúde pública. A constatação é que a própria vida em comunidade acarreta, ela própria, perigos especiais para a saúde dos indivíduos. Doença individual e saúde pública passam a constituir um elo indissociável na complexa rede das relações entre saúde e doença.

Então, se a saúde é melhor que a doença, torna-se imprescindível constituir um sistema de serviços que identifique os problemas principais da comunidade e defina antecipadamente programas de actuação, Ferreira (1990).

É este movimento que vai culminar na instituição dos sistemas nacionais de saúde e que é conhecido como a I Era da Saúde Pública (1830-1950).

A II Era da Saúde Pública, Ferreira (1990) – A Moderna Saúde Pública – a complexidade das perspectivas sobre o Homem, em que este se torna decisivamente antropológico, neste sentido, biopsicosocial exige abordagens sistémicas.

Numa reacção em cadeia começa a associar-se o funcionamento humano aos estilos de vida e a promover-se a manutenção de comportamentos saudáveis. Estudam-se factores de risco para múltiplas doenças, no sentido de as prevenir, e desenvolvem-se modelos sobre a vulnerabilidade à doença e acontecimentos de vida.

É neste contexto que OMS (1986) reformula a definição de saúde (auto responsabilização das pessoas nos seus processos de saúde, apelo ao auto – cuidado). Interessante o contributo de Mahler (1986) que refere que a saúde não é um bem que se possa distribuir às pessoas, mas algo que tem que ser construído por elas a partir de si próprias. A saúde corresponde a um projecto social ligado a responsabilidades políticas e não a um empreendimento exclusivamente médico. A intervenção não deve ser só vertical, como no modelo clínico, ou horizontal, como no modelo comunitário, mas ortogonal.

O objectivo desta moderna saúde pública é o sujeito psicológico, responsável, normativo, moral e ético, integrado na sua família e numa dada comunidade, mas também a população como um todo que interessa tomar como alvo estratégico de acção.

Esta abordagem encontra dificuldade em articular e equilibrar uma política de saúde que contemple, num mesmo plano, as necessidades preventivas, curativas e reabilitativas – especialmente quando os orçamentos para a saúde obedecem a restrições, que implicam definição objectiva e precisa de prioridades. Estas prioridades têm sido definidas em função de critérios de urgência e letalidade (doença aguda) e raramente se preocupam com a prevenção, ou ainda menos provável, com a promoção para a saúde – uma vez que não existe manifestação de qualquer alteração.

O que vem caracterizar e dar corpo à moderna saúde pública é a conciliação das abordagens e dos modelos clínicos e comunitários em torno da prevenção e tratamento da doença e da promoção da saúde. A questão deixa de se colocar em termos dicotómicos. Não se trata de excluir o hospital a favor das concepções comunitárias, ou o contrário. A comunidade hospitalar e a clínica comunitária devem fundir-se para se tornarem um conjunto coeso e com um fim comum.

Esta desinstitucionalização dos serviços levanta o seguinte problema: compreender de que forma é que os cuidados médicos e hospitalares se articulam com as restantes estruturas da comunidade, designadamente as famílias, as estruturas intermédias, os centros de saúde, os centros de emprego e formação profissional, a segurança social, as autarquias, as juntas de freguesia, as paróquias, as instituições de solidariedade social, as organizações não governamentais, as associações de jovens, os grupos recreativos e desportivos, as escolas, as estruturas empresariais, o tecido produtivo local, etc...

Facilmente se depreende que a mudança de que falamos é não somente uma mudança de foco político mas uma mudança muito mais profunda, é uma transformação de mentalidades e das práticas sociais, onde a verdadeira comunidade no seu todo, terá de compreender o que de si é esperado de forma solidária e empenhada. Trata-se de um projecto que envolve e se destina às pessoas e que depende delas na íntegra. Está implícito o sentido de auto – responsabilidade pelos processos de saúde.

4. Cultura, saúde e doença

A antropologia médica identifica e relaciona as crenças e exercício das práticas de cuidados de saúde com a cultura da sociedade em estudo, Helman (1994:26) refere ainda que as variáveis anteriormente referidas são transversais a todas as sociedades.

A compreensão das reacções das pessoas aos fenómenos de doença, morte e dor – por exemplo – passa pelo entendimento do aporte cultural dessas pessoas, a forma como decorreu o seu processo de socialização, no que acreditam, quais os seus valores?

Stanhope (1999:130) refere quatro princípios que devem nortear os prestadores de cuidados de saúde:

- “(…) 1) os cuidados são concebidos para um cliente específico;
- 2) os cuidados são baseados na singularidade da cultura da pessoa e

incluem normas e valores culturais;

3) os cuidados incluem estratégias de delegação de poderes que facilitem a tomada de decisões do cliente, nos comportamentos relativos à saúde;

4) os cuidados são prestados com sensibilidade para com a singularidade da cultura dos clientes. (...)"

A necessidade sentida para instaurar princípios condutores do comportamento dos cuidadores de saúde, com especial enfoque à componente cultural, surge do exercício da prestação dos cuidados de saúde.

Stanhope (1999:134) apela à necessidade de mediação cultural quando surgem:

"... incompatibilidades entre a cultura dos cuidados de saúde e a cultura dos clientes..."

Parece-nos mais claro, mais visível, relacionar estes conceitos com exemplos advindos das prática e da investigação, relatados por numerosos autores, assim, Ramos (1993:54) relata-nos a relação entre mulheres emigrantes da Índia, África, Antilhas, Ásia e China e a prática do aleitamento materno aos seus filhos. Estes estudos decorreram em Inglaterra, Austrália e Canadá e demonstraram que as mulheres oriundas das culturas acima transcritas diminuíram – em situação de imigração – os seus tempos de aleitamento ou chegaram mesmo a aboli-los.

Como a cultura da sociedade de acolhimento, influenciou, alterou, reorganizou, reapropriou, revalorizou, o hábito do aleitamento materno: a sua duração foi alterada nestes grupos de mulheres em migração. A mesma autora, Ramos (1993:55), com outro exemplo ilustra-nos estas situações:

"... numa situação de conflito cultural, a mãe corre o risco de não saber efectuar com a mesma segurança os gestos maternos, os mais simples e as atitudes maternas, as mais naturais. Isto resulta de uma insegurança e uma ansiedade na condição de mãe que gera conflitos maternos muito prejudiciais na relação mãe/criança..."¹¹.

11. Tradução do autor.

Ramos (1993:661):

"... os cuidados maternos das mães portuguesas guardam certos aspectos que qualificamos de estilo proximal, característico dos cuidados maternos das mães africanas e asiáticas (...) e do estilo distal característico dos cuidados maternos das mães europeias e norte-americanas..."¹².

Demonstrada a influência da cultura, nomeadamente na forma como os cuidados maternos são administrados. Logo, o facto de o prestador de cuidados de saúde exercer num serviço de obstetrícia, ou na consulta de saúde materna de um centro de saúde, não pode estabelecer uma relação fortuita entre a forma como determinada mãe "pega" no filho, sem investigar, documentar-se sobre o porquê cultural daquela forma de estar e de cuidar.

Helman (1994:42) relata um estudo interessante:

"... as mexicanas da amostra acreditavam que dormir ou descansar demais pudesse prejudicar o bebé, por "grudá-lo ao útero", dificultando ou até impossibilitando o parto. Temiam o efeito sobre a criança se, grávidas, presenciassem um eclipse lunar, acreditando que, se saíssem desprotegidas à rua nesta ocasião, a criança poderia nascer morta, ou com lábio leporino, ou faltando alguma parte do corpo. Acreditava-se que a protecção adequada para esta situação era uma chave pendurada na cintura por uma linha ou um cordão..."

Como é que a cultura dos cuidados de saúde das sociedades de acolhimento detectam estes determinantes de saúde?

Facto reconhecido pelo Ministério da Saúde Português (2000), através das actas da conferência de Évora:

"... os padrões de saúde e de doença dos imigrantes é diferente dos da população de acolhimento e podem, em determinadas ocasiões, reproduzir os padrões do país de origem (...) a investigação actualmente desenvolvida, mostra-se incapaz de identificar os possíveis determinantes demográficos, sociais, culturais, económicos e genéticos destas diferenças. Apesar disto, os dados parecem apontar para grandes necessidades associadas a doenças cardiovasculares, saúde infantil, doenças infecciosas, saúde mental e acidentes. Os padrões do estado de saúde dos imigrantes podem ser melhores ou piores do que o estado de saúde da população nativa do país de

12. Tradução do autor.

acolhimento. Na verdade, as pessoas que imigram são, em média, mais saudáveis do que a população do país de origem e, frequentemente, são mais saudáveis do que as populações do país de acolhimento. Esta constatação vai contra a percepção dos países de destino, que vêem os imigrantes como um importante factor de risco na introdução de doenças que afectarão a saúde global da população...”

No final deste capítulo, após a exposição de relatos de estudos que demonstram, por um lado, a diversidade de situações associada à dificuldade de olhar a singularidade do outro, imbuído da sua cultura em processo de contacto directo com outra cultura, formulamos a seguinte questão:
Como construir um cuidado de saúde culturalmente competente?

CAPÍTULO V – CUIDADOS DE SAÚDE CULTURALMENTE COMPETENTES

Após fundamentarmos conceitos como imigração, sociedade receptora, aculturação, a relação entre cultura, saúde e doença seguimos o caminho que leva à construção – com base neste conhecimento – de uma prestação de cuidados de saúde culturalmente competente.

1. Crenças, valores e comportamentos dos profissionais de saúde e da população

Temos presente que os técnicos de saúde possuem crenças profissionais que se auto proclamam consistentes e previsíveis. Os doentes por sua vez possuem crenças apelidadas de leigas, individuais e variáveis, Ogden (1999). É na variabilidade quer das crenças dos profissionais quer das crenças dos doentes, que Weinman in Ogden (1999:99:100) se pronuncia:

- i. As crenças dos técnicos de saúde sobre a natureza dos problemas clínicos. Os técnicos de saúde têm as suas próprias crenças sobre a saúde e a doença, crenças estas que irão influenciar a escolha das hipóteses a colocar. Por exemplo, se um técnico acreditar que a saúde e doença são determinados por factores biomédicos (por exemplo, lesões, bactérias, vírus) irá, então, desenvolver uma hipótese sobre o problema do doente que reflecta esta perspectiva (por exemplo, um doente que se queixa de se sentir sempre cansado pode sofrer de anemia). No entanto, um técnico que veja a saúde e a doença relacionadas com factores psicossociais pode desenvolver hipóteses que reflectam esta perspectiva (por exemplo, um doente que se queixa de estar sempre cansado pode estar sob stress).
- ii. A estimativa que o técnico de saúde faz da probabilidade da sua hipótese e da doença. Os técnicos de saúde têm crenças preexistentes sobre a prevalência e incidência de cada problema de saúde e estas crenças influenciam o processo de desenvolvimento das hipóteses [...]
- iii. A gravidade e a possibilidade de tratamento da doença. Weinman (1987) afirmou que os técnicos de saúde estão motivados para considerar o “desfecho” do diagnóstico correcto e que isto influenciará a sua escolha de hipóteses. O autor sugeriu que isto está relacionado com as crenças sobre a gravidade e a possibilidade de tratamento de uma doença [...]
- iv. Conhecimento pessoal do doente. As hipóteses iniciais também se relacionam com o conhecimento que o técnico de saúde já tem daquele doente. Tais factores podem incluir a história clínica, conhe-

cimentos do seu estado psicológico, do seu ambiente psicossocial, e a crença sobre as razões pelas quais este doente está a recorrer aos serviços médicos.

Este “descentrar” da causa da variabilidade da necessidade dos cuidados de saúde dos doentes para os técnicos de saúde permite colocar em relevo – também – as crenças leigas, individualizadas e variáveis destes, tal como acontece com as crenças dos doentes. Logo, Ogden (1999:101):

“... qualquer variabilidade no comportamento dos técnicos de saúde existe, tanto no contexto do técnico de saúde como no do doente. Como tal, para percebermos os processos envolvidos na comunicação técnico de saúde-doente, as decisões a implementar daí resultantes, e qualquer variabilidade existente nos resultados da consulta, o técnico de saúde e o doente devem ser considerados como uma díade. A consulta envolve dois indivíduos e um processo de comunicação entre os dois...”

2. Comunicação intercultural

Sem dúvida, uma das formas de “aproximar” culturas é a comunicação. Ramos (2001b:157):

“... 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 das barreiras entre os homens e as culturas (...) a comunicação é constitutiva de toda a sociedade humana e animal, desenvolve-se em todos os espaços da vida social, nomeadamente na família, na escola, no hospital, na empresa, nos média e, em cada um destes contextos ela é hoje confrontada com profundas modificações relacionadas com a globalização, com as transformações sociais, culturais e políticas (...)”

A comunicação intercultural, para esta autora, será o tecido que permitirá comunicar com o outro, o que implica a tomada em conta da sua identidade na interação com esse outro e as suas reacções à alteridade. A comunicação intercultural desenvolve-se baseada na educação e pedagogia intercultural, vertentes fundamentais na formação de cidadãos.

Stavenhagen in Delors (1996:221), sobre a forma como exercer educação multicultural:

“... uma educação verdadeiramente multicultural deverá ser capaz de dar resposta, simultaneamente, aos imperativos da integração pla-

netária e nacional, e às necessidades específicas das comunidades locais, rurais ou urbanas com a sua cultura própria. Levará cada um a tomar consciência da diversidade e a respeitar os outros, quer se trate dos vizinhos mais próximos, dos colegas presentes, ou de habitantes dum país longínquo...”

Os códigos, a sinalética profusamente espalhada nos nossos serviços de saúde, não facilita a acessibilidade aos cuidados de saúde por parte da população imigrante, como refere Camilleri (1989:169):

“... le premier problème auquel se heurte le migrant est celui de la circulation au sein de ce labyrinthe qu’est l’hôpital. Les inscriptions sont rares, les signalisations parfois ésotériques. L’espace de l’hôpital exige de l’usager un véritable déchiffrement à partir de signes qui ne sont pas toujours appropriés. Ces derniers nécessitent souvent une bonne connaissance de la langue française et de ses symboles iconiques...”

O hospital traduz um desvio do quotidiano do indivíduo tanto ao nível do sujeito, confrontado com fenómenos que ele não compreende e que colocam a sua vida em perigo, quer pelo universo de sentidos e valores, veiculado por um grupo de cuidadores. Durante a sua vida quotidiana, o migrante pode-se proteger dos múltiplos contactos com a população nacional. A hospitalização do migrante será tanto mais difícil de viver, se o pessoal de saúde, em vez de adoptar uma atitude compreensiva, lhe impõe condutas, às quais o migrante não compreende a sua lógica, ou mesmo que contrariam as suas maneiras habituais de viver.

3. Abordagens emic e etic

Camilleri (1989:169) partilha com Ogden (1999:101), quando se pronuncia que a eficácia do cuidado *médical*, ou *infirmier* exige um duplo reconhecimento do imigrante e da sua diferença, do técnico de saúde e da sua própria diferença. O respeito da diferença não é apenas uma questão unilateral, ela implica um reencontro, uma negociação informal que confira aos cuidados um sentimento de dever cumprido. A compreensão da alteridade apela a uma modulação do cuidado e da relação. Ela exige do Cuidador mais que um Saber e um Saber-Fazer, ela exige um Saber-Ser.

Santo Agostinho, Confissões, séc. IV, relativamente ao que é comum às culturas:

“... esse querer era-me revelado pelos movimentos do corpo que são como que a linguagem natural a todos os povos a qual consiste na expressão da fisionomia, no movimento dos olhos, nos gestos, no tom da voz que indica a afeição da alma quando pede ou possui e quando rejeita ou evita. Por este processo retinha pouco a pouco as palavras convenientemente dispostas em várias frases e frequentemente ouvidas como sinais de objectos. Domando a boca segundo aqueles sinais, exprimia por eles as minhas vontades...”

Leininger (1994a, 1994b, 1998), constrói uma teoria que designa de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidados, em que diversidade cultural do cuidado indica a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente próprios dos homens que canalizam para o seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição de vida, ou para enfrentar a morte. Universalidade Cultural do Cuidado refere-se a significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado comuns, semelhantes ou uniformes, culturalmente próprios dos homens que canalizam para o seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição de vida, ou para enfrentar a morte.

Leininger (1994b:53) define cuidado de saúde transcultural da seguinte forma: *“... o cuidado de saúde transcultural refere-se a um corpo evoluído de conhecimento e práticas relativo a padrões de prestação de cuidados de saúde-doença numa perspectiva comparativa de pelo menos duas ou mais culturas designadas para determinar as características da prestação de cuidados de saúde ao serviço das culturas...”*¹³

Nesta exposição da teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidados, de Madeleine Leininger, está implícito a abordagem emic e etic. Ou seja, as abordagens que enfocam nos aspectos culturais específicos, na análise dos comportamentos dentro dos grupos e as abordagens que centralizam a sua atenção nos aspectos culturais globais, na comparação entre culturas.

George (1993:287) refere que Leininger:

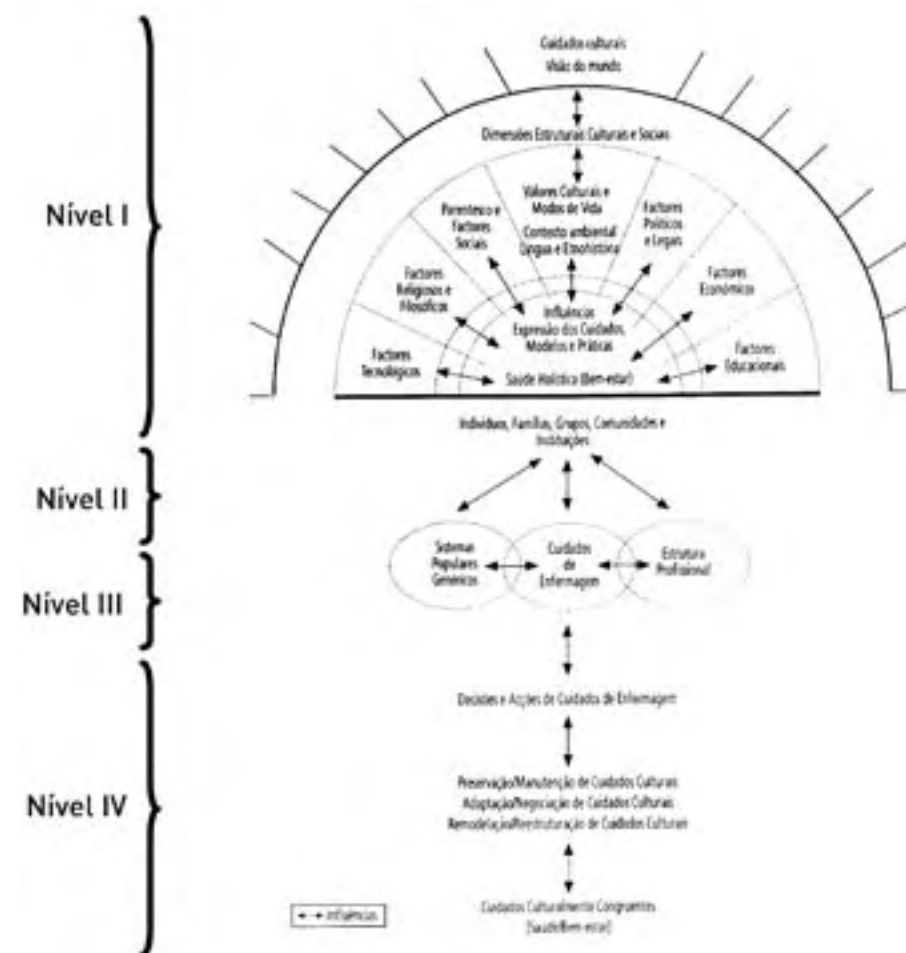
“... enfatiza a importância do conhecimento, obtido da experiência directa, ou directamente, daqueles que já o vivenciaram e que rotulam tal conhecimento de êmico. Ela defende que o conhecimento do cuidado, de origem êmica, é fundamental...”

13. Tradução do autor.

Leininger (1994a, 1994b), adopta como premissas da sua teoria transcultural de prestação de cuidados de saúde, o facto de os povos de cada cultura, além de conhecerem e definirem as formas como eles experienciam a prestação dos cuidados de saúde, relacionam essa prestação com as suas crenças e práticas globais dos processos de saúde/doença. A sua teoria é sintetizada no Modelo Sunrise, que seguidamente apresentamos:

4. Modelo Sunrise de Madeleine Leininger

Quadro 3 – Modelo Sunrise¹⁴ de Madeleine Leininger



14. Adaptado de Leininger in ANDREWS, Margaret (et. al.). (1995). Transcultural Concepts in Nursing Care. Second Edition. J. B. Lippincott Company. Philadelphia. pg.43.

Leininger (1994b:69) refere que o seu modelo pode ser abordado a diferentes níveis de análise, descriminando Nível I, II, III e IV:

O **Nível I** permite adquirir informação e avaliar sobre a estrutura social do cliente e a sua visão cultural do mundo. Importante também neste nível, as informações sobre o contexto ambiental, o idioma e a etno-história do cliente, bem como os factores educacionais, económicos, políticos e legais, de parentesco, estrutura social, religiosos, filosóficos e tecnológicos. O diagnóstico a este nível pode permitir-nos, por exemplo evitar ou minimizar o *chocs de cultures*¹⁵, ou a imposição cultural do cuidador de saúde.

O **Nível II** é a personalização da prestação dos cuidados de saúde à situação do cliente-cliente, cliente-família, cliente-instituição, cliente-comunidade, cliente-País.

O **Nível III** espelha a relação que se estabelece entre o sistema de saúde em que o cliente está incluído, os valores, crenças e comportamentos populares do cliente e dos profissionais de saúde, neste nível procura-se a identificação do *conhecimento emico*, da diversidade e universalidade das culturas em questão. O diagnóstico a este nível é baseado nas áreas em que o cliente não encontra uma diversidade ou universidade cultural do cuidado.

O **Nível IV**, onde se situa o planeamento, as estratégias e as tomadas de decisão dos cuidadores de saúde, que são colocadas em processo através dos três modos de acção (preservação, adaptação e remodelação culturais):

- O modo *preservação/manutenção dos cuidados culturais*, a acção do cuidador de saúde tem como foco o apoio, a relação de ajuda ou a capacitação *enabling* dos clientes, implícito o conceito de *empowerment* – promover o outro a conhecer e a desempenhar, elevar o outro – para que estes preservem uma saúde favorável, recuperem de um processo de doença, ou condignamente enfrentem a morte. Como exemplo, George (1993:293):
“... o facilitar o acesso ao mercado de um idoso para que este continue a preparar refeições saudáveis ...”
- No modo *adaptação/negociação dos cuidados culturais*, os cuidadores de saúde centram a sua acção no apoio, na relação de ajuda ou na capacitação, que configurem formas de negociar, adaptar a saúde dos clientes e os padrões da prestação dos cuidados de saúde, para assegurar um estado benéfico de saúde e enfrentar a morte.

15. CAMILLERI, Carmel (et. al.). (1989). *Chocs de cultures: concepts et enjeux pratiques de l'inter-culturel*. L'Harmattan. Paris.

Como exemplo, George (1993:293):

“... ao planear acções de educação pré-natal a mulheres grávidas, numa comunidade de espanhóis, precisam de ser incluídas providências para cuidado a crianças, uma vez que as mães de origem hispânica conferem altíssimo valor ao cuidado de seus filhos, e não utilizam baby-sitters com a facilidade com que o fazem muitas mães na sociedade americana. O padrão de cuidado da mãe hispânica é o de proporcionar cuidado ao seu filho e ter a criança perto dela. Ela irá preferir não comparecer à sessão de educação, a ter que deixar o seu filho em casa com uma babá. Aqueles que não compreendem isso, podem se ver numa imposição cultural e rotular a mãe como alguém que não é cuidadosa, caso ela não compareça aos encontros em que não há cuidados a crianças...”

- No modo *remodelação/reestruturação de cuidados culturais*, os cuidadores de saúde tem com enfoque das suas acções proporcionar ajuda aos seus clientes para estes modificarem padrões significativos de vida e de saúde, para outros mais saudáveis para estes. Como exemplo, George (1993:293):

“... Charles Sanders, cujo padrão nutricional era o de ingerir muito alimento salgado e frito, é portador de hipertensão e níveis elevados de colesterol no sangue. Galinha frita e um puré de massa mole e salgada é um elemento importante na dieta do Sr Sanders (...) a repadronização que pode ocorrer tem a ver com a maneira como é preparada a galinha. O cozinheiro poderia aprender a tirar a pele da galinha (isso ajuda a diminuir o colesterol), a utilizar uma cobertura de temperos (ao invés de salgar a galinha, o que auxiliaria no caso de hipertensão)...”

Após a identificação da diversidade e universalidade nos cuidados culturais, a posse desse conhecimento permite-nos tomar as decisões, estabelecer estratégias e definir as acções da prestação dos cuidadores de saúde de forma a proporcionar mos cuidados de saúde culturalmente competentes aos clientes-cliente, aos clientes-família, aos clientes-instituição, aos clientes-comunidade, aos clientes-nação.

PARTE II - ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO UCRANIANA EM PORTUGAL CONTINENTAL

CAPÍTULO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA EM PORTUGAL

1. Justificação da escolha das fontes

No decorrer da nossa pesquisa consideramos importante efectuar uma análise sociodemográfica da população imigrante ucraniana em Portugal, o que nos permitiu balizar o nosso conhecimento. Sentimos alguma dificuldade em aceder a dados sociodemográficos que se debrucem directamente sobre a imigração ucraniana.

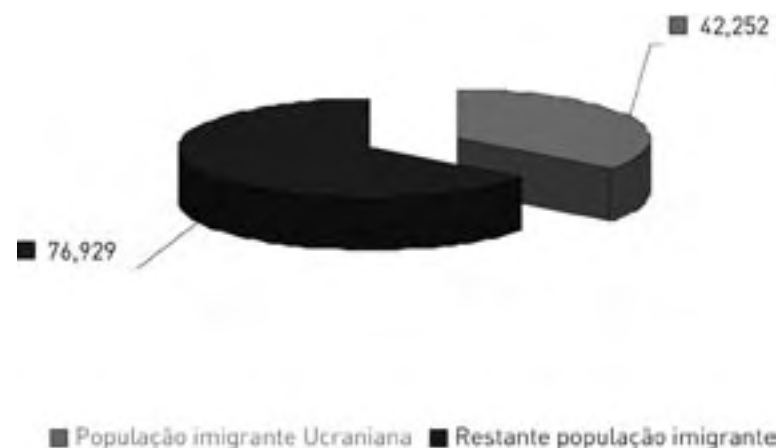
A ancoragem que fizemos relativamente às fontes prende-se, essencialmente pela dependência e relacionamento que estes dois serviços estabelecem entre si: referimo-nos ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e à Inspeção Geral de Trabalho. Tal relacionamento permite-nos cruzar dados das fontes e tornar mais minuciosa a nossa análise. Recorremos também ao Instituto Nacional de Estatística, mas esporadicamente, reportando-nos somente a dados que comparam alguns indicadores epidemiológicos entre Portugal e a Ucrânia. Este organismo não possui dados actualizados sobre a imigração ucraniana em Portugal.

2. População imigrante ucraniana em Portugal

O total da população imigrante Ucraniana e a restante população imigrante perfaz os 119,181 indivíduos, em 2001. Deste número 35,40% são imigrantes ucranianos, e estão em conformidade com o DL no 4/2001 de 10 de Janeiro, artigo 55a, em particular o ponto 4:

“A presente autorização de permanência é concedida até um ano, prorrogável por iguais períodos, não podendo o período total de permanência no país exceder os cinco anos, a contar da data da concessão da primeira autorização”

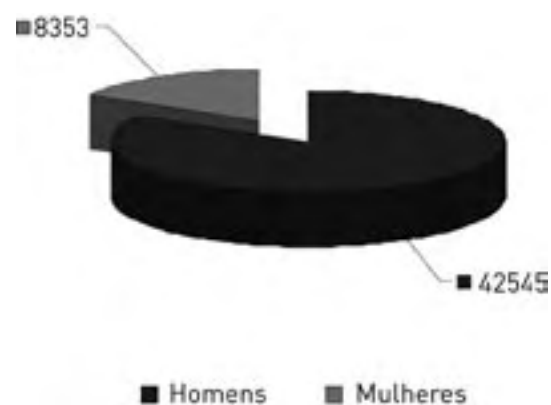
Gráfico 4 – POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA E RESTANTE POPULAÇÃO IMIGRANTE COM AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA (FA)¹⁶



3. População imigrante ucraniana em Portugal por género

A população imigrante ucraniana com contratos registados é essencialmente masculina (84 %) enquanto o sexo feminino está representado por 16 %. A relação entre géneros é de 5,09 homens para cada mulher.

Gráfico 5 – POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA COM CONTRATOS REGISTADOS PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA, POR SEXO¹⁷ (FA)



16. Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 30/11/2001.

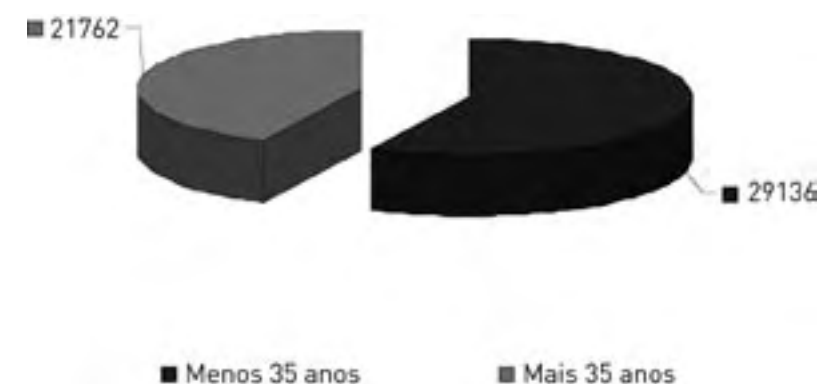
17. Fonte: Inspeção-geral do Trabalho, 31/12/2002 (Continente)

Quando nos pronunciamos sobre a população imigrante ucraniana e procuramos relacioná-la com a população estrangeira, com contratos registados para obtenção de autorização de permanência, por distrito, está conforme o DL no 4/2001 de 10 de Janeiro, artigo 55.a, ponto 1, alínea a: Sejam titulares de proposta de contrato com informação da Inspeção-Geral do Trabalho. Esta é uma das condições para que seja possível a obtenção de uma autorização de permanência. O Serviço de Estrangeiros e Fronteiras só emana a autorização de permanência, após informação da Inspeção-Geral do Trabalho, relativamente ao contrato em questão.

4. População imigrante ucraniana em Portugal por idade

Da população imigrante ucraniana com contratos registados 57,2 % têm menos de 35 anos, consequentemente 42,8 % têm mais de 35 anos.

Gráfico 6 – POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA COM CONTRATOS REGISTADOS PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA, POR IDADE¹⁸ (FA)



5. População imigrante ucraniana em Portugal por grupos etários

Cerca de 84,34 % da população imigrante ucraniana com contrato registado encontra-se na faixa etária dos 25 aos 54 anos de idade, ou seja em plena idade produtiva. Ainda nesta faixa etária encontram-se 84,71 % dos homens e 82,45 % das mulheres.

18. Fonte: Inspeção-geral do Trabalho, 31/12/2002 (Continente)

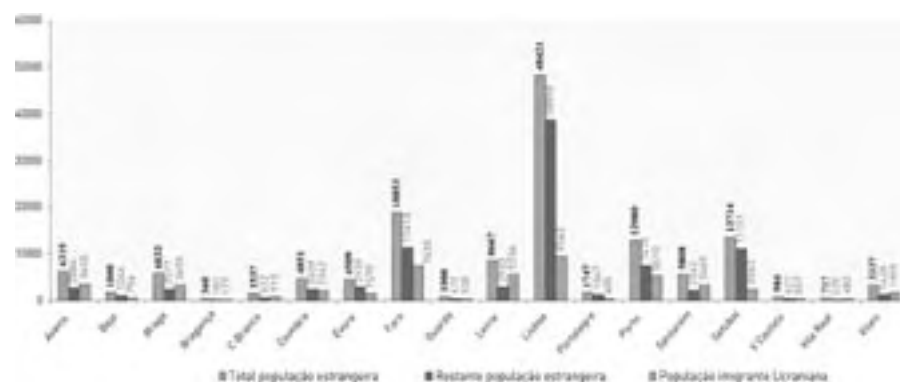
Nesta faixa etária a relação sexo masculino versus sexo feminino aumenta para 5,23. Este dado poderá ter algum interesse pois além de ser a faixa etária produtiva por eleição, ela também é, por excelência, a idade reprodutiva.

Gráfico 7 – POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA COM CONTRATOS REGISTRADOS PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA, POR GRUPOS ETÁRIOS¹⁹ (FA)



6. População imigrante ucraniana, sua distribuição em Portugal

Gráfico 8 – IMIGRANTES UCRANIANOS RELATIVAMENTE À POPULAÇÃO ESTRANGEIRA COM CONTRATOS REGISTRADOS²⁰ PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA, POR DISTRITO (NÚMEROS ABSOLUTOS)²¹ –
- TOTAL DE POPULAÇÃO ESTRANGEIRA: 141,636²²



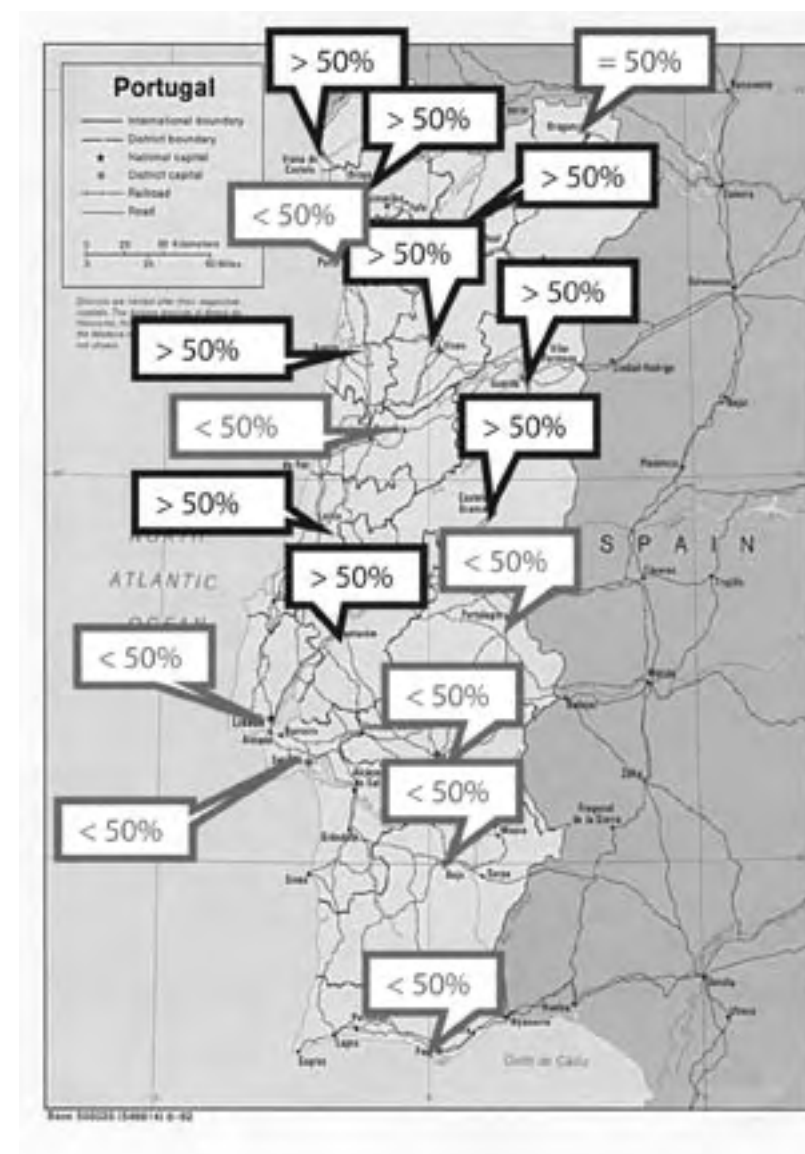
19. Fonte: Inspecção-geral do Trabalho, 31/12/2002 (Continente)

20. Conforme DL - nº 4/2001 de 10 de Janeiro, artigo 55.º, ponto 1, alínea a: *Sejam titulares de proposta de contrato com informação da Inspecção-Geral do Trabalho*. Esta é uma das condições para que seja possível a obtenção de uma autorização de permanência.

21. Fonte: Inspecção-geral do Trabalho, de 31/12/2001

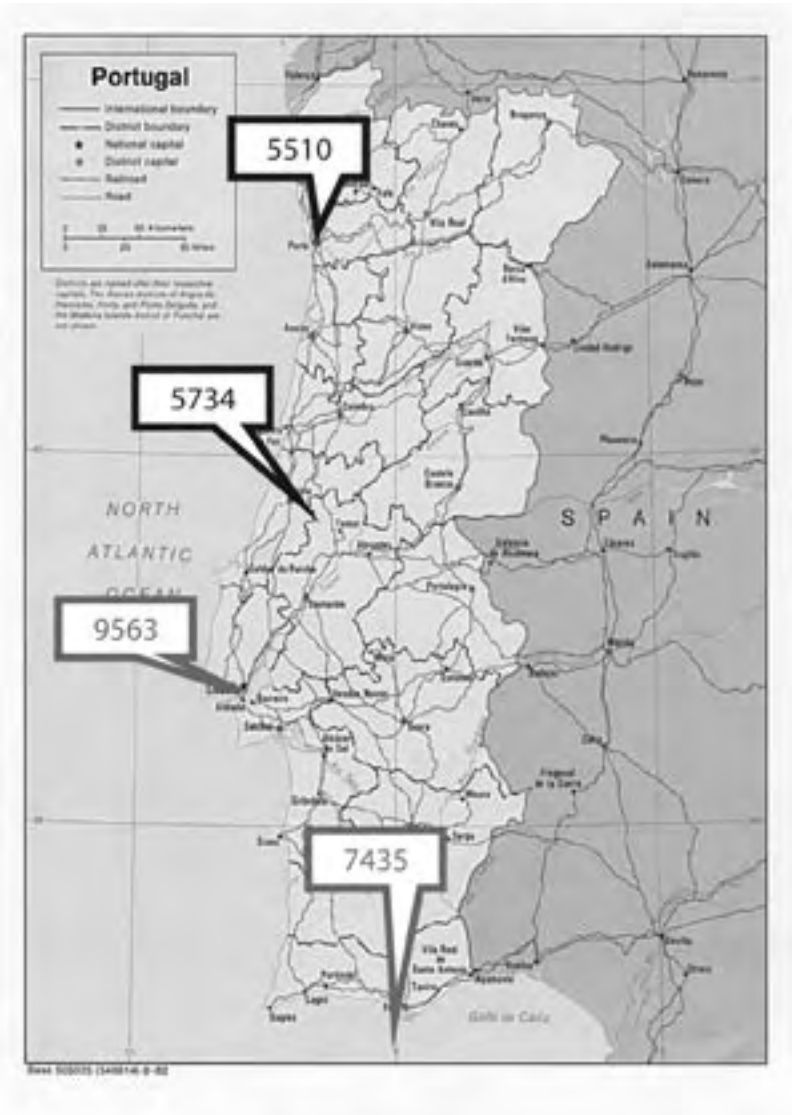
22. Existe uma diferença nos dados fornecidos pela fonte SEF (Gráfico 1) e a fonte IGT (Gráfico 5)

Gráfico 9 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA COM CONTRATOS REGISTRADOS, RELACIONADOS COM RESTANTE POPULAÇÃO IMIGRANTE, POR DISTRITO EM TERRITÓRIO PORTUGUÊS²³



23. Fonte: Inspecção-geral do Trabalho, 31/12/2002 (Continente)

Gráfico 10 – CONCENTRAÇÃO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA²⁴
(LOCAIS ONDE EXISTEM NÚMEROS SUPERIORES A 5000 INDIVÍDUOS)



24. Fonte: Inspecção-geral do Trabalho, 31/12/2002 (Continente)

6.1. Análise dos gráficos 8, 9 e 10

A distribuição da população imigrante ucraniana no território português segue a “mancha” da restante população imigrante, conforme se pode observar no Gráfico 5 e no Gráfico 6. Embora comece a apresentar alguns contornos próprios:

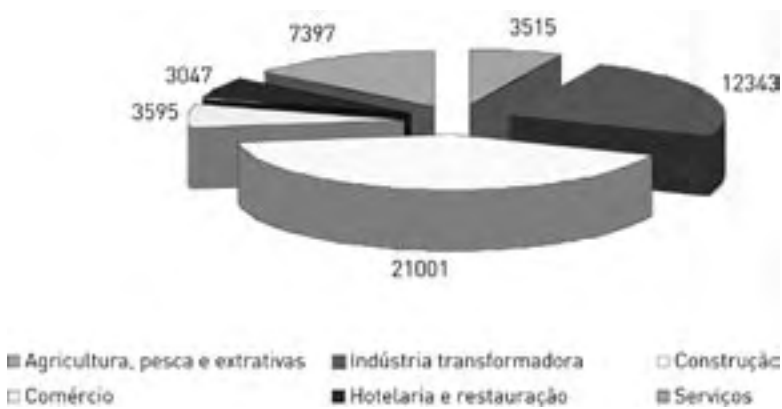
- Em alguns distritos constitui mais de 50 % da população imigrante, caso de Aveiro, Braga, Castelo Branco, Guarda, Leiria, Santarém, V. Castelo, Vila Real e Viseu;
- Em Bragança, da população imigrante, 50 % são ucranianos;
- Também estão presentes em Faro, Beja, Évora, Setúbal, Lisboa, Portalegre, Coimbra e Porto, constituindo no entanto menos de 50 % da população imigrante destes distritos.

Mais de 50 % da população imigrante ucraniana, 28242 indivíduos, encontra-se nas cidades (por ordem descendente de número) de Lisboa, Faro, Leiria e Porto.

A diferença com a distribuição da restante população imigrante, relativamente à população imigrante ucraniana, é que esta optou pela fixação no distrito de Leiria em detrimento do distrito de Setúbal, enquanto a restante população imigrante fixou-se em maior número no distrito de Setúbal.

7. População imigrante Ucraniana por sector de actividade

Gráfico 11 – POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA COM CONTRATOS REGISTRADOS PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA E POR SECTOR DE ACTIVIDADE²⁵ (FA)



25. Fonte: Inspecção-geral do Trabalho, 31/12/2002 (Continente)

O sector de actividade – construção – é o que regista o maior número de contratos registados cerca de 41,3 %. Seguido da indústria transformadora com 24,3 % dos contratos. Os serviços ocupam a terceira posição com 14,5 %. O comércio, a agricultura, pesca e extractivas, hotelaria e restauração ocupam respectivamente 7,1 %, 6,9 % e 6,0 % dos contratos registados para a obtenção de autorização de permanência.

Na consulta da mesma fonte, é também o sector de actividade construção, o responsável pela emissão da maior parte de contratos registados na restante população estrangeira.

8. População imigrante Ucraniana por tipo de contrato

Gráfico 12 – POPULAÇÃO IMIGRANTE UCRANIANA COM CONTRATOS REGISTADOS PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PERMANÊNCIA E POR TIPO DE CONTRATO²⁶ (FA)



O contrato a termo certo é o vínculo laboral que 88,4 % da população imigrante ucraniana estabelece com o empregador. Situação que é também partilhada pela restante população estrangeira nas mesmas condições, segundo a mesma fonte.

26. Fonte: Inspecção-geral do Trabalho, 31/12/2002 (Continente)

9. Síntese da análise dos dados sociodemográficos da população imigrante Ucraniana em Portugal – Ano 2001

Decididamente, este novo fluxo migratório, na Europa, marca as coordenadas Leste/Oeste, não contrariando, mas adicionando-se às grandes trocas migratórias no eixo Norte/Sul. Oriundo do Leste europeu, após o desmembramento do império soviético, os múltiplos enclaves a leste, gritam uma identidade e procuram uma independência, o sentido – não o único – mas o mais conveniente e apetitoso em termos económicos encontra-se a oeste.

De Kiev a Lisboa, uma linha recta no planisfério, passando obrigatoriamente pelo golfo de Marselha. A chegada de imigrantes ucranianos a Portugal faz-se num número cada vez mais significativo, a aumentar num crescendo e numericamente constituindo um grupo com algum peso no total da população imigrante.

A população imigrante ucraniana representa 35,40 % do total da população imigrante, aproximadamente 1/3. É uma imigração essencialmente masculina (o género masculino constitui 84 % dos indivíduos), existe pois um *ratio* de 5,09 imigrantes ucranianos masculinos para cada imigrante ucraniana feminina.

Cerca de 84,34 % da população imigrante ucraniana com contrato registado encontra-se na faixa etária dos 25 aos 54 anos, ou seja, em plena idade produtiva. Ainda nesta faixa etária encontram-se 84,71 % dos homens e 82,45 % das mulheres.

Nesta faixa etária, a relação sexo masculino versus sexo feminino aumenta para 5,23. Este dado poderá ter algum interesse, pois além de ser a faixa etária produtiva por eleição, ela também é, por excelência, a idade reprodutiva.

O sector de actividade – construção – é o que regista o maior número de contratos registados cerca de 41,3 %. Seguido da indústria transformadora com 24,3 % dos contratos. Os serviços ocupam a terceira posição com 14,5 %. O comércio, a agricultura, pesca e extractivas, hotelaria e restauração ocupam respectivamente 7,1 %, 6,9 % e 6,0 % dos contratos registados para a obtenção de autorização de permanência. É também o sector de actividade construção, o responsável pela emissão da maior parte de contratos registados na restante população estrangeira.

O contrato a termo certo é o vínculo laboral que 88,4 % da população imigrante ucraniana estabelece com o empregador. Situação que é também partilhada pela restante população estrangeira nas mesmas condições, segundo a mesma fonte.

A distribuição da população imigrante ucraniana no território português segue a “mancha” da restante população imigrante. Embora comece a apresentar alguns contornos próprios²⁷.

10. Comparação de alguns indicadores epidemiológicos entre Portugal e a Ucrânia

Quadro 4 – DADOS COMPARATIVOS ENTRE PORTUGAL E UCRÂNIA²⁸

Indicadores	Portugal	Ucrânia
Superfície (km2)	91 906,955	603 700
População em 01.01.2001 (milhares)	10 242,9	49 036,5
Densidade populacional (0/00)	111	83
Crescimento da população (0/00)	6,3	- 8,5
Excedente de vidas (0/00)	1,4	- 7,6
Saldo migratório (0/00)	4,9	- 0,9
Taxa de natalidade (0/00)	11,8	7,8
Taxa de nupcialidade (0/00)	6,3	5,6
Taxa de divórcio (0/00)	1,9	4,0
Taxa de mortalidade (0/00)	10,3	5,5
Taxa de mortalidade infantil (0/00)	5,5	--

A Ucrânia tem de superfície 603,700 km², Portugal possui 91,906 km².

A Ucrânia apresenta aproximadamente 4,7 mais população que Portugal. Na Ucrânia vivem 83 habitantes por km2, enquanto em Portugal esse número sobe para 111 habitantes por km².

Apresenta um crescimento efectivo de população de -8,5, ou seja, este número negativo resulta da soma entre o saldo natural (diferença entre o número de nados-vivos e o número de óbitos), o número de óbitos é superior aos nascimentos (o que se comprova analisando as taxas de natalidade e mortalidade) o que põe em risco o renovamento geracional. Ao contrário de Portugal, em que os nascimentos superam (embora ligeiramente) os óbitos.

27. ver página 77.
28. Fonte: INE, Estatísticas Demográficas, 2001. Referências: Concelho da Europa – Recent demographic developments in Europa 2001

Relativamente ao saldo migratório a Ucrânia apresenta -0,9, sendo este saldo negativo encontrado através da diferença entre as entradas e as saídas por migração, o que nos permite dizer que o número de saídas é superior ao de entradas no país. Contrariamente ao que acontece em Portugal, que apresenta um saldo migratório de 4,9. Claramente as entradas no país suplantam as saídas. Temos a Ucrânia como um país de emigração e Portugal como um País de Imigração.

A taxa de natalidade é significativamente inferior à de Portugal, bem como a taxa de mortalidade.

A taxa de nupcialidade é a única mais próxima nesta análise entre os dois países, para logo se alterar esta aparente convergência quando verificamos a taxa de divórcio: a Ucrânia apresenta o dobro do valor português.

Quanto à taxa de mortalidade infantil é de 5,5 em Portugal, desconhece-se este valor na Ucrânia. É um indicador que permite medir de uma forma indirecta a qualidade dos serviços de saúde.

PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I – METODOLOGIA

Pretendemos nesta III Parte apresentar as nossas opções metodológicas, os instrumentos de recolha de dados aplicados, e a forma como os dados foram analisados.

Relativamente, à arte de dirigir a nossa pesquisa, Quivy e Campenhoudt (1995:15):

“... 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...”

À semelhança de Carmo e Ferreira (1998:175), achamos importante discernir entre método e técnicas de investigação. Vamos definir método como os grandes princípios orientadores, construídos *à priori*, como um conjunto de directrizes que enquadram a possibilidade da existência de acções para atingir determinadas finalidades; método será o caminho possível, como nos refere Grawitz (1990:385):

“... dans un sens restreint, pour dégager un élément commun à toutes ces méthodes, on dira que l’on peut considérer la plupart d’entre elles comme un ensemble concerté d’opérations, mises en oeuvre pour atteindre un ou plusieurs objectifs, un corps de principes présidant à toute recherche organisée, un ensemble de normes permettant de sélectionner et coordonner les techniques...”

A mesma autora refere que toda a investigação ou aplicação de carácter científico, nas ciências na sua generalidade, comportam a utilização de procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem aplicados de novo, desde que se mantenham as mesmas condições, sem dúvida adaptados ao género do problema, ou fenómeno em causa, ao que esta autora nomeia de técnicas.

Assim, técnicas são *procédés opératoires rigoureux*. A escolha da(s) técnica(s) está dependente – rigorosamente dependente – dos objectivos propostos, objectivos esses intimamente ligados ao método de trabalho. Grawitz (1990:385):

“... la méthode est une conception intellectuelle coordonnant un ensemble d’opérations, en général plusieurs techniques...”

Esta relação é superiormente ilustrada pela mesma autora, ao recorrer à comparação com o jogador de ténis, também este possui um conjunto de técnicas (servir, defender, a forma de colocar a raqueta, a forma de efectuar o gesto). Cada um utiliza uma técnica em função de um método (fatigar o adversário, jogar para o fundo do campo ou junto à rede). O método resulta de reflexão, este utiliza e organiza as técnicas que são concretas em função do objectivo: *gagner*, neste exemplo concreto.

1. Objecto de investigação

Agregamos neste ponto, o que achamos que está na “mira” do nosso processo de investigação, assim justificamos a construção da nossa problemática de investigação, as questões que nos “assaltaram”, os objectivos que nos propusemos concretizar através deste processo

1.1. Problemática de investigação

Para definir melhor a problemática sentimos a necessidade de efectuar entrevistas exploratórias. Estas entrevistas permitiram delimitar o nosso campo de acção, dando especial enfoque aos ucranianos, não nos diluindo no grande grupo que seriam os imigrantes de Leste.

As estatísticas sobre imigração, consultadas no *site* do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, são claras: os ucranianos são o maior grupo oriundo da Europa de Leste. Até Março de 2002 tinham sido concedidas 52 578 autorizações de permanência a este grupo de imigrantes.

O constructo da problemática é precisamente a aplicação de um paradigma do cuidar, como princípio orientador de uma melhor prestação de cuidados de saúde, a um grupo de pessoas – os imigrantes ucranianos – quando estes se deslocam aos nossos serviços de saúde.

Estas entrevistas permitiram ainda a constatação de que os profissionais de saúde detêm – também eles – um manancial de informação relativamente à postura e prestação dos cuidados de saúde a este grupo de imigrantes, possivelmente uma fonte de informação a que teremos que recorrer.

São estes os motivos que vão provocar a emergência de questões de investigação, tendo sempre como bússola o quadro de finalidades, objectivos que nos propomos atingir, como refere Boutinet (1986:9):

“... os motivos e as finalidades definem o sentido do projecto, um duplo sentido a compreender de um ponto de vista temporal; os motivos enraízam o projecto no momento presente, sem contudo o tornarem prisioneiro desse momento; as finalidades ancoram o projecto no futuro sem se iludirem com esse futuro. É assim que o projecto está destinado a vogar entre o realismo do presente e o ilusionismo do futuro...”

Embora este autor se refira concretamente ao trabalho de projecto, revemo-nos no nosso percurso de pesquisa, neste dinamismo: também a construção do nosso trabalho de investigação, enquanto processo, sofre “afinações” consoante o confronto com o real. A construção de saber, de conhecimento resulta da âncora que lançamos no futuro (objectivo) em confronto com o agir diário do nosso percurso de investigação.

1.2. Questões e objectivos da investigação

“Imigrantes ucranianos em Portugal e Cuidados de Saúde:
Qual a situação? Que relação?”

Esta questão central determinou uma série de outras perguntas que nos permitiram adquirir conhecimentos para constituir entendimento sobre este assunto:

- Quem são os imigrantes ucranianos?
- Como é que os imigrantes ucranianos se relacionam com o sistema português de saúde? Solicitações? Dificuldades?
- De que forma se relacionam e como se situam em relação a sociedade de acolhimento?
- Como se estabelece a relação imigrante ucraniano/profissional de saúde face às necessidades de saúde que os imigrantes ucranianos manifestam na fase migratória em que se encontram relativamente à sociedade de acolhimento?

Como objectivos pretendemos efectuar um diagnóstico de situação sobre:

- Dados sociodemográficos da população imigrante ucraniana que recorre aos serviços de saúde portugueses;
- Clarificar e relacionar o processo de aculturação com a sociedade de acolhimento em que se encontram;
- Detectar principais solicitações deste grupo de imigrantes nessa

fase de aculturação;

- A forma como os profissionais de saúde exerce a prestação de cuidados de saúde a este grupo de imigrantes;
- Compreender alguns dos mecanismos que interferem no estabelecimento da relação imigrante ucraniano/profissional de saúde.

1.3. Justificação do estudo

A relevância do estudo que nos propomos efectuar tem eco nas medidas internacionalmente assumidas por organizações de mérito, e pretende conhecer melhor esta problemática em Portugal. Estamos em crer que a investigação em curso permitirá aprofundar conhecimentos sobre os fenómenos em estudo. Por outro lado, o facto da relação do estudo do grupo de imigrantes ucranianos com os serviços de saúde não ser muito explorada em Portugal, confere um aspecto pioneiro à investigação, como tal, pretendemos trazer subsídios para que futuras pesquisas se debruçassem sobre estas questões.

1.4. Limitações do estudo

O nosso desconhecimento da língua que se pratica na Ucrânia é uma limitação, pois só teremos acesso a imigrantes ucranianos que dominem a língua portuguesa, ou através de intérpretes.

Outra limitação é estarmos limitados temporalmente. Dispomos, apenas, de um ano para realizar a presente pesquisa.

2. Instrumentos e técnicas de investigação

A opção da metodologia e das técnicas de investigação está dependente dos objectivos propostos – ambos já anteriormente referidos. Esta opção determinou consequentemente os procedimentos operatórios.

Assim, ao objectivarmos como desejável para a nossa pesquisa um diagnóstico de situação de um grupo particular da população – imigrantes ucranianos – e a sua relação com o sistema nacional de saúde, reforçamos a ideia – através das leituras e entrevistas com peritos nesta área de pesquisa – da aridez de dados sobre esta problemática.

De onde surge a necessidade de um raciocínio de forma indutiva, os conceitos, a compreensão dos fenómenos é construída com base na informação

recolhida. Esta informação não surge para comprovar hipóteses, eventualmente poderá se constituir em hipóteses – será um outro percurso de investigação. Esta aridez de dados faz-nos olhar para a população em estudo, globalmente, de uma forma holística. A população em estudo é “olhada” de uma forma naturalista, interagimos com o objecto de estudo, mesclamo-nos deste, tentando adquirir informação que nos permita compreender o fenómeno – procurando a descrição e a minimização dessa interacção com a população em estudo, no reflexo dos dados recolhidos.

É compreensível a nossa opção pelo paradigma qualitativo, as características da população em estudo, os objectivos propostos e o contexto encaminham-nos para este modelo. A população imigrante ucraniana é recente em Portugal²⁹. É necessário pois conhecer os membros desta população, como pessoas, e construir uma aproximação ao seu modo de vida. É necessário sentir – ou pela aproximação provocada pela intensidade do relato – o que esta população está a vivenciar e sempre que possível procurar o sentido da sua necessidade de prestação de cuidados de saúde. Segundo esta perspectiva, o investigador – é ele também – processo de investigação, Carmo e Ferreira (1998:181):

“... o investigador é o instrumento de recolha de dados; a validade e a fiabilidade dos dados depende muito da sua sensibilidade, conhecimento e experiência...”

A nossa investigação decorre de uma forma sequencial, com início em fenómenos de carácter geral, baseados na observação, leitura e entrevistas, que nos permitiram conceber um corpus de conhecimento e delimitar o nosso objecto de estudo. Após esta fase, privilegiamos a utilização do inquérito como instrumento de recolha de dados. Matalon (2001:13) aponta algumas razões para o recurso ao inquérito:

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

Desta forma, as técnicas de investigação eleitas foram a observação participada e o inquérito quer na sua versão menos directiva – entrevista – quer na sua forma mais estruturada – questionário.

29. <http://www.ine.pt/proderv/series/serie.asp>, 18 de Maio de 2003, 18:10h, o INE até 2001 não apresenta os dados relativos à população imigrante ucraniana, no seu tema de “Estrangeiros com residência legalizada por nacionalidade e sexo”

2.1. A entrevista

Pretendemos conhecer a forma como a população imigrante ucraniana vivencia saúde e doença, como se relaciona com estas situações, qual a sua capacidade de reagir a situações desfavoráveis de doença. Dados que só poderão emergir através de uma entrevista semiestruturada, semidirectiva, os dados irão fluir como se de uma conversação se tratasse. Sobre este assunto, Albarello (1997:95) refere:

“... o papel do entrevistador, numa óptica semidirectiva, pode ser delimitado nestes termos: segue a linha de pensamento do seu interlocutor, ao mesmo tempo que zela pela pertinência das afirmações relativamente ao objectivo da pesquisa, pela instauração de um clima de confiança e pelo controlo do impacte das condições sociais da interacção sobre a entrevista...”

Técnica privilegiada para colhermos dados num processo de investigação de cariz exploratório, a entrevista permite-nos ainda relacionarmos-nos com a população imigrante ucraniana. Como já referimos, impõe-se um procedimento indutivo o investigador interage no terreno, como refere Albarello (1997:97):

“... na sua base encontra-se uma pesquisa exploratória, fase aberta na qual o investigador se situa como um verdadeiro explorador, se familiariza com uma situação ou um fenómeno e tenta descrevê-los e analisá-los. Nesta fase aberta, o investigador, graças ao raciocínio indutivo e muitas vezes também graças a numerosos factores inconscientes ou ocasionais, faz emergir uma hipótese entre várias alternativas, coerente com o corpo de conhecimentos anteriores bem estabelecidos...”

2.1.1. A análise de conteúdo

Para Bardin (1977:10):

“... os processos de análise de conteúdo obrigam à observação de um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reacção interpretativa. Se este intervalo é rico e fértil, então, há que recorrer à análise de conteúdo...”

Utilizamos esta técnica de investigação porque permite conhecermos esses intervalos de acontecimentos de extrema importância nas práticas de vida das pessoas. Para além dessa utilização, consideramos o instrumento adequado para analisar as transcrições das entrevistas e das respostas a perguntas abertas existentes no questionário.

A forma de procedimento indutivo que utilizamos provoca um vaivém entre o que pretendemos (objectivos) e o que encontramos (recolha dos dados), este processo obriga-nos a constantes “reformulações”, descobertas, Albarello (1995:117):

“... 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, consideramos que o que Albarello (1995:120) nomeia como descrição analítica serve os objectivos que delineamos, na medida em que não existe uma grelha predefinida, a análise incide sobre os materiais que emergem, “... as classes ou categorias e as suas relações são sugeridas ou descobertas, indutivamente, a partir dos dados...”. Não desejamos a criação prévia de um esquema de análise, na medida em que consideramos que tal facto, poderá induzir a exploração e descrição a que nos propusemos. Pretendemos descrever os actores em situação, imigrantes ucranianos em Portugal e profissionais de saúde no exercício. Também Bardin (1997:119) nos apresenta 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 construir conhecimento a partir do que é significativo para este. Assim, o sujeito relata acontecimentos e relações entre acontecimentos, descreve situações marcantes. Vai de encontro ao sentido exploratório da nossa pesquisa.

2.2 O questionário

Acerca das diferentes possibilidades que variam entre a entrevista e o questionário quanto ao menor ou maior grau de directividade do inquérito. Matton (2001:63) refere:

“... as técnicas do inquérito serão diferentes segundo a sua maior ou menor directividade. Num extremo desta dimensão, encontraremos a entrevista não directiva (também chamada livre ou em profundidade) (...) no extremo oposto, o questionário fechado é constituído por questões sucessivas, cuja ordem e formulação foram fixadas ante-

cidadamente (...) entre estes dois extremos são possíveis numerosos procedimentos intermediários...”

Assim, a diferença entre entrevista e questionário baseia-se no facto de as técnicas menos directivas serem apanágio da entrevista, enquanto os questionários primam pela formulação prévia das perguntas. Na aplicação destas modalidades do inquérito não há clareza sobre os limites de um ou de outros, Matalon (2001).

O questionário que nos propomos terá características de misto, por ordem de menor grau de directividade para maior grau de directividade. O que Matalon (2001:64) define como:

“... o questionário aberto: a formulação e a ordem das questões são fixas, mas a pessoa pode dar uma resposta tão longa quanto desejar e pode ser incitada por insistência do entrevistador. O questionário fechado: a formulação das questões, a sua ordem e a gama de respostas possíveis são previamente fixadas...”

Propomos um questionário misto, que contenha características do questionário aberto e características do questionário fechado. Irá ser constituído por questões que se debruçam sobre factos e por questões que procuram a opinião, as preferências. Quanto à forma estas questões poderão ser abertas (o inquirido responde utilizando o seu vocabulário, tece comentários), ou fechadas (o inquirido escolhe, de entre, uma lista de respostas possíveis). Esta mescla de informação – facto versus opinião – procura precisamente descrever holisticamente a população imigrante ucraniana.

Como referem Quivy e Campenhoudt (1995:188), os questionários podem ainda classificar-se em de administração indirecta quando é o investigador a completar as respostas que lhe são transmitidas e de administração directa quando é o próprio inquirido que o preenche.

No questionário aplicado à amostra Profissionais de Saúde, construímos uma pergunta com um determinante em estímulo que visa uma resposta através de palavras únicas, concisas e claras. Destacamos a construção desta pergunta porque visa informação do foro intra pessoal, procuramos uma dimensão emocional na prestação de cuidados de saúde, quando o alvo destes cuidados são imigrantes ucranianos.

Devido às características da nossa pesquisa configurou-se-nos mais adequado aplicar o questionário de administração indirecta à nossa amostra

da população imigrante ucraniana e mais correcto aplicar o questionário de administração directa à nossa amostra dos profissionais de saúde.

É de nossa consideração que a estratégia metodológica acima referida se adequa e serve os objectivos propostos.

3. Tipo de estudo

Norteados por um paradigma qualitativo, consideramos o estudo em curso de exploratório, descritivo e transversal, pois pretende efectuar um diagnóstico de situação, relativamente aos imigrantes ucranianos e a sua relação com o sistema nacional de saúde. Carmo e Ferreira (1998:213):

“... Investigação descritiva. Esta área de investigação implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação...”

Com o decorrer do trabalho de campo, com as dificuldades sentidas e as soluções encontradas, a nossa pesquisa apropriou-se de características que de algum modo se enquadram no estudo etnográfico, *field research* ou método etnográfico. Vejamos o que a literatura nos elucida sobre esta terminologia.

Relativamente ao estudo etnográfico, Carmo e Ferreira (1998:219):

“... a unidade de estudo num estudo etnográfico é uma organização, uma escola (ou uma turma), um programa. O comportamento e as crenças dos sujeitos que pertencem a uma determinada organização serão melhores compreendidos no contexto da própria organização...”

Sobre *field research*, Quivy e Campenhoudt (1995:234):

“... a field research (ou estudo no terreno), que consiste em estudar as situações concretas no seu contexto real (...) a field research é actualmente conciliável com diversos campos de investigação em ciências sociais, nomeadamente a sociologia do trabalho, da saúde ou da educação. Debruça-se sobre grupos específicos, cujos comportamentos e interações tenta captar...”

Fortin (1996:159) relativamente ao método etnográfico:

“... serve principalmente na sua versão clássica, para explicitar os modos de vida e as visões do mundo dos grupos etnoculturais (...) em ciências de enfermagem é utilizado para descrever unidades de tratamento ou comunidades em relação com uma problemática de saúde ou de doença...”

No entanto, certas características dos estudos etnográficos como sejam a observação participante prolongada, exposta, interactiva do investigador não aconteceram de forma marcadamente e necessariamente etnográfica.

Estávamos limitados no tempo e nos recursos materiais disponíveis.

Esta dificuldade de classificação do *design* de estudo, ou mesmo esta aproximação a uma classificação de estudo etnográfico, deve-se ao facto, como considera Benjumea (1997), ao referir que a investigação em saúde está directamente relacionada com as crenças e valores que os indivíduos tem sobre a sua saúde e conduta pessoal.

Esta postura apela a um paradigma naturalista na terminologia das disciplinas das ciências sociais, constructivista na linguagem da psicologia. Segundo Benjumea (1997), a investigação em saúde deve realizar-se em lugares naturais e sem restrições, lugares onde as pessoas trabalham, vivem e onde buscam os serviços de saúde. Para estes contextos, a investigação altamente controlada e experimental é infrutuosa; os estudos etnográficos, antropológicos e qualitativos são adequados.

Benjumea (1997:66:67):

"... la salud humana esta atada a los sueños, esperanzas, actitudes, valores, creencias y maneras de comprender de los individuos. Todas estas características forman parte de lo que llamamos cultura. Los lados culturales y sociales de la vida se comprenden mal usándose la indagación convencional, pero se investigaran bien en toda su complejidad usando los medios y métodos de campo antropológicos..."

Este desenho de investigação impõe uma gradação de aproximação ao objecto de investigação. Numa primeira fase, o investigador adoptará uma postura mais de observador, "espectador" dos acontecimentos, pretende efectuar uma apreensão panorâmica do fenómeno em causa. As fases posteriores implicam uma maior participação no processo de apreensão do fenómeno, passa de observador a participante, de "espectador" a "actor", centra-se mais no fenómeno. Pretende nesta fase uma apreensão mais em profundidade.

Reveste-se de particular importância nesta abordagem, como preparação para "entrar" na primeira fase, toda a recolha de informação existente sobre o objecto de investigação. Ganha pois relevo as entrevistas exploratórias, efectuadas a peritos, informantes qualificados, sobre o fenómeno em estudo. Consideramos necessário apresentar os resultados das entrevistas exploratórias.

A classificação "investigativa" do nosso estudo, obriga-nos a localizar, descrever e delimitar, o espaço e o tempo, onde decorreram os processos de recolha de dados.

4. As entrevistas exploratórias

4.1. Contexto de realização

As entrevistas exploratórias devem ser solicitadas a peritos científicos, técnicos, a testemunhas privilegiadas e ao público directamente implicado na área em estudo. A entrevista deve ser semiestruturada, pois deve-se dar liberdade ao Outro, para dar o seu testemunho/ opinião, à semelhança dos métodos psicoterapêuticos de Carl Rogers.

Tendo como premissas estas qualidades necessárias ao desenrolar das entrevistas exploratórias, procuramos no nosso parque académico peritos que reunissem estas características e que demonstrassem disponibilidade para serem sujeitos à entrevista.

O único critério de escolha foi o facto de terem estado em contacto profissional com imigrantes ucranianos.

Assim, entrevistamos um presidente de uma associação de imigrantes, um membro fundador de uma associação de psicologia e psiquiatria transcultural, um sociólogo ligado à análise das práticas da migração, um profissional de saúde e um dirigente de uma central sindical responsável pelo departamento de migrações da mesma.

Estas entrevistas exploratórias tiveram como objectivo definir melhor a problemática. Como refere Quivy e Campenhoudt (1998:69):

"... as entrevistas contribuem para descobrir os aspectos a ter em conta e alargam ou rectificam o campo de investigação das leituras..."

Elaborámos o guião das entrevistas exploratórias e procedemos à sua execução.

Utilizámos o comportamento sugerido por Quivy e Campenhoudt (1998) procurando efectuar o menor número possível de perguntas, formulámos as nossas intervenções da forma mais aberta possível. Facilitámos a livre expressão do entrevistado. Evitámos, ao máximo, implicarmo-nos no conteúdo das entrevistas. As entrevistas foram previamente acordadas quanto à hora e ao local, desenrolando-se num ambiente e contexto adequados.

Foram apresentados ao entrevistado os objectivos da entrevista, que foi avisado da duração provável e pedido consentimento para gravar a entrevista em “áudio”. Antecipadamente foram colocados à disposição dos entrevistados todos os elementos colhidos ao longo da sua prestação.

4.2. Análise dos dados e interpretação dos resultados

Como técnica de tratamento de dados pretendemos 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 adaptará à natureza qualitativa desta investigação. Com base nos pressupostos de Vala (1986), pretendemos construir o sistema de categorização por unidades de análise, categorias e subcategorias de análise. Idealizámos estruturar as unidades de análise, nomeando-as de unidades de significação tal como Fortin (1996:316) refere:

“... a identificação das unidades de significação, consiste em subdividir o texto em unidades de significação naturais, as quais são parte do texto que ilustram factos ligados ao fenómeno...”,

a construção das diferentes unidades de significação obedecerá ao princípio da mesma autora Fortin (1996:316):

“... cada unidade de sentido é delimitada por uma mudança de conteúdo temático...”

Contudo pretendemos que as categorias e subcategorias emergjam da própria análise. Na nossa opinião, esta estratégia não pressiona o entrevistado: dá-lhe espaço para se mover dentro de um determinado quadro; será uma mescla entre o que Vala (1986) considera a construção *a priori* e a *posteriori*.

Cada entrevista foi catalogada com os seguintes símbolos: A, B, C, D, E. Os cortes no discurso do entrevistado foram assinalados com o seguinte símbolo (...) [reticências entre parêntesis].

A definição das unidades de significação, categorias e subcategorias obedeceram aos critérios de exaustividade, exclusividade, objectividade e pertinência preconizados por Carmo e Ferreira (1998:255). Assim procedeu-se à construção das unidades de significação, como refere Deschamps (1993:18):

“... os constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem, forçosamente, a parte da significação inerente a este contexto...”

A constituição das categorias e das subcategorias emergiram de dentro do conteúdo de cada unidade de significação, Vala (1996).

Após esta fase identificou-se quase naturalmente o que determinamos chamar os significados, a que Quivy e Campenhoudt (1998) nomeiam como indicadores, serão pois os pontos de referência para a interpretação dos resultados. Construímos uma síntese dos temas e sua distribuição, segundo os significados, para nos servir de guia na construção de um inquérito por questionário.

Esta fase preliminar serviu para aferir sensibilidade e tentativa de profundidade perante este fenómeno recente na nossa sociedade; a imigração ucraniana em Portugal, seus percursos de vida e sua relação com o Serviço Nacional de Saúde.

4.3. Síntese

Sem dúvida que estas cinco entrevistas exploratórias serviram para expor com mais clareza o caminho que me irá permitir clarificar a problemática.

Esta síntese que nos propomos efectuar não tem carácter conclusivo, mas servirá para aglutinar uma apreciação genérica de algumas questões relacionadas com a imigração Ucraniana.

A imigração ucraniana é essencialmente masculina, situa-se maioritariamente na faixa etária dos 20 aos 55 anos. As famílias de imigrantes ucranianos são em pequeno número, bem como as crianças. O seu desempenho profissional situa-se essencialmente no sector primário, na construção civil. Possuem na sua maioria como nível de formação o ensino superior ou ensino técnico. Estes dados são concordantes com a análise sociodemográfica efectuada tendo como fontes de consulta o Instituto Nacional de Estatística, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e a Inspeção Geral do Trabalho.

Os entrevistados conotam os imigrantes ucranianos como sociáveis, alegres, não conflituosos e receptivos a relações de amizade.

A Igreja Católica é activa no desempenho de relações de ajuda a esta comunidade, também a Igreja Ortodoxa tem um importante papel no seio desta comunidade. Não é pois de estranhar que algum do movimento associativista tenha nascido no seio destas igrejas. Associativismo esse que é despoletado pela necessidade de pressionar e acelerar os processos de legalização.

As aprendizagens que os ucranianos fazem no nosso país prendem-se essencialmente com a Língua Portuguesa, referindo no entanto que estas aulas deveriam ser melhor organizadas e que necessitam de apoio de áudio e vídeo, para no período pós-laboral puderem praticar. Também efectuam visitas de cariz cultural de norte a sul de Portugal.

Existe uma queixa generalizada que se prende com o facto de o Governo português promover a situação de ilegalidade. Situação explorada por alguns empregadores que usufruem desta situação, pagando vencimentos abaixo da média. Esta situação é reforçada pela existência de empresas portuguesas em situação ilegal e sem alvará.

Existe um capital social negativo interno nos imigrantes de Leste: são as máfias, entidades empregadoras ilegais, (de nome *raquetas*), este capital só se pode contrariar se os imigrantes de leste adquirirem (ou aumentarem) neste campo um capital social externo, ou seja, se as leis, a fiscalização a nível transnacional (Portugal e países de Leste) criarem um forte impedimento ao desempenho e desenvolvimento destas organizações.

Relativamente ao SNS as situações que levam os imigrantes ucranianos a procurar este serviço são as seguintes: acidentes de trabalho, mais frequentes em homens, muitos traumatizados medula vertebral; doenças agudas, mais frequente nas mulheres, cólica renal, amigdalite; alcoolismo; angústia, ansiedade e depressão.

No seu desempenho no papel de doente são mais contidos em termos da manifestação da dor e são mais cumpridores das prescrições.

Recorrem maioritariamente aos serviços de urgência hospitalar, podendo também solicitar os serviços de urgência dos centros de saúde.

Enquanto doentes em regime de internamento, quando a família não está presente – que é a maior parte das vezes – são os colegas do trabalho geralmente da sua nacionalidade que os visitam e os vêm buscar, aquando da alta.

Os entrevistados consideram como obstáculos de acesso dos imigrantes ucranianos ao SNS: o suporte da língua é importante, a palavra é um dos grandes organizadores da pessoa e revelam o medo de ficarem doentes, deixarem de ser produtivos, ficarem dependentes dos companheiros.

5. Espaço e tempo do processo de recolha de dados

Os espaços inicialmente previstos para decorrer a recolha de dados seriam:

- A Capelanía Ucraniana do rito Bizantino Católico (antiga Igreja de Nossa Senhora da Nazaré), localizada em Arroios, Lisboa;
- Centros de Saúde, da área geográfica da Grande Lisboa, sob a alçada da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
- Hospital Garcia Orta, localizado na freguesia do Pragal, no concelho de Almada, na margem Sul do Tejo, o local eleito seria o serviço de Urgência Geral.

Por contratempos, características da população imigrante ucraniana (iremos explicitar melhor estas razões, quando tratarmos a amostra), tivemos que alterar um dos nossos espaços de recolha de dados. Assim o espaço “Capelanía Ucraniana do rito Bizantino Católico” foi trocado pela “Unidade Móvel – Médicos do Mundo”.

Temporalmente, a recolha de dados decorreu entre Novembro de 2002 e Abril de 2003, com maior incidência nos profissionais de saúde de Novembro de 2002 a Janeiro de 2003 e maior intensidade no trabalho de campo com a população ucraniana de Janeiro de 2003 a Abril de 2003.

5.1 Unidade móvel – Médicos do Mundo

Acompanhámos a unidade móvel de uma organização não governamental – Médicos do Mundo – na prestação de cuidados de saúde, documental, judicial, apoio afectivo e outro.

Esta unidade móvel é constituída por uma carrinha convenientemente apetrechada: o seu espaço é agradável privilegiando a privacidade dos que a ele recorrem.

Prestam cuidados nesta unidade uma equipa constituída por uma enfermeira, uma médica, uma administrativa, um advogado, um interprete e um motorista; o regime de voluntariado é o eleito nas relações de trabalho. Esta organização não governamental tem parcerias formadas com a Faculdade de Medicina Dentária, hospitais, centros de saúde e centros de exames auxiliares de diagnóstico, que quando necessários são accionados com agilidade. A informação distribuída pela unidade, seja sobre o atendimento ou outro tipo, está em formato papel e bilingue.

A unidade móvel desloca-se na cidade de Lisboa, estaciona em lugares previamente planeados e divulgados, facilitando a acessibilidade aos cuidados prestados.

O horário é das 20h00 às 23h00h. À segunda-feira no Cais do Sodré, terça-feira na Praça José Fontana, quarta-feira na Praça da Alegria, quinta-feira em Santa Apolónia, sexta-feira no Martim Moniz. Esta intervenção é subordinada ao título de “Noite Saudável”.

Após o acompanhamento da unidade, nos diversos pontos da cidade de Lisboa e consequente integração na equipa, onde fomos apresentados aos imigrantes ucranianos, iniciámos as primeiras observações e contactos, começámos a ser reconhecidos por esta comunidade como profissionais de saúde.

A opção pela zona de Santa Apolónia deveu-se ao facto de existir uma grande afluência de imigrantes ucranianos e ser uma área de confluência de outras organizações não governamentais, como sejam: O Exército de Salvação e Caritas. Pareceu-nos existir um tecido muito rico em termos de imigração no geral, e ucraniana em particular, o que se veio a confirmar no decorrer da nossa investigação.

5.2 Centros de Saúde

Os Centros de Saúde envolvidos situam-se na zona geográfica da Grande Lisboa. Estão na zona de abrangência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sob a área administrativa da Sub-Região de Saúde de Lisboa e a Sub-Região de Saúde de Setúbal. Foram inquiridos profissionais de saúde de sete Centros de Saúde destas Sub-Regiões de Saúde.

5.3 Hospital Garcia Orta

Esta unidade hospitalar situa-se na margem Sul do rio Tejo, na freguesia do Pragal, Concelho de Almada. Foi inaugurada em 1991, para colmatar as insuficiências do antigo Hospital da Misericórdia de Almada³⁰. A sua área de influência geográfica abrange os concelhos de Almada, Seixal, Sesimbra e península de Setúbal³¹, num total de 1942,9 km². A população residente na área geográfica referida é de 1063 254 habitantes³². Este hospital possui 479

30. Marçal, Armando. (1998). Identidade e alteridade em sistemas de saúde. Tese de Mestrado em Relações Interculturais. Universidade Aberta. Lisboa. pg. 104

31. Fonte: INE (1999 e 2001)

32. Fonte: INE, censos 2001

camas nos serviços de internamento, 36 camas nos serviços de observação e 11 camas na classificação de outros (bloco partos e bloco operatório), o que perfaz um total de 526 camas, o que se considera a lotação efectiva deste hospital³³.

Relativamente aos recursos humanos apresenta 450 elementos de pessoal médico, 702 elementos de pessoal de enfermagem, 185 elementos de pessoal administrativo e 521 elementos de pessoal auxiliar de serviços gerais³⁴.

Sobre a actividade assistencial do serviço de urgência geral (onde decorreu a aplicação do nosso questionário), apresentamos o seguinte quadro onde estão referidos o número de atendimentos por ano, entre 1997 e 2001.

Quadro 5 – ACTIVIDADE ASSISTENCIAL DA URGÊNCIA GERAL DO HGO

	1997	1998	1999	2000	2001
Urg. Geral	98,878	102,384	100,064	96,487	97,577

6. População-alvo

Carmo e Ferreira (1998:191) definem população como:

“... 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 (1996:203) diferencia entre população-alvo e população acessível:

“... 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...”

33. a informação reporta-se a 01/08/2002

34. Fonte: dados contidos em documento do Hospital Garcia Orta, intitulado Hospital Garcia Orta principais indicadores, 2002, Ministério da Saúde.

Matalon (2001:26) refere uma outra ocorrência que pode acontecer na escolha da população a estudar:

“... muito frequentemente, o investigador que se interessa por uma população em particular pode ser levado a ter de inquirir uma outra população, para poder dispor de um termo de comparação. Se, por exemplo, o seu trabalho visar os jovens, ser-lhe-á talvez necessário igualmente uma população mais velha, para poder determinar sem ambiguidade o que, nas respostas dadas pelos jovens, lhes é realmente específico...”

Todas as considerações destes autores sobre a população a estudar revelaram-se de uma grande utilidade. Assim, no decorrer do nosso estudo, as populações escolhidas apresentaram as seguintes características: uma é constituída tendo por base o facto de serem imigrantes ucranianos (com todo o referencial conceptual que estas palavras transportam), sendo limitada por um critério de exclusão, que é o facto de falarem, expressarem-se na língua portuguesa; a outra população é constituída por profissionais de saúde, sendo o exercício de uma profissão de saúde o que os agrega numa população.

Por outro lado, a distinção entre população-alvo e população-acessível revela-se de pormenor que confere clareza a este processo. Embora a nossa população-alvo seja por um lado a população imigrante ucraniana, não estará toda ela acessível ao nosso estudo, sendo também inviável tal situação dentro do espaço temporal e económico que decorre esta investigação. A população imigrante acessível será a que compreende o português e que através de uma técnica de amostragem de “bola-de-neve” nos será proporcionada.

A população profissionais de saúde que nos estará acessível será a localizada em hospitais e centros de saúde públicos (previamente escolhidos, opção baseada em critérios de oportunidade), a escolha dos dias e horas a aplicar os questionários será aleatória.

Por fim e de não somenos importância, a justificação da escolha de duas populações deve-se ao facto de não podermos dissociar na prestação de cuidados de saúde, quem é cuidado de quem cuida, Watson (1985) ilustra esta relação quando refere que o *cuidar transpessoal*, decorre da interacção de uma relação em que ambas se *transcendem* de si próprias *ao tempo, ao espaço e à história das suas vidas*. Esta autora marca a partilha de experiências num processo terapêutico de cuidar: o cuidador partilha a experi-

ência do outro que é cuidado e este por sua vez partilha a experiência do cuidador. Esta partilha de experiências cria um espaço, de reapropriações, de reconstruções e torna-se *parte de um maior, mais profundo e complexo padrão de vida*.

É este espaço que procuramos estudar, daí a nossa atenção sobre as duas populações.

6.1. Inserção no terreno e dificuldades

Era nosso propósito inicial constituir uma amostra da população que frequentava a Capelania Ucraniana do rito Bizantino Católico, localizada na freguesia de Arroios, Lisboa.

Iniciámos os contactos com o padre responsável por esta congregação e efectuamos as abordagens descritas; expusemos os objectivos da nossa pesquisa fomos extremamente bem recebidos pelo padre. Construímos os questionários apresentamos ao padre, o qual emitiu parecer favorável; acordámos ir um domingo de manhã à Igreja para nos apresentar à sua congregação e explicar o nosso estudo. Na sexta-feira anterior tínhamos acertado uma última reunião para burilar pormenores. A postura do padre tinha-se modificado. Levantou algumas dificuldades. Referiu que os seus conterrâneos não iriam colaborar, pois nessa semana tinham sido alvo da atenção de alguns agentes relacionados com o controlo de imigrantes clandestinos, e os imigrantes estariam desconfiados e extremamente relutantes em colaborar, referiu que seria desnecessária a nossa apresentação na missa do domingo seguinte. Perante tal quadro, regressámos de “mãos vazias”.

Na semana seguinte, retomámos o contacto com o padre e com alguma insistência nossa deixámos 100 (cem) questionários. Após muita persistência, ao fim de duas semanas, retornaram-nos dois questionários, uma mortalidade de respostas na ordem dos 98%. Tivemos que abandonar a possibilidade de constituir a nossa amostra a partir desta população, devido às circunstâncias externas, que actuaram desfavoravelmente na relação dos investigadores com esta comunidade imigrante ucraniana.

7. Amostra

7.1. Constituição da amostra

Fortin (1996:203) define amostra como:

“... a amostra é um subconjunto 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 constituição de uma amostra implica um processo de selecção que se denomina de amostragem, Carmo e Ferreira (1998:191), consoante a técnica de amostragem utilizada, assim se classifica a amostra.

No nosso processo de investigação, como já referimos, constituímos duas amostras: uma sobre a população imigrante ucraniana e outra sobre a população profissionais de saúde. Em ambas as selecções utilizámos como técnica de amostragem a amostra não probabilística.

Chegámos à constituição da amostra dos imigrantes ucranianos através de uma amostragem em “bola-de-neve”, ou seja, a partir dos elementos da população já conhecidos, identificámos outros elementos da população. Os primeiros identificados indicavam os seguintes e assim sucessivamente, a amostra cresce em “bola-de-neve”, a utilização desta técnica de amostragem deveu-se ao facto de se tornar impossível obter uma lista completa da população que se pretende estudar.

Na formação da amostra dos profissionais de saúde foi utilizada uma técnica de amostragem de casos típicos, devido às limitações de tempo e de recursos, foram seleccionados intencionalmente alguns locais, que serviram de manancial de elementos para a constituição da amostra. A utilização desta técnica está salvaguardada pelo nosso conhecimento dos serviços em causa.

Assim, a constituição da amostra dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde resultou de contactos efectuados a um grupo de enfermeiros, em ambiente de seminário, que após devidamente instruídos, os aplicaram a outros profissionais de saúde e nos devolveram no encontro seguinte. A constituição da amostra dos profissionais de saúde do Hospital Garcia Orta foi constituída de entre os profissionais que exercem no serviço de Urgência Geral³⁵.

35. anexo I

7.2. Caracterização da amostra

Constituámos duas amostras:

- Amostra de imigrantes ucranianos, formada por 102 indivíduos;
- Amostra de profissionais de saúde, formada por 84 indivíduos.

7.2.1 Critérios de inclusão

Amostra de imigrantes ucranianos, como critérios de inclusão, considerámos todos os indivíduos seleccionados pelo sistema de amostragem em “bola-de-neve” e que voluntariamente anuissem responder ao questionário.

Amostra de profissionais de saúde, como critérios de inclusão, todos os indivíduos que no local, dia e hora que aplicássemos o questionário, anuissem voluntariamente responder ao questionário.

7.2.2 Critérios de exclusão

Na amostra de imigrantes ucranianos considerávamos como necessário o facto de falarem e compreenderem a língua portuguesa.

Não estabelecemos critérios de exclusão para a amostra dos profissionais de saúde.

8. Instrumentos de recolha de dados e procedimentos

Numa primeira fase foi efectuada uma análise dos dados sociodemográficos da população imigrante ucraniana em Portugal, com a finalidade de enquadrarmos a nossa população-alvo. As fontes consultadas foram: o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a Inspeção-geral do Trabalho, o Instituto Nacional de Estatística e o DL no 4/2001 de 10 de Janeiro. Foi enorme a dificuldade em conseguir dados para caracterizar convenientemente a população dos imigrantes ucranianos em Portugal. Ressaltam dissonâncias entre as diferentes fontes, quanto ao número absoluto de imigrantes ucranianos entre o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e a Inspeção-geral do Trabalho, com uma ausência de dados por parte do Instituto Nacional de Estatística. Não é claro como algumas destas fontes aplicam o que é preconizado pelo DL no 4/2001 de 10 de Janeiro. Relativamente aos critérios que são necessários para classificar uma “autorização de permanência” ou uma “autorização de residência” como recensear esta informação?

Após efectuarmos as entrevistas exploratórias, a informação daí resultante permitiu-nos refinar a nossa problemática e estruturar os questionários. Foram elaborados dois questionários um dirigido aos imigrantes ucranianos e um outro dirigido aos profissionais de saúde. Ambos os questionários foram submetidos a pré-teste no mês de Janeiro de 2003, tendo ambos sido parcialmente reformulados.

A duração média da realização de cada questionário aos imigrantes ucranianos foi de 30 minutos. Na sua maioria foram realizados no período das 20h00 às 24h00, de segunda a sexta-feira. Foram realizados em média três a cinco questionários por dia, de Janeiro 2003 a Abril de 2003.

A duração média da realização de cada questionário aos profissionais de saúde foi de quinze minutos. Efectuado entre o período das 8h00 às 16h30 de segunda a sexta-feira.

Foram realizados em média dez a vinte questionários de cada vez, de Novembro de 2003 a Janeiro de 2003.

Em ambos os questionários estabeleceu-se interacção entre o entrevistador e entrevistado, tendo algumas vezes o questionário sido preenchido pelo entrevistador e outras pelo entrevistado. Sendo mais frequente o preenchimento do questionário pelo entrevistador na amostra dos imigrantes ucranianos e menos frequente na amostra dos profissionais de saúde.

Os questionários eram acompanhados de uma carta, onde o investigador se apresentava e enunciava os objectivos do seu estudo, particularmente na amostra dos imigrantes ucranianos esta apresentação foi realizada oralmente.

9. Análise e tratamento dos dados

Pretendemos respostas para as questões de investigação inicialmente levantadas. Pretendemos descrever a situação actual dos imigrantes ucranianos e a sua relação com o Serviço Nacional de Saúde. Como refere Fortin (1996:276):

“... as investigações descritivas efectuam-se num contexto exploratório, pois que a priori o comportamento das variáveis e as relações que possam existir entre elas são desconhecidas do investigador. Em teoria, a apresentação dos resultados estatísticos deveriam restringir-se às estatísticas descritivas. Com efeito, o objectivo final deste género de investigação é de oferecer um retrato global da amostra...”

Perante o resultado da recolha de informação, sentimos a necessidade de efectuar uma preparação inicial dos dados, a fim de serem submetidos aos procedimentos metodológicos.

Os dados estudados tiveram por base a análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas e das entrevistas. Recorremos também à estatística descritiva.

Assim os dados a serem submetidos a análise estatística descritiva foram agregados numa grelha e através do SPSS, (*statistical package for the social sciences*) uma ferramenta informática, que realizou os cálculos estatísticos pretendidos.

A análise de conteúdo quer das respostas às perguntas abertas quer da efectuada às entrevistas seguiu os propósitos enunciados no Ponto 2, deste capítulo.

A pergunta aberta no 16, do questionário Profissionais de Saúde, seguiu um percurso de análise diferente das restantes respostas a perguntas abertas. Esta pergunta, desencadeada por um estímulo, procurava conhecer a dimensão emocional do profissional de saúde aquando da prestação de cuidados de saúde a imigrantes ucranianos. As respostas (reações-palavra) a esta pergunta foram num primeiro tempo uniformizadas (os substantivos e os adjectivos foram colocados no masculino e singular e os verbos no infinito), num segundo tempo as palavras encontradas foram aglutinadas. Após esta preparação inicial, constituímos factores, atributos ou universos semânticos.

Aglutinámos as palavras em duas dimensões hegemónicas, uma relacionada com a interioridade, com o que é pessoal, privado ao profissional de saúde, e outra dimensão relacionada com o que é exterior, com o que é social, com a vida pública do profissional de saúde. No norte da nossa pergunta esteve sempre presente: o cuidado de saúde prestado ao imigrante ucraniano. Devido a alguma dificuldade da nossa parte relativamente à distribuição das palavras pelas dimensões, solicitámos a colaboração de um conjunto de dez docentes na área da saúde que se constituíram como juizes na apreciação e distribuição das palavras pela dimensão privada e pela dimensão pública. Não houve inter-relação entre os juizes no enunciado da sua apreciação.

CAPÍTULO II – RESULTADOS

1. Descrição geral dos procedimentos

Propomo-nos, neste capítulo, apresentar os resultados quer da análise de conteúdo quer do tratamento estatístico. A nossa apresentação inicia-se com a caracterização da população “imigrantes ucranianos” e da população “profissionais de saúde” estudadas. Pretendemos que esta caracterização baseada em dados sociodemográficos seja de tratamento da estatística descritiva. Sem dúvida que este procedimento, além da, caracterização proposta, dará subsídios para a descrição das populações em causa, em outras vertentes.

Posteriormente, utilizando a análise de conteúdo, iremos explorar e descrever as populações em estudo.

2. Caracterização das amostras

Foi de nossa consideração constituir duas amostras: uma constituída por imigrantes ucranianos, outra constituída por profissionais de saúde. A caracterização das amostras foi efectuada a partir da análise das variáveis demográficas. Na amostra Imigrantes Ucranianos os segmentos de texto foram codificados com QI seguida do número do questionário correspondente. Exemplo: QI1, QI2...QIn. Na amostra Profissionais de Saúde os segmentos de texto foram codificados com QP seguida do número de questionário correspondente. Exemplo: QP1, QP2...QPn. Na sub-amostra Profissionais de Saúde, aos quais foram efectuadas entrevistas, os segmentos de texto foram codificados com Q seguida do número de entrevista correspondente. Exemplo: Q1, Q2...Qn.

2.1. Amostra Imigrantes Ucranianos

2.1.1. Variáveis sócio demográficas

A amostra Imigrantes Ucranianos é constituída por 102 indivíduos, que voluntariamente responderam ao nosso questionário.

Quadro 6 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADE

Média	39,01
Mediana	40,00
Moda	42,00
Desvio padrão	10,02
Mínimo	20
Máximo	63

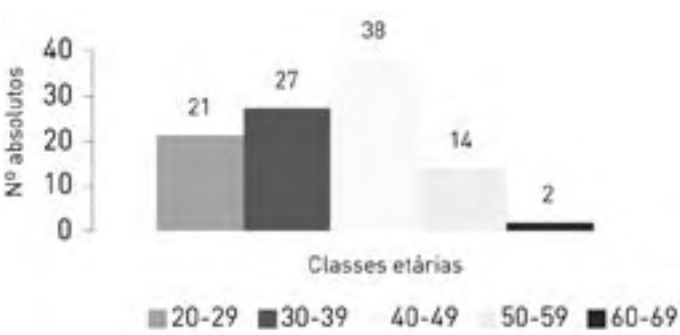
As idades encontram-se compreendidas entre os 20 e 63 anos, sendo a maior frequência a existência de indivíduos com 42 anos. Achamos nesta fase importante constituir classes para melhor situarmos a amostra quanto à idade.

Quadro 7 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRUPO ETÁRIO

Grupo etário	Frequência absoluta	Frequência relativa %
20-29	21	20,6
30-39	27	26,5
40-49	38	37,3
50-59	14	13,7
60-69	2	2,0
Total	102	100,0

É visível a maior frequência de indivíduos com idade compreendida entre os 40 e 49 anos. Se a esta classe agregarmos as classes antecedentes, que apresentam também indivíduos em quantidade razoável, poderemos referir que 84,4 % da nossa amostra se encontra entre os 20 e os 49 anos; situam-se pois na faixa considerada de população produtiva.

Gráfico 13 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRUPO ETÁRIO (FA)

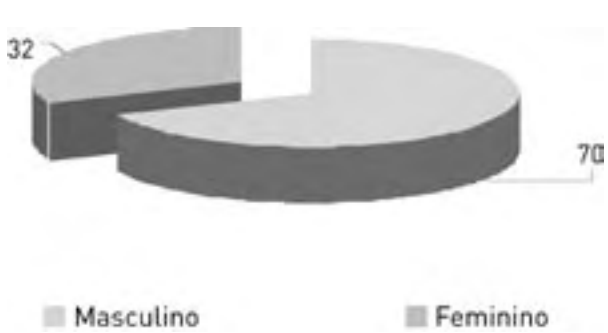


Quadro 8 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO

Género	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Masculino	70	68,6
Feminino	32	31,4
Total	102	100,0

A amostra não é homogênea relativamente ao género, já que 68,6 % dos indivíduos pertencem ao género masculino e 31,4 % ao género feminino.

Gráfico 14 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO (FA)

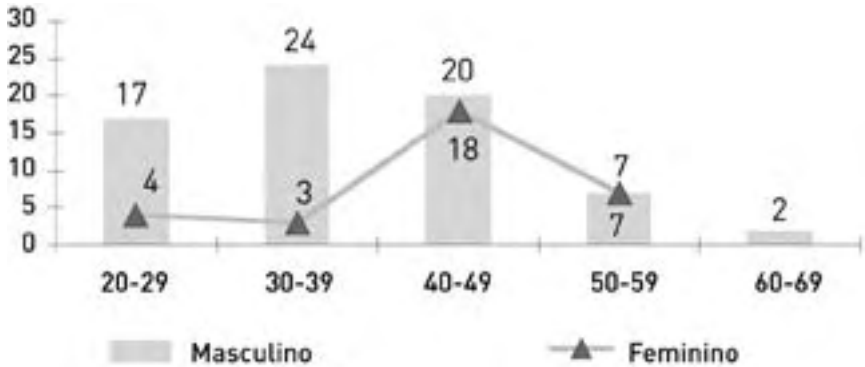


Quadro 9 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO

Grupo etário	Masculino		Feminino	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
20-29	17	24,3	4	12,5
30-39	24	34,3	3	9,4
40-49	20	28,6	18	56,3
50-59	7	10,0	7	21,9
60-69	2	2,9	0	0,0
Total	70	100,0	32	100,0

Interessante quando cruzamos o género com o grupo etário, apuramos que os imigrantes ucranianos masculinos da nossa amostra são mais frequentes no grupo etário dos 30 aos 39 anos, embora sejam igualmente significativos na classe antecedente e na precedente. Enquanto o género feminino é marcadamente frequente no grupo etário dos 40 aos 49 anos.

Gráfico 15 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO E POR GRUPO ETÁRIO (FA)



Quadro 10 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL

Estado Civil	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Solteiro	10	9,8
Casado	51	50,0
Divorciado	38	37,3
Viúvo	3	2,9
Total	102	100,0

A população imigrante ucraniana constituinte da nossa amostra é, maioritariamente, casada, embora uma grande percentagem se encontre divorciada.

Quadro 11 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL E GÉNERO

Estado civil	Masculino		Feminino	
	Frequência absoluta	Frequência relativa %	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Solteiro	10	14,4	0	0,0
Casado	33	47,1	18	56,3
Divorciado	24	34,3	14	43,8
Viúvo	3	4,3	0	0,0
Total	70	100,0	32	100,0

Enquanto na nossa população imigrante ucraniana o género masculino encontra-se nos quatro estados civis, com maior frequência no estado civil de casado e com alguma evidência no estado civil divorciado. O género feminino não se encontra representado no estado civil solteiro e viúvo, sendo a sua maior frequência no estado civil casado e também uma forte frequência no estado civil divorciado.

Quadro 12 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À SITUAÇÃO FAMILIAR AQUANDO DA VINDA PARA PORTUGAL

Acompanhamento pela família	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Acompanhados	20	19,6
Não acompanhados	82	80,4
Total	102	100,0

Quanto ao facto de terem iniciado a sua demanda migratória, cerca de 19,6 % saíram da Ucrânia acompanhados pela família, enquanto 80,4 % referem ter se separado da sua família.

Quadro 13 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA QUE OS ACOMPANHARAM

Membro da família	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Cônjuge	16	80,0
Cônjuge e filhos	2	10,0
Filhos	1	5,0
Irmãos	1	5,0
Total	20	100,0

De entre os que vieram acompanhados pela família da Ucrânia para Portugal (20 famílias), destes 80,0 % vieram acompanhados pelo cônjuge.

Quadro 14 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL E O TEREM VINDO OU NÃO ACOMPANHADOS PELA FAMÍLIA PARA PORTUGAL

Estado civil	Acompanhado	Não acompanhado
	Frequência absoluta	Frequência absoluta
Solteiro	0	10
Casado	18	33
Divorciado	2	36
Viúvo	0	3
Total	20	82

Da população imigrante ucraniana cujo estado civil é casado, cerca de 35,3 % (18) vieram acompanhados por familiares para Portugal. Da população imigrante cujo estado civil é divorciado, 5,3 % (2) vieram acompanhados por familiares para Portugal.

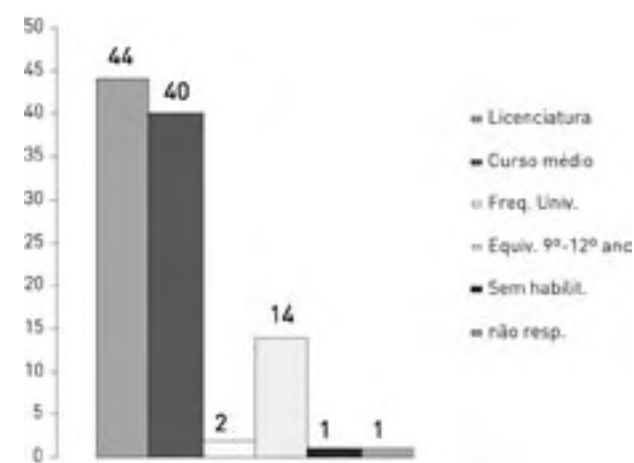
Da população imigrante ucraniana, cujo estado civil é casado e divorciado, 22,5 % vieram acompanhados por familiares para Portugal.

Quadro 15 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Nível de escolaridade	Frequência absoluta	Frequência relativa
Licenciatura	44	43,1
Curso médio	40	39,2
Freq. univ.	2	2,0
Equiv. 9º - 12º ano	14	13,7
Sem habilitações	1	1,0
Não respondeu	1	1,0
Total	102	100,0

Da amostra em causa, 43,1 % referiram possuir uma licenciatura. Significativo também o número que referiu possuir um curso médio (39,2 %). Se somarmos estes dois níveis de escolaridade encontramos o valor de 82,3 %, ou seja, um valor significativo revelador do nível de escolaridade superior da população em questão.

Gráfico 16 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE (FA)



Quadro 16 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA ÁREA DE LICENCIATURA

Tipo de licenciatura	Frequência absoluta	Frequência relativa
Comércio	1	2,3
Divertimento	1	2,3
Desporto	2	4,5
Economia	9	20,5
Engenharia	14	31,8
Física	1	2,3
Hotelaria	1	2,3
Humanísticas	2	4,5
Direito	1	2,3
Medicina	4	9,1
Militar	4	9,1
Música	1	2,3
Não definida	3	9,1
Total	44	100,0

As licenciaturas referidas pelos imigrantes ucranianos com maior frequência são respectivamente a licenciatura em Economia com 20,5 % das licenciaturas referidas, e a licenciatura em Engenharia com 31,8 % das licenciaturas referidas. A soma de ambas perfaz os 52,3 % de todas as licenciaturas mencionadas.

Quadro 17 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA ÁREA DE CURSO MÉDIO

Tipo de Curso Médio	Frequência absoluta	Frequência relativa
Aviação	1	2,5
Carpinteiro	3	7,5
Condução	1	2,5
Contabilidade	1	2,5
Cozinheiro	2	5,0
Gruísta	2	5,0
Hotelaria	1	2,5
Maquinista	1	2,5
Mecânico	3	7,5
Mercearia	1	2,5
Parteira	1	2,5
Serralheiro	1	2,5
Técnico laboratório	1	2,5
Técnico electrónico	1	2,5
Técnico contas	1	2,5
Não definido	19	47,5
Total	40	100,0

Na distribuição dos cursos médios não existe nenhuma área específica que se destaque. O que, eventualmente poderá ter algum significado seja o facto de 47,5 % dos imigrantes ucranianos não terem definido a área do curso médio.

Quadro 18 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA RELIGIÃO

Religião	Frequência absoluta	Frequência relativa
Católica	39	38,2
Ortodoxa	1	1,0
Sem religião	62	60,8
Total	102	100,0

Cerca de 38,2 % referem serem católicos, 1,0 % refere ser ortodoxo e 60,8 % referem não professarem nenhuma religião.

Quadro 19 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA PRÁTICA DA SUA RELIGIÃO

Religião	Frequência absoluta	Frequência relativa
Praticante	14	35,0
Não praticante	23	57,5
Não respondeu	3	7,5
Total	40	100,0

Dos 40 imigrantes ucranianos que manifestaram terem religião, 35,0 % destes afirmam o exercício da sua religião, enquanto que 57,5 % referem não praticarem a sua religião.

2.1.2. Variáveis inerentes à vinda para Portugal

Quando solicitados em “pergunta aberta” a explicitar a razão que os levaram a imigrar, foram muito consonantes nas respostas, o que permitiu agrupá-las:

Quadro 20 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELAS CAUSAS DA EMIGRAÇÃO

Causas da Emigração	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Económicas	67	65,7
Económicas e procura de melhores condições de vida	16	15,7
Económicas e arranjar melhores condições para a educação dos filhos (a educar na Ucrânia)	8	7,8
Económicas, por motivos de desemprego na Ucrânia	11	10,8
Total	102	100,0

O factor causal economia é transversal a todos os inquiridos como razão para a sua demanda migratória. Cerca de 65,7 % apontam como causa única a economia. Cerca de 34,3 % associam outro factor, que embora intimamente ligado à economia para os inquiridos adquiere significado. Assim, a procura de melhor suporte económico tem como alvo facilitar as condições dos processos de educação dos filhos na Ucrânia (pagamento de universidades, alojamento, alimentação, etc...), constituem 7,8 % da nossa amostra. O melhor tecido económico também lhes permite adquirirem melhores condições de vida, 15,7 %. Enquanto 10,8 % apontam o facto de estarem desempregados como a razão da sua migração.

Além da resposta solitária do termo economia, foi frequente durante a aplicação do questionário frases:

“... o dinheiro na Ucrânia não chega para planear o futuro dos filhos...”
“... não tinha emprego na Ucrânia...”

Quadro 21 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELAS RAZÕES QUE OS LEVARAM A ESCOLHER PORTUGAL

Razões da escolha da vinda para Portugal	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Proposta de trabalho – contrato	3	2,9
Gostar de Portugal	1	1,0
Facilidade em arranjar trabalho, através de agências de viagens na Ucrânia, torna fácil a ligação entre a Ucrânia e Portugal	97	95,1
Não respondeu	1	1,0
Total	102	100,0

Quando inquiridos sobre a escolha de Portugal como país destino do processo de imigração 95,1 % responderam ser fácil arranjar trabalho em Portugal, o que sucedia através de agências de viagem na Ucrânia, que tornavam fácil a ligação entre Ucrânia e Portugal. Existe marcadamente colocação de mão-de-obra em Portugal através de organismos que os imigrantes ucranianos denominam de agências de viagem.

Frequentemente referem frases:

“... as agências de viagem colocam-me em Portugal...”
“... disseram-me lá, nas agências de viagem...”

Quadro 22 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL QUE DETINHA NA UCRÂNIA

Situação Profissional	Frequência absoluta	Frequência relativa
Desempregado	36	35,3
Empregado	66	64,7
Total	102	100,0

Ao colocarmos a “pergunta aberta”, qual a profissão que exercia na Ucrânia, 35,3 % dos inquiridos responderam – desempregado. É um valor que não é concordante com a percentagem de 10,8 referida como causa de terem imigrado (Quadro 19) o facto de se encontrarem desempregados na Ucrânia.

Quadro 23 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA PROFISSÃO QUE EXERCIA NA UCRÂNIA

Situação Profissional	Frequência absoluta	Frequência elativa
Profissão/Licenciatura	33	50
Profissão/Curso médio	32	48,5
Profissão não definida	1	1,5
Total	66	100,0

Metade da nossa amostra que exercia uma profissão tinha por base uma licenciatura; 48,5 % desempenhava uma profissão que tinha por base um curso médio. Podemos referir que na nossa amostra existe uma elevada percentagem de especialização profissional.

2.1.3. Variáveis inerentes à profissão desempenhada em Portugal

Quadro 24 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL QUE DETÉM EM PORTUGAL

Situação Profissional	Frequência absoluta	Frequência relativa
Desempregado	38	37,3
Empregado	64	62,7
Total	102	100,0

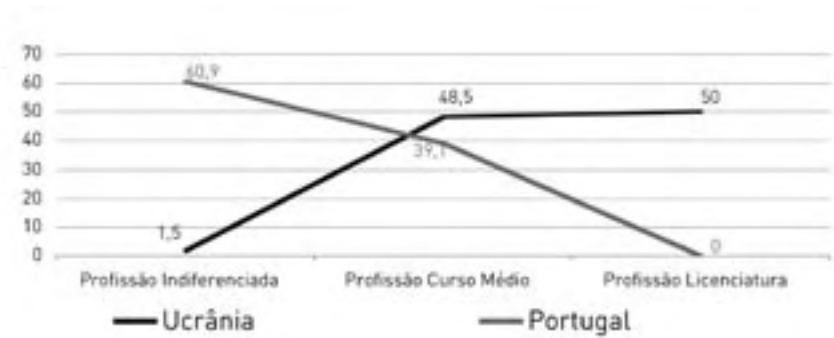
Ao compararmos os valores da situação profissional na Ucrânia com a actual em Portugal, a nossa amostra aumentou em 2 valores percentuais a situação de desempregado. Detinham a situação de desempregado na Ucrânia 35,3 %, após a migração, na sociedade receptora actual, a nossa amostra apresenta 37,3 % de desempregados.

Quadro 25 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA
PROFISSÃO QUE EXERCE EM PORTUGAL

Situação Profissional	Frequência absoluta	Frequência relativa
Profissão/Licenciatura	0	00,0
Profissão/Curso médio	25	39,1
Profissão não definida	39	60,9
Total	64	100,0

Ao compararmos o exercício profissional da Ucrânia para Portugal, observamos que dos 50,0 % que exerciam na Ucrânia uma profissão tendo por base uma licenciatura, com a passagem para Portugal passaram a 0,0 %. Houve também um decréscimo de 9,4 % na nossa amostra dos que desempenhavam uma profissão tendo por base um curso médio, com a passagem da Ucrânia para Portugal. Significativo o facto de com a passagem da Ucrânia para Portugal, o exercício de uma profissão indiferenciada passou de 1,5 % para 60,9 %.

Gráfico 17 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA PROFISSÃO QUE EXERCIA NA UCRÂNIA E A QUE EXERCE EM PORTUGAL (FA)



Quadro 26 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO GRAU DE SATISFAÇÃO
COM A PROFISSÃO QUE EXERCE EM PORTUGAL

Grau de satisfação	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Satisfeito	17	16,7
Não satisfeito	85	83,3
Total	102	100,0

Da nossa amostra 83,3 % não se encontra satisfeita com o exercício da profissão que desempenha em Portugal. Dos 16,7 % que referem satisfação, 1,0 % referiu muito satisfeito com a profissão que exerce em Portugal

Quadro 27 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO TEMPO
DE PERMANÊNCIA EM PORTUGAL

Tempo de permanência em Portugal (meses)	Frequência absoluta	Frequência relativa %
0 – 12	74	72,5
13 – 24	18	17,6
25 – 36	7	6,9
37 – 48	3	2,9
Total	102	100,0

A nossa amostra revela um carácter recente de imigração ucraniana, até aos 12 meses de permanência em Portugal, encontram-se 72,5 % dos imigrantes ucranianos, se a esta classe somarmos a classe precedente podemos afirmar que nos últimos 24 meses chegaram a Portugal 90,1 % da população imigrante ucraniana constituinte da nossa amostra.

2.1.4. Variáveis inerentes à residência e partilha dessa residência em Portugal

Quadro 28 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO TIPO DE RESIDÊNCIA SITA EM PORTUGAL

Tipo de habitação	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Prédio	29	28,4
Moradia	1	1,0
Pensão	47	46,1
Estaleiro/Obra	3	2,9
Sem abrigo	21	20,6
Barraca	1	1,0
Total	102	100,0

É elevado o número de imigrantes ucranianos pertencentes à nossa amostra que habita em pensão (46,1 %). Habitam também em prédios (28,4 %) e da nossa amostra 20,6 % referem não possuir habitação.

Quadro 29 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO NO DE ASSOALHADAS DA HABITAÇÃO QUE USUFRUEM EM PORTUGAL

No assoalhadas	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1	56	69,14
2	24	29,63
5	1	1,23
Total	81	100,0

Da nossa amostra 98,77 % vive em habitações, são constituídas por 1 a 2 assoalhadas.

Quadro 30 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELAS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO QUE USUFRUEM

Saneamento básico (água, luz e esgotos)	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Com saneamento	77	75,5
Sem saneamento	25	24,5
Total	102	100,0

Da nossa amostra, 75,5 % possui saneamento básico, enquanto que 24,5 % não possui saneamento básico.

Quadro 31 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO NÚMERO DE RESIDENTES COM QUE PARTILHA A HABITAÇÃO

Número de residentes	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 a 4	47	63,5
5 a 8	22	29,7
9 a 12	5	6,8
Total	74	100,0

Da nossa amostra que referiu partilhar a sua residência (74) com alguém, 93,2 % partilham com 1 a 8 pessoas. Se juntarmos a este dado, o facto de uma grande percentagem (98,77 %, dos que vivem numa habitação) residir em habitações com 1 a 2 assoalhadas, o que se traduz num elevado número de pessoas a habitarem em poucos metros quadrados.

Quadro 32 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO TIPO DE RESIDENTES COM QUEM PARTILHAM A HABITAÇÃO

Tipo de residente	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Sozinho	28	27,0
Família	7	7,0
Colegas do trabalho da sua nacionalidade	54	53,0
Colegas do trabalho portugueses	1	1,0
Família e colegas do trabalho da sua nacionalidade	12	12,0
Total	102	100,0

Da nossa amostra, 53,0 % partilha a residência com colegas de trabalho da sua nacionalidade. 27,0 % vive sozinho. 7,0 % vive com a família e 12,0 % partilha a habitação com a família e colegas do trabalho de nacionalidade ucraniana.

Quadro 33 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO MEMBRO FAMILIAR COM QUEM RESIDE

Membro familiar	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Cônjuge	16	84,2
Cônjuge e filhos	1	5,3
Outros	2	10,5
Total	19	100,0

Dos 19 imigrantes ucranianos que vivem com a família, 84,2 % residem com o cônjuge.

2.1.5. Variáveis inerentes com as dificuldades na adaptação à sociedade Portuguesa

Quadro 34 – PRINCIPAIS DIFICULDADES NA ADAPTAÇÃO À SOCIEDADE PORTUGUESA

Principais dificuldades	Frequência absoluta	Frequência relativa %
A Língua Portuguesa	74	72,5
Conseguir arranjar trabalho	34	33.3
Conseguir um trabalho melhor	19	18.6
Dificuldades com a legalização da sua situação	18	17.6
Os patrões não cumprem	17	16.7
Difícil adaptação ao trabalho	5	4,9
Costumes diferentes	4	3.9
Dificuldade na habitação	2	2.0
Sem dificuldades	1	1.0

Em relação às principais dificuldades apresentadas 72.5% da amostra referiram dificuldades com a língua portuguesa. 51.9% relacionam as suas dificuldades com o trabalho. Dificuldade com a legalização da sua situação é referida por 17.6% da amostra. Enquanto 16.7% apontam como dificuldade o facto de o empregador não cumprir com alguns requisitos legais.

"... difícil a adaptação ao trabalho, muito cansativo, muito só..." (Q146);
"... os patrões não me fazem contrato..." (Q157);
"...patrões abusam, não pagam, tratam mal, dizem que descontam para a Segurança Social e é mentira, depois fico doente e não posso ir trabalhar..." (Q124);
"... patrões confundem-nos..." (Q142);
"... patrões por vezes pouco fácil..." (Q127).

2.1.6. Variáveis inerentes com o recurso ao Sistema Nacional de Saúde

Quadro 35 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Utilização do SNS	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Utilizou	81	79,4
Não utilizou	21	20,6
Total	102	100,0

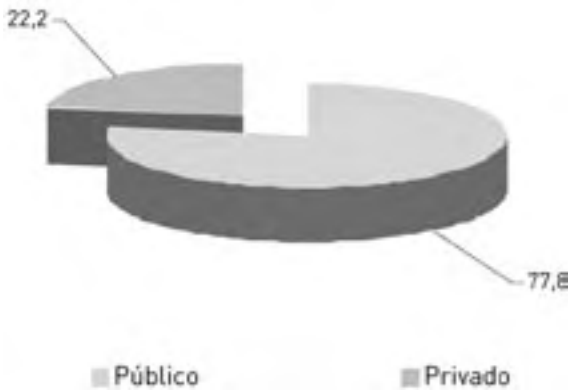
Já utilizaram o Sistema Nacional de Saúde Português (conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde à população, constituem a rede de saúde), 79,4 % da nossa amostra.

Quadro 36 – TIPO DE EQUIPAMENTO DE SAÚDE UTILIZADO

Equipamento saúde utilizado	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Hospital público	35	43,2
Centro Saúde	28	34,6
ONG – U. móvel	8	9,9
Médico ucraniano	10	12,3
Total	81	100,0

77,8 % da população que utilizou um recurso de saúde, procurou um equipamento de saúde da administração pública portuguesa. 22,2 % recorreu a entidades privadas de prestação de cuidados de saúde. Significativo o facto de 12,3 % recorrer a um profissional de saúde da sua nacionalidade.

Gráfico 18 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELA UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE SAÚDE (FR)



Quadro 37 – MOTIVO QUE O FEZ RECORRER AO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Motivo	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Doença aguda	70	86,4
Acidente trabalho	7	8,6
Doença / Acidente	2	2,5
Outra	2	2,5
Total	81	100,0

O motivo que levou 86,4% da nossa amostra a procurar um equipamento de saúde foi a doença aguda.

Quadro 38 – DIAGNÓSTICO MÉDICO REFERIDO PELO INQUIRIDO, POR ESPECIALIDADE

Diagnóstico	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Não respondeu	2	2,5
Dermatologia	16	19,8
Orto-traumatologia	14	17,3
Infecto-contagiosas	10	12,3
Psiquiatria	9	11,1
Estomatologia	6	7,4
Pneumologia	6	7,4
Gastroenterologia	5	6,2
Neoplasias	4	4,9
Cardiologia	3	3,7
Cirurgia vascular	3	3,7
Otorrino	1	1,2
Exames rotina	2	2,5
Total	81	100,0

As doenças do foro da dermatologia são as mais referidas pela nossa amostra 19,8 %, seguindo-se as doenças do foro da orto-traumatologia (acidentes trabalho) 17,3 %, as doenças infecto contagiosas com 12,3 % e as do âmbito da psiquiatria (11,1 %) seguem-se-lhes como as mais referidas.

No foro dermatológico dos 19 casos, 10 (52,6 %) referem psoríase como diagnóstico.

Todos os doentes da gastroenterologia estão diagnosticados com úlcera duodenal.

Quadro 39 – GRAU DE SATISFAÇÃO COM A PRESTAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Grau de satisfação	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Satisfeito	37	45,7
Não satisfeito	44	54,3
Total	81	100,0

Dentro do grau de satisfação, 1,2 % referiu “muito satisfeito” e 44,4% referiram “satisfeito”. Dentro do grau de “não satisfeito”, referiram “pouco satisfeito” 40,7 %, enquanto responderam “nada satisfeito” 13,6 %.

2.1.7. Principais obstáculos referidos pelos imigrantes Ucranianos quando solicitaram o Sistema Nacional de Saúde

Quadro 40 – OBSTÁCULOS NO ACESSO AO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Categorias	Sub-categorias	Sub-subcategorias	Entrev.
OBSTÁCULOS	Atendimento	Obstáculos à relação imigrante – profissional de saúde Tempo de espera	QI14, QI7, QI17, QI81, QI72, QI85, QI6, QI79, QI43, QI64, QI3, QI44, QI16, QI42, QI66, QI89, QI56, QI18, QI30, QI3, QI2, QI32, QI17, QI72, QI6, QI64, QI1, QI11, QI22, QI25, QI34, QI37, QI45, QI54, QI56, QI61, QI66, QI92, QI4, QI43, QI54
	Processo Terapêutico	Medicamentos Exames de rotina Consultas da especialidade (Estomatologia)	QI84, QI99, QI27, QI31, QI94, QI55, QI22, QI34, QI53, QI58, QI101
	Cuidado Prestado	Qualidade do cuidado de saúde prestado	QI2, QI3, QI7, QI32, QI86, QI89, QI78, QI67, QI21, QI36, QI75, QI4

No Quadro 40, descrevemos a síntese efectuada para agruparmos as categorias, descrevemos as subcategorias e as sub-subcategorias encontradas, pela identificação dos questionários deduzimos a distribuição das ocorrências.

A categoria construída *a priori* é baseada na própria pergunta aberta colocada ao inquirido. Sem dúvida que a análise de ocorrências das respostas nos norteou, no entanto, o que trouxe interesse para a pesquisa foi efectuado através da análise de conteúdo

Na categoria OBSTÁCULOS podemos verificar que as respostas dos inquiridos distribuem-se por três subcategorias: Atendimento, Processo Terapêutico e o Cuidado Prestado.

Vamos apresentar nos quadros seguintes os segmentos referentes a cada uma destas subcategorias.

Quadro 41 – OBSTÁCULOS NO ATENDIMENTO

ATENDIMENTO
_ “língua, tive dificuldade em me fazer atender” QI14
_ “língua, não conheço a língua” QI 7
_ “dificuldade em explicar o que tinha” QI17
_ “não me consegui explicar” QI81
_ “não compreendi nada” QI6
_ “não consegui explicar, fiquei com a impressão que me deram a injeção, sem me terem percebido” QI16
_ “dificuldade em me compreenderem” QI43
_ “não me compreenderam, não me consegui fazer entender” QI42
_ “fiquei na mesma” QI72
_ “não me perceberam, não sabiam do que me queixava” QI64
_ “os profissionais não compreendiam o que me queixava” QI3
_ “incompreensão, não me perceberam, não sabiam do que me queixava” QI44
_ “desconfiados” QI18
_ “não tinha onde fazer o penso” QI4
_ “fazer-se explicar, níveis elevados de ansiedade, com dor-mágoa” QI85
_ “exigiram documentos” QI66
_ “perguntavam pelo seguro e o patrão não fez nada” QI89
_ “passei 2 dias na urgência do Hospital, não percebi o que me estava a acontecer, sentia-me muito fraco, não tinha ninguém” QI79
_ “não consegui ser observada por nenhum medico” QI15
_ “disseram que o que tinha não era para ser tratado na urgência” QI56
_ “esperou muito tempo” QI18, QI30, QI3, QI2, QI32, QI17, QI72, QI6, QI64, QI1, QI11, QI22, QI25, QI34, QI37, QI45, QI54, QI56, QI61, QI66, QI92
_ “tempo de espera” QI4
_ “tudo muito à pressa” QI43
_ “está à muito tempo à espera de consulta de urologia” QI5

Através da análise do Quadro 40, salientam-se dois tipos de obstáculos relacionados com o atendimento: relação ucraniano/profissional de saúde e tempo de espera.

Os obstáculos relacionados com a relação imigrante ucraniano/profissional de saúde, baseiam-se na falta de comunicação seja centrada no receptor seja no emissor.

Este obstáculo foi referido por dez inquiridos, significativos nos seguintes testemunhos:

- “tive dificuldade em me fazer entender” QI14;
- “dificuldade em explicar o que tinha” QI 7;
- “não me consegui explicar” QI81;
- “não compreendi nada” QI6;
- “não consegui explicar, fiquei com a impressão que me deram a injeção, sem me terem percebido” QI16;
- “dificuldade em me compreenderem” QI43;
- “não me compreenderam, não me consegui fazer entender” QI42;
- “não me perceberam, não sabiam do que me queixava” QI64;
- “os profissionais não compreendiam o que me queixava” QI3;
- “incompreensão, não me perceberam, não sabiam do que me queixava” QI44;
- “passei 2 dias na urgência do Hospital, não percebi o que me estava a acontecer, sentia-me muito fraco, não tinha ninguém” QI79.

São testemunhos que revelam com intensidade, o sentimento de quem precisa da prestação de um cuidado de saúde. E que, a algum nível na relação com o profissional de saúde, não se conseguem explicar ou compreender-se. Não existe um contexto comum de referências.

Relativamente ao tempo de espera, existe uma grande consonância de respostas, vinte e quatro inquiridos enunciam:

- “esperou muito tempo” QI18, QI30, QI3, QI2, QI32, QI17, QI72, QI6, QI64, QI1, QI11, QI22, QI25, QI34, QI37, QI45, QI54, QI56, QI61, QI66, QI92;
- “tempo de espera” QI4;
- “tudo muito à pressa” QI43;
- “está à muito tempo à espera de consulta de urologia” QI5.

Consideram o tempo de espera como obstaculizante ao acesso aos cuidados de saúde.

Quadro 42 – OBSTÁCULOS AO PROCESSO TERAPÊUTICO

PROCESSO TERAPÊUTICO
“não participam os medicamentos aos imigrantes” QI84, QI99, QI27, QI31
“precisava de fazer análise ao HIV e não me quiseram atender só à 2ª vez que lá fui” QI94
“necessitava que me passassem requisição para análises (Hiv), não me atenderam, disseram que não era nenhum laboratório” QI55
“deram-me medicamentos para a dor, mas não me trataram do dente” QI22, QI34, QI53, QI58, QI101

Consideram um obstáculo ao processo terapêutico em que estiveram envolvidos o facto de não existir comparticipação nos medicamentos aos imigrantes. Alguma dificuldade no processo burocrático para fins analíticos de determinados exames. A incompreensão destes imigrantes pelo facto de num serviço de saúde, perante uma odontalgia, efectuarem somente um tratamento paliativo e não causal.

Quadro 43 – OBSTÁCULOS AO CUIDADO PRESTADO

CUIDADO PRESTADO
“mal atendimento” QI2, QI3
“as pessoas tratam-nos mal” QI7
“mal tratado” QI32, QI86, QI89
“não me quiseram atender” QI67
“não atenderam” QI21, QI36
“trataram-me mal” QI78
“passaram muitas pessoas à frente que tinham chegado depois” QI4
“deram-me uma injeção que me fez alergia no corpo todo” QI75
“bem atendido” QI9, QI41, QI46, QI52, QI57, QI60, QI69, QI73, QI74, QI88
“bem atendido, bem observado” QI63, QI83
“bem tratado” QI26, QI30, QI38, QI39, QI48

"não tive obstáculos" QI24
"sem dificuldades" QI29
"mas foi bem observada" QI25
"resolveu o problema" QI46
"observado e medicado as dores passaram" QI97

O conteúdo dos segmentos de textos destacados leva-nos a classificar a opinião do imigrante ucraniano sobre o cuidado prestado em favorável e desfavorável. A opinião favorável acerca da prestação do cuidado de saúde, é explicitada nos seguintes segmentos de texto:

- "bem atendido" QI9, QI41, QI46, QI52, QI57, QI60, QI69, QI73, QI74, QI88;
- "bem atendido, bem observado" QI63, QI83;
- "bem tratado" QI26, QI30, QI38, QI39, QI48;
- "não tive obstáculos" QI24;
- "sem dificuldades" QI29;
- "mas foi bem observada" QI25;
- "resolveu o problema" QI46;
- "observado e medicado as dores passaram" QI97.

As opiniões desfavoráveis acerca do cuidado de saúde prestado são ilustrativas nos seguintes segmentos de texto:

- "mal atendimento" QI2, QI3;
- "as pessoas tratam-nos mal" QI7;
- "mal tratado" QI32, QI86, QI89;
- "não me quiseram atender" QI67;
- "não atenderam" QI21, QI36;
- "trataram-me mal" QI78;
- "passaram muitas pessoas à frente que tinham chegado depois" QI4;
- "deram-me uma injeção que me fez alergia no corpo todo" QI7.

Como súmula, da análise de conteúdo à pergunta número vinte do nosso questionário, consideramos que a imigração ucraniana relativamente ao Sistema Nacional de Saúde, refere como principais obstáculos, factores relacionados: com o atendimento, com o processo terapêutico e com a qualidade do cuidado de saúde prestado.

Sobre o atendimento, emergem dois obstáculos: o estabelecimento da relação imigrante ucraniano/profissional de saúde e o tempo de espera. A imigração ucraniana relativamente ao atendimento do SNS, considera a língua como o principal obstáculo sentido na acessibilidade aos serviços, donde derivam situações de o imigrante ucraniano ter dificuldades em se explicar e, por outro lado, os profissionais terem dificuldade em compreendê-los, factores que interferem no processo terapêutico, provocando situações de interferência na comunicação entre estes intervenientes.

"não consegui explicar, fiquei com a impressão que me deram a injeção, sem me terem percebido" QI16.

Referem o tempo de espera como de longa duração, o que lhes provoca incómodo.

"esperou muito tempo" QI18, QI30, QI3, QI2, QI32, QI17, QI72, QI6, QI64, QI1, QI11, QI22, QI25, QI34, QI37, QI45, QI54, QI56, QI61, QI66, QI92 .

Após a prestação de cuidados directos (observação, diagnóstico e tratamento), consideram como obstáculos ao processo terapêutico, o facto de: não existir comparticipação na aquisição de medicamentos por parte dos imigrantes, "não comparticipam os medicamentos aos imigrantes" QI84, QI99, QI27, QI31; a dificuldade sentida em adquirirem requisições para efectuarem análises "precisava de fazer análise ao HIV e não me quiseram atender só à segunda vez que lá fui" QI94; e o facto de necessitarem de consultas de especialidade (estomatologia) "deram-me medicamentos para a dor, mas não me trataram do dente" QI22, QI34, QI53, QI58, QI101.

As opiniões dos imigrantes ucranianos sobre a qualidade do cuidado de saúde prestado, dividem-se entre o favorável e o desfavorável. Enquanto uns consideram que foram mal atendidos, mal tratados, chegando ao ponto de não terem sido atendidos, outros consideram ter sido bem atendidos, bem tratados e sem dificuldades desse processo.

Da população imigrante ucraniana inquirida, as não respostas encontram-se distribuídas da seguinte forma: vinte e um não contactaram o SNS, oito não responderam à pergunta no 20, seis referem não possuir opinião e três recusaram responder.

2.1.8. Sugestões manifestadas pelos imigrantes ucranianos relativamente ao Sistema Nacional de Saúde

Quadro 44 – SUGESTÕES PARA UMA MAIOR QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias	Entrev.
SUGESTÕES	Atendimento	Relação imigrante/profissional de saúde Tempo de espera Locais de atendimento	QI2, QI3, QI6, QI9, QI14, QI16, QI17, QI25, QI42, QI44, QI64, QI78, QI81, QI83, QI85, QI88, QI96, QI11, QI4, QI7, QI15, QI19, QI34, QI55, QI32, QI36, QI11, QI37, QI45, QI54, QI79, QI56, QI66, QI89
	Processo terapêutico	Medicamentos Consultas da especialidade (Estomatologia)	QI27, QI31, QI84, QI99, QI53, QI58
	Cuidado prestado	Qualidade do cuidado de saúde	QI24, QI26, QI39, QI40, QI51, QI60, QI63

As sugestões apresentadas estão relacionadas com os obstáculos sentidos, e também se dividem em três subcategorias: atendimento, processo terapêutico e qualidade do cuidado de saúde prestado.

Vamos apresentar, nos quadros seguintes, os segmentos de texto referentes a cada uma destas subcategorias.

Quadro 45 – SUGESTÕES AO ATENDIMENTO

ATENDIMENTO
“a existência de um interprete” QI2, QI3, QI6, QI9, QI14, QI16, QI17, QI25, QI42, QI44, QI64, QI78, QI81, QI83, QI85, QI88, QI96
“mais calma e que me entendam” QI43
“ter o mesmo atendimento que o cidadão português” QI1, QI4, QI7, QI15, QI19, QI34, QI55
“melhor atendimento” QI32
“que fossemos atendidos” QI36
“atendimento mais rápido” QI11, QI37, QI45
“melhor atendimento, menos espera” QI54
“mais calma” QI79
“locais correctos para sermos atendidos” QI56
“facilitar o imigrante” QI66
“controlar o patrão” QI89

Através da análise do Quadro 44, salientam-se quatro tipos de sugestões relacionadas com o atendimento: relação imigrante ucraniano/profissional de saúde, tempo de espera, locais de atendimento e exercício da sua cidadania em saúde.

Sobre a relação imigrante ucraniano/profissional de saúde, sugerem:

- “a existência de um interprete” QI2, QI3, QI6, QI9, QI14, QI16, QI17, QI25, QI42, QI44, QI64, QI78, QI81, QI83, QI85, QI88, QI96;
- “mais calma e que me entendam” QI43;
- “mais calma” QI79;
- “facilitar o imigrante” QI66.

São segmentos de texto que sugerem como melhorias a atingir:

- a existência de um interprete como elemento facilitador do estabelecimento de uma comunicação eficiente;
- a importância para o imigrante ucraniano que seja entendido;
- uma postura de “calma” por parte do profissional de saúde;
- “facilitem” o imigrante.

Sobre o tempo de espera, sugerem:
“atendimento mais rápido” QI11, QI37, QI45;
“melhor atendimento, menos espera” QI54.

Um menor tempo de espera pela prestação do cuidado de saúde seria importante para o imigrante ucraniano.

Sobre o local de atendimento, sugerem:
“locais correctos para sermos atendidos” QI56.

Algo nos locais de atendimento não lhes é agradável.

Sobre o exercício da sua cidadania em saúde, sugerem:
“ter o mesmo atendimento que o cidadão português” QI1, QI4, QI7, QI15, QI19, QI34, QI55;
“que fôssemos atendidos” QI36;
“controlar o patrão” QI89.

Exercem a sua cidadania em saúde, questionando pelo mesmo atendimento, que sejam atendidos e por medidas sobre o empregador.

Quadro 46 – SUGESTÕES REFERENTES AO PROCESSO TERAPÊUTICO

PROCESSO TERAPÊUTICO
“que os imigrantes beneficiem do desconto nos medicamentos” QI27, QI31, QI84, QI99
“que tratem dos dentes” QI53, QI58

Duas situações salientam-se relativamente às sugestões sobre o processo terapêutico após a prestação de cuidados de saúde e relacionam-se com a necessidade de os imigrantes ucranianos beneficiarem de comparticipação na aquisição de medicamentos e que tenham acesso a consultas de especialidade para solucionarem os problemas que os afectam.

Quadro 47 – SUGESTÕES AO CUIDADO PRESTADO

CUIDADO PRESTADO
“manter assim” QI24, QI26, QI39, QI40, QI51, QI60, QI63
“melhor atendimento” QI32

Duas situações emergiram sobre o cuidado prestado: se por um lado referem para “manter assim” embora não refiram a “qualidade” destas palavras, também sugerem um melhor atendimento.

Como súmula, da análise de conteúdo à pergunta número vinte um do nosso questionário, consideramos que a imigração ucraniana sugere como melhorias para o Sistema Nacional de Saúde, intervenções nas seguintes áreas: atendimento; no processo terapêutico; e sobre a qualidade do cuidado de saúde prestado.

Sobre o atendimento emergem as seguintes sugestões: a relação profissional de saúde/ imigrante ucraniano; o tempo de espera; e os locais de atendimento. A existência de um intérprete facilitaria a comunicação entre os profissionais de saúde e os imigrantes ucranianos: “a existência de um interprete” QI2, QI3, QI6, QI9, QI14, QI16, QI17, QI25, QI42, QI44, QI64, QI78, QI81, QI83, QI85, QI88, QI96; e o facto de os profissionais de saúde apresentarem mais calma, “mais calma e que me entendam” QI43.

Menor tempo de espera também seria algo que olhariam com agrado: “melhor atendimento, menos espera” QI54.

Sobre o processo terapêutico, após a prestação de cuidados de saúde, são da opinião que seria importante a existência de consultas de estomatologia e que os imigrantes beneficiassem da comparticipação nos medicamentos: “que os imigrantes beneficiem do desconto nos medicamentos” QI27, QI31, QI84, QI99.

Reconhecem que locais próprios de atendimento seriam uma medida importante. Consideram que o facto de existir um maior controlo sobre a entidade patronal seria um elemento facilitador na abordagem ao SNS: “locais correctos para sermos atendidos” QI56, “controlar o patrão” QI89.

Da população imigrante ucraniana inquirida, as não respostas encontram-se distribuídas da seguinte forma: vinte e um não contactaram o SNS, dezasete não responderam à pergunta nº 21, treze referem não possuir opinião e três recusaram responder.

2.2. Amostra Profissionais de Saúde

2.2.1. Variáveis sociodemográficas

A amostra Profissionais de Saúde é constituída por 84 indivíduos, que voluntariamente responderam ao nosso questionário.

Quadro 48 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADE

Média	35,30
Mediana	35,00
Moda	27 e 38
Desvio padrão	8,9
Mínimo	19
Máximo	56

As idades encontram-se compreendidas entre os 19 e 56 anos. Esta caracterização é bimodal e apresenta igual frequência de indivíduos com 27 (7,1 %) e 38 (7,1 %) anos. Achamos nesta fase importante constituir classes para melhor situarmos a amostra quanto à idade.

Quadro 49 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRUPO ETÁRIO

Grupo etário	Frequência absoluta	Frequência relativa %
10-19	1	1,2
20-29	26	31,0
30-39	33	39,3
40-49	16	19,0
50-59	8	9,5
Total	84	100,0

Uma maior frequência de indivíduos com idade compreendida entre os 30 e 39 anos. Se a esta classe somarmos a antecedente e a precedente, podemos referir que 89,3 % dos profissionais de saúde inquiridos se situa entre os 20 e os 49 anos.

Quadro 50 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO

Género	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Masculino	17	20,2
Feminino	67	79,8
Total	84	100,0

A amostra não é homogénea relativamente ao género, já que 79,8 % pertencem ao género feminino e 20,2 % ao género masculino.

Ao comprarmos os dados da nossa amostra com os dados sociodemográficos enunciados pela Direcção dos Recursos Humanos da Saúde, não existe também homogeneidade quanto ao género nos profissionais de saúde que exercem em Portugal. Como tal podemos referir que embora a nossa amostra não seja homogénea é representativa da população dos profissionais de saúde em Portugal.

Quadro 51 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR PROFISSÃO

Profissão	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Administrativo	29	34,5
Enfermeiro	44	52,4
Médico	11	13,1
Total	84	100,0

A nossa amostra revela uma predominância do grupo profissional dos enfermeiros (52,4%).

Quadro 52 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR LOCAL DE EXERCÍCIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Local de exercício	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Centro Saúde	36	42,9
Hospital	48	57,1
Total	84	100,0

A nossa amostra revela homogeneidade quanto aos equipamentos de saúde (Centro Saúde e Hospital), a partir dos quais tiveram origem os profissionais de saúde para constituir a nossa amostra.

Quadro 53 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Tempo exercício	Frequência absoluta	Frequência relativa %
0-5	19	22,6
6-10	26	31,0
11-15	15	17,9
16-20	8	9,5
21-25	7	8,3
26-30	6	7,1
31-35	2	2,4
36-40	1	1,2
Total	84	100,0

Quanto ao tempo de exercício dos profissionais de saúde que constituem a nossa amostra, a maior frequência encontra-se na classe dos 6 aos 10 anos. Se somarmos a classe antecedente e a precedente, o que constitui 71,5 %, ou seja, 60 profissionais dos 84 profissionais de saúde inquiridos exerce a sua prestação de cuidados de saúde entre os 0 e os 15 anos.

Quadro 54 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO CONTACTO OU NÃO COM IMIGRANTES UCRANIANOS

Contacto com imigrantes ucranianos	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Contacto	77	91,7
Não contacto	7	8,3
Total	84	100,0

Cerca de 91,7 % dos profissionais de saúde que constituem a nossa amostra já contactaram com imigrantes ucranianos, no exercício da sua prestação de cuidados de saúde

Quadro 55 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO FACTO DE TER TIDO FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA PRESTAR CUIDADOS A IMIGRANTES

Formação	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Sim	2	2,4
Não	82	97,6
Total	84	100,0

97,6 % dos profissionais de saúde que constituem a nossa amostra nunca tiveram formação específica para prestar cuidados de saúde a imigrantes.

2.2.2. Variáveis inerentes com a percepção dos profissionais de saúde sobre dados sociodemográficos dos imigrantes ucranianos que solicitam o Sistema Nacional de Saúde

Quadro 56 – PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A SOLICITAÇÃO DOS IMIGRANTES UCRANIANOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Solicitação	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Tem aumentado	59	70,2
Tem diminuído	2	2,4
Não houve alterações	16	19,0
Não respondeu	7	8,3
Total	84	100,0

A maior parte dos profissionais de saúde referem ter a percepção que a solicitação aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes ucranianos tem aumentado (70,2 %).

Quadro 57 – PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A PREVALÊNCIA DO GÉNERO DOS IMIGRANTES UCRANIANOS A QUEM PRESTOU CUIDADOS DE SAÚDE

Género	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Masculino	49	58,3
Feminino	8	9,5
Sem prevalência	20	23,8
Não respondeu	7	8,3
Total	84	100,0

58,3 % dos profissionais de saúde consideram que existe uma prevalência masculina na procura de cuidados de saúde.

Quadro 58 – GRUPO ETÁRIO DOS IMIGRANTES UCRANIANOS QUE PROCURAM OS CUIDADOS DE SAÚDE

Grupo etário	Frequência absoluta	Frequência relativa %
0-15	5	5,6
16-25	2	2,2
26-35	61	68,5
36-45	18	20,2
46-55	2	2,2
56-65	1	1,1
Total	89	100,0

Sendo o grupo dos 26 aos 35 anos o mais representativo (68,5 %) se a este somarmos o grupo seguinte, teremos que dos 26 aos 45 anos temos 84,4 % da população, a que os profissionais de saúde consideram prestar cuidados de saúde. Referem também a prestação de cuidados de saúde nos grupos etários: dos 0 aos 15 anos; dos 46 aos 55 anos e dos 56 aos 65 anos.

2.2.3. Variáveis inerentes com a solicitação ao Sistema Nacional de Saúde

Quadro 59 – DIFICULDADES DE ABORDAGEM AOS IMIGRANTES UCRANIANOS

Grau de dificuldade	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Fácil	26	33,8
Difícil	51	66,2
Total	77	100,0

66,2 % dos profissionais de saúde inquiridos consideram difícil a abordagem ao grupo dos imigrantes ucranianos. Destes 9,1 % consideram muito difícil esta abordagem.

Quadro 60 – CAUSAS QUE OS IMIGRANTES UCRANIANOS MANIFESTAM QUANDO SOLICITAM OS CUIDADOS DE SAÚDE

Causas	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Doença aguda	13	16,9
Acidente trabalho	23	29,9
Doença/acidente	31	40,3
Outra	10	13,0
Total	89	100,0

Os profissionais de saúde (40,3 %) consideram que as causas mais frequentes que os imigrantes ucranianos manifestam quando recorrem aos serviços de saúde prendem-se com causas relacionadas com doença aguda e acidente de trabalho. 29,9 % dos profissionais de saúde referem que são manifestações relacionadas com o acidente de trabalho as causas da procura dos cuidados de saúde por imigrantes ucranianos.

Quadro 61 – ÁREAS DE INTERVENÇÃO SOLICITADAS PELOS IMIGRANTES UCRANIANOS

Áreas/causas	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Consulta Especialidade	3	6,7
Saúde Materna	12	26,7
Saúde Infantil	7	15,6
Planeamento Familiar	1	2,2
Vacinação	6	13,3
Tratamento	1	2,2
Inscrições	1	2,2
Atropelamento	3	6,7
Agressão	4	8,9
Alcoolismo	7	15,6
Total	45	100,0

Dos profissionais que responderam a esta questão, 53,5 % do total referem que a área de solicitação mais frequente é a Saúde Materna (26,7 %). Se a esta área somarmos a Saúde Infantil, o Planeamento Familiar, a Vacinação, (áreas de eleição prestadas nos centros de saúde), perfaz 57,8 % das respostas referidas pela amostra Profissionais de Saúde.

Quadro 62 – ACOMPANHANTES DO IMIGRANTE UCRANIANO QUANDO ESTE ACEDEU AO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Acompanhantes	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Família	6	6,7
Colegas ucranianos	43	48,3
Colegas portugueses	17	19,1
Patrão/empregador	17	19,1
Sozinho	6	6,7
Total	89	100,0

Os profissionais de saúde manifestaram como mais frequente o facto do imigrante ucraniano que procura os cuidados de saúde ser acompanhado por colegas, amigos de nacionalidade ucraniana (48,3 %).

2.2.4. Principais dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde quando prestam cuidados de saúde a imigrantes ucranianos

Quadro 63 – DIFICULDADES NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias	Entrev.
DIFICULDADES	Relação profissional saúde/ imigrante ucraniano	Língua	QP1, QP2, QP3, QP6, QP7, QP10, QP11, QP13, QP15, QP16, QP17, QP18, QP20, QP22, QP24, QP25, QP27, QP34, QP35, QP36, QP37, QP38, QP39, QP45, QP49, QP51, QP54, QP56, QP58, QP59, QP61, QP62, QP63, QP64, QP65, QP67, QP69, QP70, QP71, QP73, QP74, QP75, QP77, QP78, QP81, QP4, QP33
	Acessibilidade	Comunicação	QP53, QP1, QP6, QP25, QP27, QP35, QP38, QP56, QP61, QP77, QP78, QP4, QP5, QP14, QP21, QP26, QP42, QP43, QP44, QP46, QP47, QP48, QP57, QP60, QP66, QP68, QP72, QP79, QP80, QP36, QP55, QP23, QP40, QP41, QP83
		Percepção acerca do imigrante ucraniano	QP53, QP39
		Cultura	QP58, QP62, QP44, QP47, QP84, QP8, QP37, QP40, QP14, QP11, QP1
		Sistemas de informação sobre os imigrantes	QP54, QP69, QP4, QP62, QP54, QP6
		Estatuto de ilegais	QP19, QP53, QP13, QP11
		Barreiras burocráticas	QP27, QP31, QP43, QP3
		Rendimentos	QP34, QP79
		Informação sobre o SNS	QP62, QP54, QP6, QP49

As respostas dos inquiridos distribuem-se por duas subcategorias: relação profissional de saúde/imigrante ucraniano e acessibilidade.

Vamos apresentar nos quadros seguintes os segmentos referentes a cada uma destas subcategorias:

Quadro 64 – RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE/ IMIGRANTE UCRANIANO

RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE – IMIGRANTE UCRANIANO
“a língua” QP1, QP2, QP3, QP6, QP7, QP10, QP11, QP13, QP15, QP16, QP17, QP18, QP20, QP22, QP24, QP25, QP27, QP34, QP35, QP36, QP37, QP38, QP39, QP45, QP49, QP51, QP54, QP56, QP58, QP59, QP61, QP62, QP63, QP64, QP65, QP67, QP69, QP70, QP71, QP73, QP74, QP75, QP77, QP78, QP81, QP4, QP33 “os últimos casos falam mal o português” QP 33 “a comunicação” QP53, QP1, QP6, QP25, QP27, QP35, QP38, QP56, QP61, QP77, QP78, QP4, QP5, QP14, QP21, QP26, QP42, QP43, QP44, QP46, QP47, QP48, QP57, QP60, QP66, QP68, QP72, QP79, QP80, QP36, QP55, QP23 “a comunicação verbal” QP40, QP41, QP83 “comunicação, compreende-los e fazer-me entender” QP36 “comunicação, falta de conhecimento por parte deles em relação ao estado de saúde” QP55 “comunicação, faze-los atender que não são atendidos por não estarem legais e que, por vezes, são atendidos na mesma devido à gravidade da situação” QP23 “o medo/receio por parte do doente” QP53 “são introvertidos e por vezes desconfiados” QP39 “cultura: as representações de saúde deles não são iguais as nossas, expressões como – nós somos muito fortes – ou nós sabemos cuidar de nós quando estamos doentes” QP8 “cultura: atitude cultural” QP37 “cultura: conhecimento de hábitos e costumes alimentares” QP40 “cultura: desconhecimento dos valores e cultura destes imigrantes” QP14 “cultura: diferentes culturas” QP58, QP62, QP44, QP47, QP84 “cultura: poucos conhecimentos sobre os hábitos culturais dos ucranianos” QP11 “cultura: quando perante uma mulher grávida (segundo a cultura ucraniana) não é habitual qualquer vigilância da gravidez, no âmbito dos exames complementares de diagnóstico” QP1 “colheita de dados” QP54 “desconhecimento de antecedentes” QP69 “saber as moradas certas (...) fazer interpretações dos boletins individuais de saúde” QP4 “ensinamentos pré-alta e pós-alta” QP62 “explicação dos actos prestados e da situação actual” QP54 “explicar a importância do nosso sistema de saúde e alguns meios auxiliares de diagnóstico” QP6

Através da análise do Quadro 63, salientam-se cinco tipos de dificuldades relacionadas com a relação profissional de saúde/imigrante ucraniano: língua, comunicação, percepção acerca do imigrante ucraniano, cultura e sistemas de informação.

As dificuldades que os profissionais de saúde manifestam salientam-se pela frequência com que apontam a língua – linguagem:

“a língua” QP1, QP2, QP3, QP6, QP7, QP10, QP11, QP13, QP15, QP16, QP17, QP18, QP20, QP22, QP24, QP25, QP27, QP34, QP35, QP36, QP37, QP38, QP39, QP45, QP49, QP51, QP54, QP56, QP58, QP59, QP61, QP62, QP63, QP64, QP65, QP67, QP69, QP70, QP71, QP73, QP74, QP75, QP77, QP78, QP81, QP4, QP33;
“os últimos casos falam mal o português” QP 33.

Relativamente à comunicação:

“a comunicação” QP53, QP1, QP6, QP25, QP27, QP35, QP38, QP56, QP61, QP77, QP78, QP4, QP5, QP14, QP21, QP26, QP42, QP43, QP44, QP46, QP47, QP48, QP57, QP60, QP66, QP68, QP72, QP79, QP80, QP36, QP55, QP23;
“a comunicação verbal” QP40, QP41, QP83;
“comunicação: compreende-los e fazer-me entender” QP36;
“comunicação: falta de conhecimento por parte deles em relação ao estado de saúde” QP55;
“comunicação: faze-los atender que não são atendidos por não estarem legais e que, por vezes, são atendidos na mesma devido à gravidade da situação” QP23.

Preocupação e dificuldade manifestada pelos profissionais de saúde, além da língua, como comunicar, como estabelecer interacção, como construir uma relação de ajuda?...

Sobre a percepção acerca do imigrante ucraniano:

“o medo/receio por parte do doente” QP53;
“são introvertidos e por vezes desconfiados” QP39.

Provável início da construção de representações sociais dos imigrantes ucranianos por parte dos profissionais de saúde.

Acerca da cultura, dos valores, das crenças dos imigrantes ucranianos no Sistema Nacional Saúde:

“cultura: as representações de saúde deles não são iguais as nossas, expressões como – nós somos muito fortes – ou nós sabemos cuidar de nós quando estamos doentes” QP8;
“cultura: atitude cultural” QP37;
“cultura: conhecimento de hábitos e costumes alimentares” QP40;
“cultura: desconhecimento dos valores e cultura destes imigrantes” QP14;
“cultura: diferentes culturas” QP58, QP62, QP44, QP47, QP84;
“cultura: poucos conhecimentos sobre os hábitos culturais dos ucranianos” QP11;
“cultura: quando perante uma mulher grávida (segundo a cultura ucraniana) não é habitual qualquer vigilância da gravidez, no âmbito dos exames complementares de diagnóstico” QP1.

A manifestação da necessidade de conhecer a cultura do Outro, para uma melhor prestação de cuidados de saúde.

Sobre os sistemas de informação utilizados nos serviços de saúde, relativamente aos imigrantes ucranianos:

“colheita de dados” QP54;
“desconhecimento de antecedentes” QP69;
“saber as moradas certas (...) fazer interpretações dos boletins individuais de saúde” QP4;
“ensinamentos pré-alta e pós-alta” QP62;
“explicação dos actos prestados e da situação actual” QP54;
“explicar a importância do nosso sistema de saúde e alguns meios auxiliares de diagnóstico” QP6.

Melhorar a recolha de informação – a informação que trazem nos seus documentos tem que ser interpretada com todas as inseguranças que tal processo acarreta. Preocupação dos profissionais de saúde em como transmitir os cuidados que o imigrante ucraniano deverá ter em conta aquando da sua ida para casa. Falta de informação por parte do imigrante ucraniano de como o nosso sistema de saúde funciona.

Quadro 65 –ACESSIBILIDADE

ACESSIBILIDADE
“ilegais” QP19
“a ilegalidade da sua situação” QP53
“ilegais, o que dificulta o acesso aos serviços em situações não agudas” QP13
“por vezes não cumprem os tratamentos (programados) por estarem ilegais. Só vêm a primeira vez” QP11
“falta documentação” QP27
“burocracia” QP31
“diálogo” QP43
“acessibilidade” QP3
“aperceber-me que, por vezes, precisam de vigilância médica que não lhes é permitido pelo horário de trabalho que têm e a necessidade de fazer escolhas terapêuticas ajustadas a um baixo rendimento” QP34
“no período da alta, falta o apoio para acolher o doente durante a fase de convalescença” QP79
– “ensinamentos pré-alta e pós-alta” QP62
“explicação dos actos prestados e da situação actual” QP54
“explicar a importância do nosso sistema de saúde e alguns meios auxiliares de diagnóstico” QP6
“falta de informação sobre os recursos de saúde a que tem direito” QP49

Através da análise do Quadro 64, ressaltam quatro tipos de dificuldades, relacionadas com a acessibilidade aos cuidados de saúde: o estatuto de ilegais, as barreiras burocráticas, os rendimentos e a informação disponível sobre o Sistema Nacional de Saúde.

O **estatuto de ilegais** levanta algumas dificuldades ao profissional de saúde:

- “ilegais” QP19;
- “a ilegalidade da sua situação” QP53;
- “ilegais o que dificulta o acesso aos serviços em situações não agudas” QP13;
- “por vezes não cumprem os tratamentos (programados) por estarem ilegais. Só vêm a 1ª vez” QP11.

A situação de ilegalidade interfere nos processos terapêuticos, levanta por sua vez dificuldades ao profissional de saúde na medida em que não têm oportunidade de validar, avaliar o percurso do doente.

As **barreiras burocráticas**, foram outras das dificuldades manifestadas:

- “falta documentação” QP27;
- “burocracia” QP31;
- “acessibilidade” QP3.

Os **rendimentos** que auferem e a situação em que se encontram condicionam a aquisição de medicamentos para a sua correcta recuperação:

- “aperceber-me que, por vezes, precisam de vigilância médica que não lhes é permitido pelo horário de trabalho que têm e a necessidade de fazer escolhas terapêuticas ajustadas a um baixo rendimento” QP34;
- “no período da alta, falta o apoio para acolher o doente durante a fase de convalescença” QP79.

Dificuldades manifestadas relativamente à informação sobre o sistema nacional de saúde:

- “ensinamentos pré-alta e pós-alta” QP62;
- “explicação dos actos prestados e da situação actual” QP54;
- “explicar a importância do nosso sistema de saúde e alguns meios auxiliares de diagnóstico” QP6;
- “falta de informação sobre os recursos de saúde a que tem direito” QP49.

Como súmula, da análise de conteúdo à pergunta número quinze do questionário Profissionais de Saúde, consideramos que as dificuldades que os profissionais de saúde manifestam quando prestam cuidados de saúde aos imigrantes ucranianos se podem agrupar em dois grupos: um relacionado com a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o imigrante ucraniano e outro relacionado com a acessibilidade. Estas dificuldades são transversais aos profissionais envolvidos (administrativos, enfermeiros e médicos). Face aos dados recolhidos e à nossa observação consideramos existir diferença essencialmente entre quem presta cuidados de saúde directos (enfermeiros e médicos) e quem desenvolve um trabalho administrativo, de recepção e recolha de informação acerca do imigrante ucraniano. Informação, por vezes muito incompleta nos formulários existentes, deriva sem dúvida das dificuldades apontadas (linguagem, comunicação e estatuto de ilegais). Esta situação é reforçada pelo facto de o contacto entre o administrativo e o imigrante ucraniano ser muito fugaz. Enquanto o profissional de saúde durante a prestação do cuidado de saúde, tem oportunidade de construir uma relação que além de terapêutica também é exploratória, no sentido, de conhecer o imigrante ucraniano. O facto de estabelecer um plano terapêutico permite-lhe, durante a avaliação do mesmo, posteriores contactos, o que é facilitador da construção de uma relação empática.

Sobre a relação profissional de saúde e imigrante ucraniano emergem cinco dificuldades: as relacionadas com a língua, com a comunicação, com a percepção do imigrante ucraniano, com a cultura e os sistemas de informação sobre os imigrantes.

A língua é uma dificuldade que emerge com frequência. O estabelecimento de uma comunicação eficaz é outra dificuldade manifestada:

“comunicação, faze-los entender que não são atendidos por não estarem legais e que por vezes são atendidos na mesma devido à gravidade da situação” QP23.

Revela-se assim a percepção que os profissionais de saúde referem ter sobre os imigrantes ucranianos.

A cultura, os valores, as crenças, de ambos – os profissionais de saúde e os imigrantes ucranianos:

“cultura, as representações de saúde deles não são iguais as nossas, expressões como – nós somos muito fortes – ou nós sabemos cuidar de nós quando estamos doentes” QP8 ;
“cultura, quando perante uma mulher grávida (segundo a cultura ucraniana) não é habitual qualquer vigilância da gravidez, no âmbito dos exames complementares de diagnóstico” QP1

Os sistemas de informação sobre os imigrantes ucranianos, o facto de se desconhecer informação importante sobre os imigrantes ucranianos, interfere com o processo terapêutico:

“desconhecimento de antecedentes” QP69;
“saber as moradas certas, fazer interpretações dos boletins individuais de saúde” QP4.

Relativamente à acessibilidade aos cuidados de saúde, os profissionais de saúde consideram como dificuldades, quatro dimensões: o estatuto de ilegais, as barreiras burocráticas, os rendimentos e a informação sobre o sistema nacional de saúde.

O estatuto de ilegalidade interfere com a acessibilidade e o processo terapêutico:

“ilegais, o que dificulta o acesso aos serviços em situações não agudas” QP13;
“por vezes não cumprem os tratamentos (programados) por estarem ilegais. Só vêm a primeira vez” QP11.

As barreiras burocráticas são outra dificuldade referida pelos profissionais. Os rendimentos dos imigrantes ucranianos constituem, por vezes, um obstáculo ao processo terapêutico:

“aperceber-me que, por vezes, precisam de vigilância médica que não lhes é permitida pelo horário de trabalho que têm e a necessidade de fazer escolhas terapêuticas ajustadas a um baixo rendimento” QP34.

Por último a falta de informação sobre o sistema nacional de saúde que os imigrantes ucranianos revelam, dificulta-lhes o acesso aos cuidados de saúde:

“explicar a importância do nosso sistema de saúde e alguns meios auxiliares de diagnóstico” QP6;
“falta de informação sobre os recursos de saúde a que tem direito” QP49.

2.2.5. Componentes da dimensão emocional dos profissionais de saúde quando da prestação de cuidados de saúde a imigrantes ucranianos.

Quadro 66 – PALAVRAS REFERIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AQUANDO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE A IMIGRANTES UCRANIANOS

Emoções/Sentimentos	Frequência
Útil	24
Impotente	22
Pena	15
Incompreensão	12
Dificuldade	11
Revolta	11
Solidariedade	8
Angústia	8

No questionário que aplicamos à amostra Profissionais de Saúde emitimos uma pergunta em estímulo: “Na minha prática profissional, o contacto com utentes imigrantes ucranianos faz-me sentir...”

As respostas foram agregadas através das que apresentavam uma frequência de ocorrência maior ou igual a 7,5 % do total.

Num segundo tempo, as palavras encontradas foram aglutinadas. Assim, dois eixos de palavras emergem:

- Um centrado no que é privado, no domínio da interioridade;
- Outro centrado na esfera pública, no que é partilhado, no que é público.

Sobre esta divisão Damásio (2000a:56) refere que:

- *“... o impacte humano de todas as causas de emoção acima citadas, refinadas ou não, e de todas as tonalidades de emoções que estas provocam, subtis e não tão subtis, depende dos sentimentos gerados por essas emoções. É através dos sentimentos que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacte na mente...”*

Estas dimensões foram construídas em função de como a palavra emoção/sentimento é operacionalizada, o que diferenciou a inserção das palavras numa ou noutra dimensão foi o facto de quando em interacção, numa relação de cuidar transpessoal segundo Watson (1985), o enfoque da nossa acção poderá ser interno ou externo e assim a construção dual (cuidador-cuidado) do cuidado de saúde terá influências e aprendizagens distintas.

A mesma autora descreve esta construção, referindo que quantos mais individualizados forem os sentimentos que o técnico de saúde transmite, com mais impacto e sentimento de parceria o doente se apropria do processo de cuidar.

Os investigadores por considerarem alguma dificuldade, e possível envolvimento na divisão das palavras pelas dimensões, procurámos um acordo inter juízes como recomenda Amâncio (1993) foi retirada a palavra revolta por não encontrar consenso entre o grupo de juízes constituído. Chegámos desta forma ao esquema que abaixo reproduzimos:

Quadro 67 – ESQUEMA DAS PALAVRAS EMOÇÃO/SENTIMENTO



Apoiando-nos nas definições de sentimentos e emoções de Damásio (2000a), os profissionais de saúde inquiridos, aquando da prestação de cuidados a imigrantes ucranianos, vivenciam sentimentos de pena, angústia, impotência, dificuldade e emoções de solidariedade, incompreensão e de serem úteis.

CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quando da análise dos resultados, uma questão se nos levantou, relacionada com a validade das respostas à pergunta número sete do questionário que aplicamos aos profissionais de saúde: *No desempenho das suas actividades profissionais, já contactou com imigrantes ucranianos?*

Perguntávamo-nos se os profissionais de saúde identificavam com precisão os imigrantes ucranianos ou se as respostas estariam relacionadas com o grande grupo dos imigrantes de Leste. No caso de procederem à identificação objectiva dos imigrantes ucranianos, questionávamo-nos quais os atributos que os profissionais de saúde utilizavam para efectuarem essa identificação.

Estas nossas dúvidas surgiram somente na fase de análise dos dados, o pré teste não indicou o levantamento de quaisquer problemas relativamente a esta pergunta, no decurso da pesquisa embora algo tardiamente, achamos pertinente e importante validar as respostas a esta pergunta.

Fortin (1996:228), refere acerca da validade dos instrumentos de medida:

“...a validade de um instrumento de medida demonstra até que ponto o instrumento ou indicador empírico mede o que deveria medir. A validade diz respeito à exactidão com que um conceito é medido. Por outras palavras, a validade corresponde ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida...”

Fortin (1996:234), ajuda-nos ao enunciar as preocupações do investigador que utiliza uma abordagem qualitativa e que procura validar os dados colhidos:

“...os dados colhidos pelo investigador reflectem a realidade, dito de outra forma, são exactos? O investigador em investigação qualitativa deve preocupar-se com a qualidade dos dados e proceder de forma que estes reflectam o estado actual das experiências humanas...”

Preocupados com as dúvidas acerca da consistência da validade das respostas dos profissionais de saúde à pergunta número sete do questionário aplicado, pretendemos clarificar estas nossas inquietações metodológicas.

Consideramos como estratégia a utilização de entrevistas directivas a profissionais de saúde a quem tinham sido aplicados os questionários.

Efectuamos oito entrevistas, a sub-amostra construída apresentou critérios de amostragem de intencionalidade, o resultado das entrevistas foi sujeito a análise de conteúdo.

Quadro 68 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE A GRUPOS DE IMIGRANTES

Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias	Entrevistas
Identificação	Prestação de cuidados de saúde a imigrantes	Nacionalidades	Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8
	Procedimentos de identificação de grupos de imigrantes	Atributos de distinção entre os grupos de imigrantes	Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8
	Procedimentos de identificação dos grupos de imigrantes de Leste	Atributos de distinção entre os grupos de imigrantes de Leste	Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8

As respostas dos entrevistados, distribuem-se por 3 subcategorias: nacionalidades; atributos de distinção entre os grupos de imigrantes; e atributos de distinção entre os grupos de imigrantes de Leste.

Vamos apresentar nos quadros seguintes os segmentos de texto referentes a cada uma destas subcategorias:

Quadro 69 – NACIONALIDADES

NACIONALIDADES	FREQUÊNCIA
"de Leste" Q1, Q4, Q7, Q8	4
"brasileiros" Q1,Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8	7
"africanos" Q1	1
"indianos" Q1, Q7, Q8	3
"argelinos" Q1	1
"marroquinos" Q1	1
"angolanos" Q2	1
"alemães" Q2	1
"franceses" Q2	1
"ucranianos" Q2, Q3, Q5, Q6, Q7, Q8	6
"palops" Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8	6
"congo" Q4	1
"holandeses" Q5	1
"árabes" Q5	1
"guineenses" Q6	1
"paquistaneses" Q6	1
"moldavos" Q2, Q6	2
"romenos" Q6	1
"russos" Q7, Q8	2
"espanhóis" Q7, Q8	2
"ingleses" Q7, Q8	2

Através da análise do Quadro 69, verificamos que os profissionais de saúde entrevistados identificam as nacionalidades dos imigrantes a que prestaram cuidados de saúde.

As nacionalidades mais frequentemente identificadas foram as oriundas do Brasil, da Ucrânia, dos países africanos (PALOPS) e das repúblicas de Leste (de leste).

Quadro 70 – ATRIBUTOS DE DISTINÇÃO ENTRE OS GRUPOS DE IMIGRANTES

ATRIBUTOS DE DISTINÇÃO ENTRE OS GRUPOS DE IMIGRANTES
“pela linguagem” Q1, Q2, Q3, Q5, Q6, Q7, Q8
“fisionomias diferentes” Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8
“pela cor” Q5, Q8
“aparência do vestuário” Q7

Através da análise do Quadro 70, os profissionais de saúde distinguem as diferentes nacionalidades através das seguintes características: fisionomias diferentes; pela linguagem; pela cor da pele; e pela aparência do vestuário.

Quadro 71 – ATRIBUTOS DE DISTINÇÃO ENTRE OS GRUPOS DE IMIGRANTES DE LESTE

ATRIBUTOS DE DISTINÇÃO ENTRE OS GRUPOS DE IMIGRANTES DE LESTE
“pela linguagem” Q1, Q2, Q3, Q5, Q6, Q7, Q8
“fisionomias diferentes” Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8
“aparência do vestuário” Q7
“pergunto de que país são” Q2, Q3, Q4, Q6, Q7, Q8

Através da análise do Quadro 71, os profissionais de saúde distinguem as diferentes nacionalidades de entre o grupo de imigrantes de Leste através das seguintes características: fisionomias diferentes; pela linguagem; pela aparência do vestuário; e porque questionam o imigrante de Leste acerca da sua nacionalidade.

Como súmula desta nossa análise, consideramos que os profissionais de saúde entrevistados, identificam com clareza as diferentes nacionalidades de imigrantes a que prestam cuidados de saúde:

“brasileiros, palops, russos, leste, espanhóis, ingleses, árabes, indianos, ucranianos”Q7. Utilizam como procedimentos para proceder à distinção entre nacionalidades: a linguagem; fisionomias diferentes; pela cor e pela aparência do vestuário. No caso dos procedimentos para distinguir as nacionalidades entre os imigrantes de Leste consideram: a linguagem; fisionomias diferentes, pela aparência do vestuário e acrescentaram que durante a prestação de cuidados de saúde questionam a origem da nacionalidade.

A análise de conteúdo das entrevistas supra referidas permitiu-nos considerar as respostas dos profissionais de saúde consistentes em termos de validade, após termos pesquisado “a qualidade dos dados e proceder de forma que estes reflectam o estado actual das experiências humanas”. Após a clarificação destas preocupações metodológicas procedemos à discussão dos resultados.

É nossa intenção neste capítulo analisarmos e discutirmos os resultados, questão a questão de investigação que inicialmente nos propusemos.

1. Quem são os imigrantes ucranianos da nossa amostra?

Os imigrantes ucranianos que constituem a nossa amostra situam-se entre os 20 e 49 anos (84,4 %), na idade produtiva. É uma imigração maioritariamente masculina (68,6 %). Estes dados são concordantes com a análise sociodemográfica que construímos (Parte II), utilizando fontes do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e da Inspeção-geral do Trabalho.

O género masculino atinge a sua maior frequência no grupo etário dos 30 aos 39 anos, enquanto o género feminino é marcadamente frequente no grupo etário dos 40 aos 49 anos. O estado civil predominante é o casado. Referem ter vindo para Portugal sem acompanhamento familiar (80,4 %), dos que referiram vir acompanhados pela família, destes (80,0 %) apontam o cônjuge como o membro familiar que os acompanhou. Estamos perante um fluxo imigratório recente, onde existe marcadamente o ideário do regresso, como refere Portes (1999:3):

“... a longo prazo, o carácter da adaptação de minorias estrangeiras não se afere pelo destino da primeira geração mas da segunda. Os imigrantes de primeira geração orientam-se constantemente para os seus países de origem e a eles regressam em muitos dos casos. O seu ponto de referência consiste nos salários e condições de vida deixados para trás. Os seus filhos, contudo, orientam-se para o país receptor do qual são cidadãos legais ou, pelo menos, membros sociais...”

É revelador desta postura do imigrante ucraniano perante a sociedade receptora, o facto de ser uma população maioritariamente masculina, na idade produtiva, serem casados e não estarem acompanhados pela família, Camilleri (1989:82) explica esta situação da seguinte forma:

“... en premier, c’est son project migratoire pour lequel il a quitté son pays, son village, sa famille, il a investi tant d’espoirs et fait tant de sacrifices (...) partir est un acte individuel choisi par les hommes forts attirés par le modernisme et désireux de progresser...”

Os imigrantes ucranianos que constituem a amostra chegaram a Portugal nos últimos 24 meses (90,1 %), formam uma imigração recente, Pires (2002:155:156):

“... com o novo regime legal das autorizações de permanência, que teve início em 2001, tornou-se visível a recente emergência e rápido desenvolvimento de um novo fluxo migratório da Europa de Leste (...) estes factos alteram profundamente a hierarquia das origens da população imigrada consolidada nas duas últimas décadas (...) a subida dos ucranianos para o segundo lugar dessa hierarquia...”

Os imigrantes ucranianos apontam como razão do seu movimento migratório causas económicas, alguns relacionam com a procura de melhores condições de vida, outros almejam melhores condições para a educação dos filhos (na Ucrânia) e outros ainda apontam o facto de se encontrarem desempregados, Ferreira (2000:7):

“... o crescimento económico e a elevação do nível de vida nos países industrializados implicaram consequências na disponibilidade de mão-de-obra e também na forma da sua utilização. O prolongamento da escolaridade e dos processos de formação e a procura de empregos de remunerações mais satisfatórias são exemplos dessas consequências; também os fluxos do êxodo rural se revelaram insuficientes ou inadequados para compensar pressões demográficas ou técnicas sobre o mercado do trabalho. Pelo que o recurso à mão-de-obra estrangeira, de pontual ou sazonal se tornou sistemático em vários sectores da indústria e de serviços, permitindo uma oferta ilimitada de trabalho...”

Embora existam autores que contrariam esta explicação, referindo que as causas da imigração não se limitam somente a este tipo de relações económicas, Portes (1999:24):

“... o pensamento económico dominante oferece uma análise linear das causas da imigração tomando-a como resultado das diferenças internacionais na procura e oferta de mão-de-obra...”

O mesmo autor, contraria esta análise clássica das causas da imigração, contrapondo com, Portes (1999:25):

“... grande parte das migrações internacionais do trabalho tem a sua origem em países num estágio médio de desenvolvimento, e não em países de salários mais baixos (...) pelo contrário, são as pessoas com alguns recursos (...) que normalmente iniciam e sustentam o movimento...”

A população imigrante ucraniana constituinte da amostra referiu fundamentalmente como causas do seu movimento migratório razões económicas. Rocha-Trindade (1995:41):

“... a mais generalizada das motivações é de raiz predominantemente económica: ela afecta os países mais pobres ou menos desenvolvidos, as regiões mais deprimidas, as classes sociais mais desfavorecidas. A falta ou a insegurança de emprego; a insuficiência de recursos da terra ou do mar; a falta de horizontes de bem-estar para si e para os seus descendentes, são motivações próximas deste género de razões de partir...”

Quanto ao nível de escolaridade, 43,1 % referiram possuir uma licenciatura e 39,2 % referiu possuir um curso médio. As licenciaturas em economia (20,5 %) e as licenciaturas em engenharia (31, 8 %) são as mais frequentemente apontadas. Quanto à distribuição dos cursos médios não existe nenhuma área que se destaque. Reportando-nos aos EUA, Aroian (1998:190), refere que:

“... estes eram de um nível educacional alto, caucasianos, originários de grandes metrópoles da ex-União Soviética...”³⁶

Sobre a situação profissional, 35,3 % referiram encontrarem-se desempregados na Ucrânia. Essa situação pouco se alterou com o movimento migratório, pois em Portugal, 37,3 % encontram-se desempregados. Esta ocorrência é referida por Portes (1999:21:22), através do conceito económico de *path dependence*:

“...as experiências passadas de desemprego e a ausência de emprego anterior reduzem a probabilidade de encontrar um emprego, porque isolam o indivíduo das redes sociais através das quais são difundidas as informações sobre empregos. O desemprego conduz, desta forma, à espiral descendente que leva ao alheamento das oportunidades do mercado de trabalho, visto que quanto mais tempo as pessoas estiverem desempregadas, mais reduzidas e remotas serão as ligações às redes em que circula informação relevante sobre empregos...”

Os imigrantes ucranianos que exerciam na Ucrânia uma profissão tendo por base uma licenciatura (50,0 %) ou um curso médio (48,5 %), em Portugal nenhum dos que refere possuir licenciatura exerce uma profissão compatível com o seu nível educacional e constata-se um decréscimo de 9,4 % entre os que referem possuir uma profissão tendo por base curso médio. Na

36. Tradução do autor.

passagem da Ucrânia para Portugal, o exercício de uma profissão indiferenciada passou de 1,5 % para 60,9 %, esta constatação relativamente à amostra Imigrantes Ucranianos não é concordante com as explicações apontadas por Portes (1999:73:74), que através da análise dos principais grupos de imigrantes nos EUA – Asiáticos, Indianos e Chineses provenientes de Taiwan – como portadores de elevadas qualificações e com desempenhos profissionais de acordo com essas habilitações (cerca de 1/3), enquanto nos imigrantes latino-americanos e oriundos do Sul da Europa “o número relativo dos profissionais de elevado nível representa metade, ou mesmo menos, da média nacional”, Portes (1999:73) relativamente à relação entre a qualificação académica e o desempenho profissional, que os imigrantes possuem, afirma o seguinte:

“... não surpreende que os grupos mais escolarizados estejam mais representados nas profissões de qualificações mais elevadas e de gestão...”

Os resultados provenientes da amostra Imigrantes Ucranianos mostra-nos precisamente o contrário, ou seja, os indivíduos que referem possuir uma profissão tendo por base uma licenciatura, nenhum deles em Portugal consegue exercer uma profissão ligada à sua licenciatura. Também é representativo o facto da passagem de 1,5 % para 60,9 % quanto ao exercício de uma profissão indiferenciada.

Não será pois alheio aos dados anteriormente expostos, a relação que existe entre o grau de satisfação com a profissão que os imigrantes ucranianos exercem em Portugal, cerca de 83,3 % referem-se “não satisfeitos” com a profissão que praticam em Portugal.

As razões que levaram esta população de imigrantes ucranianos a escolher Portugal, como país destino do seu percurso migratório, foram maioritariamente a facilidade com que arranjam trabalho em Portugal, através de agências de viagem existentes na Ucrânia. Essas agências de viagem facilitavam a ligação Ucrânia – Portugal. Esta razão foi apontada por 95,1 % da população em causa, Pires (2002:160) sobre este assunto refere o seguinte:

“... aos fluxos com origem no Leste europeu (...), bem como o seu muito rápido crescimento, não são compatíveis com as dinâmicas clássicas de constituição de fileiras migratórias suportadas por redes de migrantes territorialmente concentradas. Como é revelado por estudos noutros países, esta configuração é indiciadora do que tem sido uma característica dos novos fluxos de migrações laborais a partir dos anos 80: a sua constituição por via de um recrutamento organizado mais do que pela lenta acumulação de percursos autoconstruídos...”

Ressalta que, para além do projecto de migração individual, os imigrantes ucranianos possuem na Ucrânia organismos (agências de viagem) que aligeiram o movimento migratório, proporcionando facilidade nas ligações Ucrânia/Portugal (aspectos ligados à viagem, alojamento) e na aquisição de trabalho em Portugal. A imigração ucraniana em Portugal é sustentada, construída através de um recrutamento organizado.

Essencialmente, em Portugal, os imigrantes ucranianos habitam em prédio. Destes 98,77 % vive em habitações que possuem uma a duas assoalhadas. Cerca de 46,1 % habitam em pensões com 1 assoalhada. Partilham a sua habitação (93,2 %): 63,5 % partilham a sua habitação com 1 a 4 residentes; enquanto 29,7 % partilha com 5 a 8 residentes. Dos imigrantes ucranianos inquiridos 20,6 % referiram não possuir habitação, manifestam viver em situação de sem-abrigo.

75,5 % usufruem de saneamento básico (água, luz e esgotos) e 24,5 % referem não usufruírem de saneamento básico.

Vivem sós 27,0 %, enquanto 53,0 % reside com os colegas de trabalho da sua nacionalidade, 12,0 % partilha o seu espaço de residência com colegas de trabalho da sua nacionalidade e familiares, 7,0 % refere viver com a família. Dos que vivem com membros da família (16), 84,2 % vive com o cônjuge.

Na nossa amostra de Imigrantes Ucranianos, estes vivem em prédios, essencialmente em andares com 1 a 2 assoalhadas (pensões), partilham a sua residência com um número elevado de pessoas, colegas de trabalho da mesma nacionalidade e membros familiares. Elevado o número de sem-abrigo, bem como os que não usufruem de saneamento básico.

França (1992) relativamente à pesquisa que efectuou sobre a comunidade cabo-verdiana em Portugal, conclui no seu estudo que as doenças mais frequentes são as infecções dermatológicas, as afecções bronco-pulmonares, a subnutrição, diarreias e infecções intestinais. Afirma que estas doenças são próprias de uma qualquer população – independentemente da sua etnia ou raça – desde que habitem meios, comunidades, com condições sanitárias de saneamento básico precárias.

Dos imigrantes ucranianos inquiridos, 38,2 % referiu professar a religião católica e 1,0 % a religião ortodoxa, sem religião manifestaram-se 60,8 %. Dos 40 imigrantes ucranianos que referiram terem religião, 35,0 % praticam-na.

Sem dúvida que as congregações religiosas poderão dar um contributo para o desenvolvimento e maturação do associativismo; são locais onde se encontra um grupo de pessoas, com objectivos, vivências idênticas, o que eventualmente provoca um sentimento de coesão inter-imigrantes na resolução de problemas, dificuldades que lhes são comuns.

Os imigrantes ucranianos inquiridos referem como principal dificuldade na adaptação à sociedade Portuguesa, a barreira linguística (42,5 %):

“... l’acquisition de la langue du pays d’accueil est une condition importante pour s’intégrer au monde du travail et au système de formation...”³⁷

Sobre a barreira linguística e os cuidados de saúde, Camilleri (1989:172:173) refere:

“... o diagnóstico torna-se mais difícil devido à dificuldade que o migrante revela em verbalizar em francês o que o seu corpo sente, ele procura com tristeza as palavras justas, susceptíveis de descrever com precisão o seu sofrimento. Do imigrante ao cuidador (...) uma falta de nitidez do vocabulário origina uma falta de nitidez na apreciação do estado da doença (...) é o corpo que fala sobre a forma do sintoma ou é sobre a forma de imaginar o sintoma. No entanto, o sofrimento está lá na mesma...”³⁸

Conseguir trabalho é referido por 19,5 %, enquanto 10,9 % refere dificuldade em conseguir um trabalho melhor, no sentido de mais adequado às suas qualificações académicas. Referem dificuldades com a legalização da sua situação (10,3 %), manifestam que as entidades empregadoras não cumprem (9,8 %). Pires (2002:161), na análise que efectua à população estrangeira em Portugal, considera que:

“... outra característica importante destes novos fluxos é a maior diversificação dos sectores do mercado de trabalho em que se inserem os imigrantes (...) nomeadamente, é visível alguma presença de trabalhadores do Leste europeu na agricultura e na indústria transformadora (...) foi, no entanto, o sector da construção aquele que suscitou uma maior procura de mão-de-obra estrangeira (...) a quase totalidade dos trabalhadores imigrados com autorização de permanência têm um vínculo precário com as empresas contratantes...”

37. <http://www.inter-pret.ch>
38. Tradução do autor

Referem ainda como dificuldades uma difícil adaptação ao trabalho (2,9 %), o que revela diferença entre a profissão que desempenhavam no país-origem e a profissão que desempenham no país de acolhimento. Costumes diferentes (2,3 %), relacionados com o contacto com a cultura portuguesa. Dificuldades em encontrar habitação (1,1 %).

2. Como é que os imigrantes ucranianos se relacionam com o sistema português de saúde? Quais as solicitações? Quais as dificuldades?

Já utilizaram o Sistema Nacional de Saúde, 79,4 % dos imigrantes ucranianos inquiridos e o equipamento de saúde a que mais recorreram foi o hospital público, seguido do centro de saúde. Interessante o facto de dez imigrantes ucranianos terem recorrido a um médico da sua nacionalidade. Espinosa (1989) efectuou um estudo com crianças ciganas e africanas e concluiu que os imigrantes desconhecem os serviços de saúde da sua área e recorrem às urgências hospitalares frequentemente.

A razão que os faz recorrer ao sistema nacional de saúde é, maioritariamente a situação de doença aguda. Os diagnósticos médicos referidos pelos inquiridos, sendo os diagnósticos por área de especialidade os mais frequentes³⁹ – por ordem decrescente – a dermatologia (52,6 % referem psoríase), orto-traumatologia, infecto-contagiosas, psiquiatria, estomatologia, pneumologia e gastroenterologia. Relativamente aos diagnósticos existe alguma concordância com os referidos na pesquisa efectuada por França (1992) já referenciada neste estudo⁴⁰.

Os imigrantes ucranianos relacionam os principais obstáculos aquando da solicitação ao sistema nacional de saúde com o atendimento, o processo terapêutico e o cuidado prestado. Acerca do atendimento, desdobra-se este obstáculo em dois vectores: relação imigrante ucraniano/profissional de saúde e o tempo de espera. Quanto à relação imigrante ucraniano/profissional de saúde consideram a língua como o principal obstáculo. Existe uma grande unanimidade no tempo de espera que os sujeitaram para lhe serem prestados cuidados de saúde, sendo este conotado de longa duração. Recorremos a Camilleri (1989:171) que ilustra a interferência da não existência de um código linguístico comum na relação imigrante/profissional de saúde.

39. Consideramos as frequências de diagnósticos → que 6%.
40. página 161

“... le sentiment que l’Autre ne peut comprendre amène le soignant à se dispenser de faire de moindre effort et cet Autre à se comporter comme si effectivement il ne pouvait rien comprendre (...) sur le plan des soins médicaux ou infirmiers, nombre de difficultés se font jour: précautions à prendre pour un examen que le migrant ne respect pas, faute d’une explication compréhensive de la part du soignant, etc (...) comme on n’a souvent pas pris le temps de lui expliquer sur quel mode est organisé un service hospitalier, le migrant confond les divers ordres de compétence professionnelle qui se côtoient à son chevet (médecins, internes, externes, infirmières, surveillantes, aides-soignantes, etc...”

Os imigrantes ucranianos inquiridos sugerem que a existência de um interprete facilitaria a comunicação com os profissionais de saúde, consideram ainda que se estes apresentassem mais “calma e que o entendessem” Q143 ajudava este relacionamento.

Sobre o processo terapêutico consideram como obstáculos o facto de não existir comparticipação na aquisição de medicamentos, referem dificuldades em adquirirem requisições para efectuarem análises e o facto de necessitarem de consultas de especialidade (estomatologia). Dividem-se quanto à qualidade do cuidado de saúde prestado: uns referem que foram mal atendidos, mal tratados, chegando mesmo a não serem atendidos; outros consideram ter sido bem atendidos e bem tratados.

Sugerem a existência de locais próprios de atendimento e que houvesse um maior controlo sobre a entidade patronal, o que seria facilitador na sua abordagem ao Sistema Nacional de Saúde.

3. Em que estágio de relacionamento se situam com a sociedade de acolhimento?

Pretendemos colocar em evidência as circunstâncias que motivaram a partida dos imigrantes ucranianos. Se anteriormente colocávamos em questão se teria sido por necessidade ou escolha a sua demarche migratória, neste momento poderemos afirmar que foi motivada por uma necessidade económica. Este movimento só foi possível após a efectivação de rupturas a nível afectivo, psíquico e cultural, a leitura dos dados que recolhemos ilustram estas rupturas. Foi uma partida recente, frequentemente solitária, masculina, na idade produtiva, são indivíduos casados que maioritariamente deixam a sua família no país de origem.

Escolheram Portugal porque alegam facilidades na viagem de ligação Ucrânia/Portugal e em arranjar trabalho em Portugal. Facilidades essas advindas do recrutamento organizado, *através de agências de viagem* que organizam a partida, o percurso, a habitação e a colocação no mercado de trabalho português do imigrante ucraniano.

Em Portugal passam por uma transição psíquica, por uma instalação. Embora a instalação seja algo facilitada pelo recrutamento organizado, no entanto, os dados recolhidos revelam algumas dificuldades, relativamente à habitação, lugares e espaços. Em Portugal habitam essencialmente em prédios, numa ou duas assoalhadas, no regime comercial de pensão e partilham a sua residência com alguns companheiros da mesma nacionalidade. Um número significativo vive em situação de sem-abrigo. Um número significativo não possui saneamento básico. Sobre a sua prática religiosa, embora manifestem a sua religiosidade, existe um número significativo que a não pratica, e não estará relacionado com o ritual religioso, já que a religião predominante é a católica. Consideramos que terão alguma dificuldade de relacionamento com os espaços da sociedade de acolhimento. Consideramos ainda que os dados recolhidos e as dificuldades levantadas aos investigadores no decorrer do trabalho de campo, demonstram que os imigrantes ucranianos inquiridos contactam raramente a sociedade de acolhimento, quando o fazem procedem de uma forma superficial e formal. Esta forma de agir é característica de um grupo de imigrantes em instalação na sociedade de acolhimento.

Os investigadores consideram que face aos dados que dispõem, os imigrantes ucranianos inquiridos situam-se no início de um processo de absorção das diferenças sociais. Este aspecto é revelador através do choc culturel, nomeadamente no trabalho e no nível de escolaridade. Referem um nível de escolaridade elevado: as profissões manifestadas têm por base uma licenciatura ou um curso médio, revelam-se “não satisfeitos” com a sua profissão em Portugal, provocado por elevados índices de desempenho de profissões indiferenciadas em Portugal, o que não sucedia na Ucrânia. Mostram alguma insatisfação com as entidades empregadoras, pelo facto de estas não contribuírem para a legalização do seu processo de inserção na sociedade portuguesa ao lhes negarem um contrato de trabalho. Esta constatação provoca-lhes consciência das diferenças sociais. Manifestam, como grande dificuldade, a falta de conhecimento da língua portuguesa, o que provavelmente irá provocar neste grupo a necessidade de aprendizagem desta língua, que poderá ser ou não acompanhado da aprendizagem de novos papéis sociais, profissionais e valores. São estas características que

nos fazem considerar que este grupo de imigrantes se encontra numa fase de transição entre a instalação e a adaptação à sociedade de acolhimento, sendo a fase neste processo que melhor caracteriza este grupo a aprendizagem das diferenças sociais. Gravel (2000:2) considera que:

“... phase 3 (absorption des différences sociales) (...) risque pour la santé physique et mentale...”

Recorrem essencialmente ao hospital, devido a causas de doença aguda, de realçar como situação de diagnóstico mais frequente a psoríase. Consideramos que nesta fase de absorção das diferenças sociais, existe um confronto entre o mundo de significados sociais da sociedade de origem e este novo processo de socialização aos novos e diferentes significados sociais da sociedade de acolhimento. Esta desterritorialização, leva a uma descontextualização social, imprime no indivíduo incerteza, insegurança, medo, instabilidade psíquica que poderá causar doença quer física, quer mental ou ambas.

Uma das características da fase de absorção das diferenças sociais em ambiente de saúde/doença, revela-se através do choc culturel no campo dos significados sociais da saúde e da doença, que se tornam visíveis através dos segmentos de texto referidos pelos imigrantes ucranianos inquiridos:

“os profissionais não compreendiam o que me queixava” Q13;

“fazer-se explicar, níveis elevados de ansiedade, com dor-mágoa” Q185;

“perguntavam pelo seguro e o patrão não fez nada” Q189;

“não participam os medicamentos aos imigrantes” Q184, Q199, Q127, Q131; “necessitava que me passassem requisições para análises (...), não me atenderam, disseram que não era nenhum laboratório” Q155;

“passaram muitas pessoas à frente que tinham chegado depois” Q14.

É flagrante a absorção das diferenças sociais por parte deste grupo de imigrantes ucranianos – também – relativamente aos contextos de saúde/doença. Não possuímos dados que documentem qualquer indício de uma adaptação de comportamentos à sociedade de acolhimento. A recolha de dados que efectuamos não ilustram, não permitem relacionar, com a fase migratória seguinte apresentada por Gravel (2000:2):

“... phase 4 (adaptation) (...) adaptation des comportements (...) démystification de la société d'accueil...”

4. Como se estabelece a relação imigrante ucraniano/profissional de saúde face às necessidades de saúde que os imigrantes ucranianos manifestam na fase migratória em que se encontram relativamente à sociedade de acolhimento?

Ao longo da nossa pesquisa, referenciamos a relação imigrante ucraniano/profissional de saúde como uma relação dual entre cuidadores e quem é cuidado, o cuidado de saúde é assim construído por estas duas entidades. Ambos são actores-construtores de um cuidado de saúde que se pretende culturalmente competente. Ambos os actores-construtores terão que construir competências; sobre esta construção Perrenoud (2000) refere que é necessário mobilizar um conjunto de recursos cognitivos – saberes, capacidades, informações – para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações. O mesmo autor identifica competências fundamentais para as pessoas construírem a sua autonomia e referencia oito categorias:

- Saber identificar, avaliar e valorizar suas possibilidades, seus direitos, seus limites e suas necessidades;
- Saber formar, conduzir projectos e desenvolver estratégias, individualmente ou em grupo;
- Saber analisar situações, relações e campos de força de forma sistémica; saber cooperar, agir em sinergia, participar numa actividade colectiva e partilhar liderança;
- Saber construir e estimular organizações e sistemas de acção colectiva do tipo democrático;
- Saber gerir e superar conflitos;
- Saber conviver com regras, servir-se delas e elaborá-las;
- Saber construir normas negociadas de convivência que superem diferenças culturais.

Urge caracterizar a amostra Profissionais de Saúde, situam-se entre os 20 e 49 anos, são maioritariamente femininos (79,8 %), o que é concordante com a análise que Rodrigues (2002:102)⁴¹ efectua da composição dos grupos profissionais do serviço nacional de saúde segundo o sexo – o género feminino constituía 73,0 % – dos profissionais de saúde. Os grupos profissionais que constituem a amostra são administrativos, enfermeiros e médicos. A nossa amostra revela uma predominância do grupo profissional dos enfermeiros. Existe homogeneidade na distribuição da amostra por equipamentos de saúde (Centro de Saúde e Hospital). Da totalidade da amostra, 60 profissionais de saúde exerce a sua profissão no intervalo de tempo dos 0 aos

41. Fonte: Balanço Social, 1998 e 1999, Direcção Recursos Humanos da Saúde

15 anos. A grande maioria dos profissionais de saúde inquiridos (91,7 %) já contactou com imigrantes ucranianos no exercício da prestação de cuidados de saúde. Os profissionais de saúde referem maioritariamente (97,6 %) não terem formação específica para prestar cuidados de saúde a imigrantes. Referem como difícil a abordagem ao grupo dos imigrantes ucranianos.

Os profissionais de saúde referem que o imigrante ucraniano vem frequentemente acompanhado por colegas da sua nacionalidade (48,3 %).

Os profissionais de saúde separam as dificuldades encontradas na prestação dos cuidados de saúde a imigrantes ucranianos, nas relacionadas com a relação profissional de saúde/imigrante ucraniano e na acessibilidade destes ao sistema português de saúde.

Na relação profissional de saúde/imigrante ucraniano consideram a língua como um obstáculo, como refere Camilleri (1989:171):

*“... a chegada a um serviço (e depois), o imigrante constata que o silêncio é frequentemente a posição que o espera. O preconceito difundido que ele não compreende as explicações que lhe dão, dispensam a experiência do o tentarem...”*⁴²

Verbalizam que “os últimos casos falam mal o português” QP33.

Consideram a comunicação como outro obstáculo à relação profissional de saúde/imigrante ucraniano. Sobre o processo de comunicação, Ramos (2001b:157) refere:

“... a comunicação é um conceito integrado, o qual permite redimensionar e repensar os contactos, as relações entre o indivíduo e a sociedade, entre a sociedade e a cultura (...) o conceito de comunicação (...) implica, não somente um emissor activo e um receptor passivo, mas exige igualmente a participação activa dos interessados no processo de comunicação, o qual se torna um fluxo pluridimensional de informações e de interacções com retroacções múltiplas, um processo bidireccional contínuo influenciando o comportamento...”

Esta autora cita Bateson, fundador da escola de Palo Alto, ao referir os princípios fundamentais desta escola na abordagem sistémica que efectua à problemática da comunicação, da qual destacamos:

42. Tradução do autor

“... a comunicação não se reduz às mensagens verbais, mas também as expressões faciais, os gestos, as atitudes, as posturas, os comportamentos transmitem uma mensagem. Em situação de interacção, não podemos deixar de comunicar, pois todo o comportamento social tem um valor comunicativo...”

Existe uma dificuldade de entendimento, porque não existem códigos comuns aos dois actores. É pois com dificuldade que se poderá construir algo. Se considerarmos os princípios enunciados por Ramos (2001b) relativamente à forma holística como olha para o fenómeno da comunicação e lhe juntarmos Perrenoud (2000), ao enunciar as oito categorias para a construção de competências fundamentais para o indivíduo construir a sua autonomia, ressaltam de imediato lacunas no estabelecimento da relação profissional de saúde/imigrante ucraniano, porque não está construída uma competência de comunicação em nenhum dos actores intervenientes, o que leva a dificuldades para instaurar um processo de comunicação facilitador e pró-activo na construção do cuidado de saúde culturalmente competente. Podemos identificar algumas dessas lacunas seguindo as oito orientações preconizadas por Perrenoud (2000), ilustrando com segmentos de texto referidos pelas nossas amostras.

Ambas as nossas amostras demonstram não saber identificar, avaliar e valorizar as suas possibilidades, os seus direitos, os seus limites e as suas necessidades, como podemos verificar através dos seguintes segmentos de texto:

“comunicação, compreendê-los e fazer-me entender” QP36;
 “comunicação, falta de conhecimento por parte deles em relação ao estado de saúde” QP55;
 “comunicação, fazê-los entender que não são atendidos por não estarem legais e que por vezes são atendidos na mesma devido à gravidade da situação” QP23;
 “tive dificuldade em me fazer atender” QI14;
 “dificuldade em explicar o que tinha” QI17;
 “não me consegui explicar” QI81;
 “não compreendi nada” QI6;
 “não consegui explicar, fiquei com a impressão que me deram a injeção, sem me terem percebido” QI16;
 “dificuldade em me compreenderem” QI43;
 “não me compreenderam, não me consegui fazer entender” QI42;
 “não me perceberam, não sabiam do que me queixava” QI64;
 “os profissionais não compreendiam o que me queixava” QI3;

“incompreensão, não me perceberam, não sabiam do que me queixava” QI44;

“passei dois dias na urgência do hospital, não percebi o que me estava a acontecer, sentia-me muito fraco, não tinha ninguém” QI79.

Terá que existir um enfoque intenso na área da comunicação intercultural, por parte do sistema português de saúde, na tentativa de construção de competências culturais na prestação de cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde consideram que a percepção que se está a construir acerca do imigrante ucraniano interfere na relação profissional de saúde/imigrante ucraniano:

“o medo/receio por parte do doente” QP53;

“são introvertidos e por vezes desconfiados” QP39.

É necessário, nesta fase inicial de estabelecimento de competências na relação profissional de saúde/imigrantes ucraniano, olharmos para estas construções sociais e a forma como podem interferir na prestação do cuidado de saúde, o que Camilleri (1989:169) refere como:

*“... a eficácia do cuidado (médico, ou de enfermagem) exige um duplo reconhecimento, seja do imigrante com a sua diferença, seja do enfermeiro com a sua própria diferença. O respeito pela diferença não é uma questão unilateral, ela implica um reencontro, um modo de negociação informal que deixe no doente e no cuidador um sentimento de dever cumprido e reconhecido. A compreensão da alteridade apela a uma modulação do cuidado e da relação. Ela obriga o cuidador a mais que um saber e um saber-fazer, ela exige um saber-ser...”*⁴³

A cultura diferente é uma dificuldade enunciada pelos profissionais de saúde: “cultura, as representações de saúde deles não são iguais às nossas, expressões como – nós somos muito fortes – ou nós sabemos cuidar de nós quando estamos doentes” QP8. A cultura, os valores, as crenças de ambos os actores interferem com a prestação dos cuidados de saúde, com a relação profissional de saúde/imigrante ucraniano. Gravel (2000:2):

“... é reconhecido que a saúde é influenciada pelos factores associados à etnicidade (...) estes factores reflectem os aspectos culturais, os valores, as crenças, as práticas e as particularidades biológicas e genéticas. Estes factores podem ser considerados como determinantes da saúde, eles são reconhecidos se forem ligados à saúde e ao

43. Tradução do autor

*bem-estar, ao contexto social, cultural e físico, aos hábitos de vida, à utilização formal e informal da saúde, à forma de entender a doença e os valores educativos...”*⁴⁴

Embora a cultura diferencie os povos, os conjuntos de crenças e valores são diferentes entre indivíduos, no entanto, nesta diversidade cultural existe algo de universal, Collière (2001:58) partilha connosco a seguinte ideia:

“... cuidar, tomar conta da vida está na origem de todas as culturas. Desde o início da história da humanidade, os homens e as mulheres esforçaram-se por sobreviver. É à volta desta imperiosa necessidade de tomar conta da vida, ou seja, de fazer o indispensável para que a vida continue, que nasceram e se desenvolveram todas as maneiras de fazer que geraram crenças e modos de organização social. Ao contrário do que se acredita hoje em dia, não é em torno da doença que se desenvolveram as práticas dos cuidados, mas à volta de tudo o que permite sobreviver: lutar contra a fome, estar abrigado...”

Estes dois autores demonstram-nos que o cuidado de saúde, culturalmente competente, deve respeitar a diversidade cultural na sua operacionalização, no entanto, numa forma inicial, primária, o cuidado de saúde culturalmente competente pode ancorar-se em “nichos de actuação” nas grandes necessidades de saúde inerentes a todas as culturas, ou seja, as que estão relacionadas com a sobrevivência da espécie humana. Collière (2001:61) ao referir as maneiras de fazer, mostra-nos a evolução dos cuidados de saúde culturalmente competentes, o porquê da sua existência e da sua necessidade:

“... formas de cultivar a terra, formas de preparar as refeições em torno do cru ou do cozido, forma de comer consoante se é homem, mulher ou criança, forma de abordar o corpo templo do espírito e de ter práticas sexuais. Todas estas formas de viver modelam hábitos de vida, usos e costumes, que se desenrolam ao ritmo das estações, impregnados de representações simbólicas. Quando os hábitos de vida estão bem instalados num grupo, erigem-se em crenças. As crenças nasceram de hábitos que se acredita serem bons ou maus em função da pertença cultural...”

Segundo esta autora uma forma de construirmos um cuidado de saúde culturalmente competente é procurar as maneiras de fazer de saúde que aquele indivíduo possui e mobilizá-las na construção de estilos saudáveis de

44. Tradução do autor.

vida ou no ultrapassar episódios de doença. Temos que procurar as maneiras de fazer relativamente ao corpo, o cuidado de saúde que serve a unidade corpo/mente, uma maneira de fazer em saúde que tenha em conta o indivíduo olhado de uma forma holística e sistémica.

A não existência de sistemas de informação sobre os imigrantes ucranianos é outra dificuldade que interfere na relação profissional de saúde/imigrante ucraniano:

- “desconhecimento de antecedentes” QP69;
- “saber as moradas certas (...) fazer interpretações dos boletins individuais de saúde” QP4;
- “explicação dos actos prestados e da situação actual” QP54.

Em termos de informação acerca de cuidados de saúde é como se o imigrante tivesse “nascido” no momento em que se desloca ao serviço de saúde. Não existe uma história (um registo) acerca do percurso anterior de saúde daquele imigrante. Por sua vez os documentos que por vezes nos mostram estão em ucraniano, o que torna difícil a sua compreensão.

Todas as dificuldades acima transcritas – a língua, a comunicação, a percepção acerca do imigrante ucraniano, a cultura e os sistemas de informação sobre os imigrantes – são dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde que interferem na relação profissional de saúde com o imigrante ucraniano.

Uma outra dificuldade referenciada é a acessibilidade aos cuidados de saúde, os profissionais de saúde enunciam o estatuto de ilegais, as barreiras burocráticas, os rendimentos dos imigrantes ucranianos e a informação que estes possuem sobre o sistema nacional de saúde, como factores que condicionam a acessibilidade aos cuidados de saúde.

Sobre o estatuto de ilegais de alguns imigrantes ucranianos os profissionais de saúde consideram:

- “ilegais o que dificulta o acesso aos serviços em situações não agudas” QP13;
- “por vezes não cumprem os tratamentos (programados) por estarem ilegais. Só vêm a primeira vez” QP11.

Consideram ainda existir barreiras burocráticas que condicionam a acessibilidade aos cuidados de saúde:

- “falta documentação” QP27;
- “burocracia” QP31;
- “acessibilidade” QP3.

É exemplo de barreira burocrática que apela à verificação do estatuto de legal/ilegal do imigrante a circular normativa da Direcção Geral de Saúde, (suportada pelo despacho nº 25 360/2001 (2.ª série), intitulada cuidados aos estrangeiros residentes em Portugal, o Ponto 4 da referida circular torna moroso e condiciona o acesso aos cuidados de saúde em situação de doença aguda.

Os rendimentos que os imigrantes ucranianos usufruem e os encargos financeiros a que estão sujeitos (pagamento às agências de viagem pela sua migração, o retorno de dinheiro para o seu país de origem para manter família ou outras despesas) condicionam o cumprimento de determinados processos terapêuticos (pelo custo de medicamentos), por outro lado é também este um dos motivos que os faz procurar os cuidados de saúde em última instância, por vezes já os processos de doença se encontram em franca evolução:

- “aperceber-me que por vezes precisam de vigilância médica que não lhes é permitido pelo horário de trabalho que têm e a necessidade de fazer escolhas terapêuticas ajustadas a um baixo rendimento” QP34,*
- “no período da alta falta o apoio para acolher o doente durante a fase de convalescença” QP79.*

Por último, os profissionais de saúde consideram que a falta de informação acerca do sistema de saúde português por parte dos imigrantes ucranianos é uma dificuldade que interfere com a acessibilidade aos cuidados de saúde: “explicar a importância do nosso sistema de saúde e alguns meios auxiliares de diagnóstico” QP6.

Podemos relacionar estas dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde com exclusão social, como referencia Amaro (2003:24):

- “... o estado de saúde influencia directamente o nível de rendimento, através da produtividade e das despesas realizadas com os cuidados médicos. Por isso, pode afirmar-se que a doença (sobretudo as de tipo crónico) pode levar ao empobrecimento e à exclusão social. Todavia, note-se que a relação entre saúde e pobreza também pode ser inversa, uma vez que a escassez de recursos leva à alimentação deficiente e aos poucos cuidados de saúde primária que os pobres geralmente têm. Está aliás, empiricamente comprovado, que os pobres estão mais expostos à doença...”*

O mesmo autor refere que a exclusão social é um conceito mais abrangente que o de pobreza e relaciona-se com a ausência de vários tipos de poder: económico, de decisão, de influência e de participação na vida da comunidade, como exercício pleno dos direitos e deveres de cidadão. Neste sentido e com as dificuldades enunciadas pelos profissionais de saúde relativamente à acessibilidade aos cuidados de saúde, estas funcionam como factores que podem levar a uma forma de exclusão dos cuidados de saúde, com todas as desvantagens daí inerentes quer para o imigrante (interfere no seu ciclo de produtividade/rendimento) quer para a sociedade de acolhimento.

Os profissionais de saúde referiram ainda aquando da prestação de cuidados de saúde a imigrantes ucranianos vivenciarem sentimentos de pena, angústia, impotência, dificuldade e emoções de solidariedade, incompreensão e de serem úteis.

Watson (1985) acerca de como os sentimentos e emoções interferem na relação com o outro:

*“... o ênfase posto na componente humana dos sentimentos e do cuidar de humano-para-humano, é consistente com a minha visão sobre a pessoa. O cuidar transpessoal não permite apenas a libertação de emoções e a evolução da parte espiritual da pessoa, mas promove a congruência entre a percepção e a experiência da pessoa (...) o cuidar transpessoal, no qual os sentimentos são libertados, permite que o receptor dos cuidados os assimile melhor...”*⁴⁵

Os sentimentos referidos pelos profissionais de saúde revelam conflito, sentimentos que manifestam algo que é vivido com desagrado, enquanto as emoções embora ligadas a algum do sentido tradicional com que as profissões de saúde se encontram ligadas (solidariedade, utilidade), demonstram também incompreensão. Consideramos que segundo Watson (1985) está de alguma forma posto em causa o *cuidar transpessoal*.

45. Tradução de João M Machado Enes

CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

“Imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde: Qual a situação? Que relação?”

Aglutinámos estes atributos vivenciados por cada um dos actores-construtores do cuidado de saúde culturalmente competente e relacionámos com a fase migratória em que este grupo de imigrantes ucranianos se encontra, para afinarmos a relação que se estabelece entre imigrantes ucranianos e cuidados de saúde. Fundamentalmente, o facto de constituírem uma imigração recente tem um peso significativo na análise que efectuámos a este grupo. São imigrantes sujeitos recentemente a rupturas a nível afectivo, psíquico e cultural; na sua maioria encontram-se sós, separados da família. Em Portugal passam por uma transição psíquica, por uma instalação – algo que poderá ter sido facilitado pela organização das agências de viagem – no entanto detectámos algumas dificuldades, relativamente à habitação, lugares e espaços. Vivem em habitações com uma ou duas assoalhadas, em regime comercial de pensão, partilham o seu espaço habitacional com colegas que variam entre um a oito indivíduos. Um número significativo vive em situação de sem-abrigo, e alguns não possuem saneamento básico. Professam a religião católica, um número elevado não a pratica, o que revela alguma dificuldade de relacionamento com a sociedade de acolhimento. Consideramos que este grupo de imigrantes ucranianos se encontra numa fase de absorção das diferenças sociais, seja pela profissão que praticam em Portugal, seja pelo nível de escolaridade que possuem. É visível a constatação da diferença nestes dois domínios, entre o que tinham na Ucrânia e o que possuem em Portugal. Esta constatação provoca-lhes consciência das diferenças sociais.

O facto de estarem a vivenciar a fase migratória da absorção das diferenças sociais tem um reflexo imediato em contexto de saúde e ousamos falar em choque cultural, com as dificuldades enunciadas pelos actores intervenientes no processo dos cuidados de saúde, como sejam as inerentes à barreira linguística e comunicação, que provocam interferências nas relações entre imigrantes ucranianos e os profissionais de saúde. O somatório constituído por estes obstáculos e a fase migratória em que se encontram irá influenciar a fase migratória que se segue – a adaptação –, quando mais contrastantes forem as diferenças sociais absorvidas na fase em que se encontram, maior dificuldade terão na adaptação dos comportamentos e da própria desmistificação da sociedade de acolhimento, assim como se irão construir comportamentos menos facilitadores de um processo de integração, com

reflexos nas relações que se irão estabelecer entre imigrantes ucranianos e sistema nacional de saúde.

Que implicações terão estes resultados na construção de um cuidado de saúde culturalmente competente?

Estes permitem-nos ponderar sobre a intencionalidade das nossas acções com os imigrantes ucranianos. Perante uma imigração com estas características (recente, idade produtiva, razões económicas), será importante documentarmo-nos sobre o que Leininger (1994b) considera os diferentes níveis de análise de uma cultura, e consideramos importante abordar os imigrantes ucranianos pelo que esta autora considera no Nível I, do seu Modelo Sunrise, o que permite adquirir informação e avaliar sobre a estrutura social do cliente e a sua visão cultural do mundo. O diagnóstico a este nível permite-nos minimizar o choque cultural, ou a imposição cultural do cuidador de saúde.

A necessidade deste diagnóstico fez-nos procurar modelos que classifiquem o movimento migratório. Através do modelo das fases migratórias conseguimos caracterizar e posicionar o percurso migratório dos imigrantes ucranianos. Consideramos que o imigrante ucraniano em Portugal se encontra na fase da absorção das diferenças sociais, Gravel (2000), caracterizada pelo choque cultural (no trabalho, na habitação, na educação, na saúde...), pela aprendizagem de novos papéis, novos valores. Esta autora considera que é uma fase onde existe risco para a saúde física e mental do imigrante.

Pelas dificuldades manifestadas pelos imigrantes ucranianos e profissionais de saúde (atendimento, relação imigrante ucraniano/profissional de saúde, barreira linguística, comunicação, cultura, processo terapêutico, cuidado prestado, percepção acerca do imigrante ucraniano, sistemas de informação sobre os imigrantes, acessibilidade, estatuto de ilegais, barreiras burocráticas, rendimentos e informação sobre o sistema nacional de saúde) e pela fase de absorção das diferenças sociais em que o imigrante ucraniano se encontra, este somatório de características exige uma intervenção no sentido da minimização das diferenças sociais.

Por vezes, quando iniciamos o estudo de um grupo de imigrantes, de imediato priorizamos como necessário à constituição do nosso diagnóstico de saúde sobre determinada comunidade de imigrantes, conhecer os hábitos de saúde ao longo do ciclo de vida daquele grupo, ancorados num conjunto

de maneiras de fazer, crenças, valores e desejos, para desta forma personalizarmos os cuidados de saúde àquela comunidade. E esquecemos, por vezes, que a integração⁴⁶, de um grupo de imigrantes na sociedade receptora é ela própria, também um processo, este facto, condiciona as maneiras de fazer que este grupo de imigrantes habitualmente mobiliza perante um determinado problema de saúde, dificultando a sua resolução.

É este o determinante de saúde a que teremos que estar atentos se queremos construir um diagnóstico de saúde real, sendo uma forma de personalizar os cuidados de saúde a um grupo de imigrantes. A construção de um cuidado de saúde culturalmente competente passa pela capacidade do profissional de saúde analisar a cultura do Outro, mas também analisar essa cultura enquanto processo de integração desse Outro na sociedade de acolhimento; é um cuidado de saúde construído do processo e em processo.

Assim, em contexto de saúde, e com a preocupação da prestação do cuidado de saúde culturalmente competente, a intervenção a ser efectuada, deverá ser orientada para a promoção da saúde, no sentido de permitir um processo de reconhecimento – *empowerment* – criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder: psicológico; sociocultural; político e económico. O que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania. O caminho histórico que alimentou este conceito tem sido um caminho que visa a libertação dos indivíduos relativamente a estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminatórias, através de um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana. Assim, será nossa prioridade minimizar os conflitos que a absorção das diferenças sociais poderão causar no imigrante, preparando-o para que ele construa de uma forma saudável a sua adaptação à sociedade receptora. Martins (1985) considera que:

“... uma acção de educação para a saúde não deve ser analisada do ponto de vista estritamente sanitário, mas conter uma análise social que é de facto indispensável...”

46. Não no sentido de “assimilação”, mas no entendimento da teoria dos sistemas que permite considerar a integração como um processo de interacção entre duas partes e as outras partes de um todo e com este todo, assumindo essa interacção episódios de interdependência positiva (solidariedade), mas também de tensão e confronto (conflitualidade).

Esquema 1 – Planeamento das principais linhas estratégicas de intervenção



Seguidamente agregamos um conjunto de intenções, de modo que venham a constituir-se num documento de boas práticas, que nos ajudará a colocar em acção as principais linhas estratégicas de intervenção, acima descritas, resultantes deste trabalho de investigação.

Que práticas melhorar, que competências introduzir que possam ser elementos facilitadores/criadores de um cuidado de saúde culturalmente competente:

LÍNGUA

A aprendizagem da língua é fundamental neste processo de aculturação⁴⁷. A interpretação do que o Outro refere como causa de algo que o está a incomodar, deverá ser o mais transparente possível para que se consiga iniciar

47. Clanet (1990:71) "... l'acculturation constitue l'ensemble des phénomènes qui résultent du contact direct e continu entre des groupes d'individus de cultures différents avec des changements subséquents de l'un ou des autres groupes ..."

a compreensão do fenómeno, se ao obstáculo da língua adicionarmos as crenças, os costumes, os valores, a cultura desse Outro, teremos o nosso problema potencializado.

Existem programas governamentais de aprendizagem da língua portuguesa dirigida aos imigrantes ucranianos, no entanto estes referiram a necessidade de possuírem meios audiovisuais (cassetes de vídeo, áudio) para que pudessem praticar/exercitar nos seus momentos de lazer. Seria importante que estes suportes audiovisuais contemplassem aspectos relacionados com o Sistema Nacional de Saúde, os diferentes profissionais, o que os diferentes equipamentos de saúde colocam à disposição, como adquirir o cartão de utente do serviço nacional de saúde, a sinalética existente no interior dos equipamentos de saúde, Ramos (2004:293). Para ilustrar este último aspecto, recorro a incompreensão de um imigrante perante o sistema de triagem utilizado em alguns hospitais, ele simplesmente não compreendia a razão do porquê de pessoas que chegavam depois dele serem atendidas primeiro; são alguns dos itens que podem ser abordados num curso de aprendizagem de língua portuguesa.

Referido várias vezes ao longo do nosso trabalho que a prestação de um cuidado de saúde resulta de uma relação dual, porque não constituir grupos de profissionais de saúde portugueses para a aprendizagem de língua estrangeira (ucraniano), onde se poderia, concomitantemente, inserir os aspectos culturais. Steiner (2004:59):

"...Creio apaixonadamente que cada língua é uma abertura para um mundo totalmente novo. Cada língua diferente permite viver uma vida diferente, mas há nisso um grande luxo..."

No entanto antes da concretização da estratégia anteriormente referida, seria interessante e imprescindível, ao nível das ULS – Unidade Local de Saúde, preconizado no documento Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários⁴⁸, resultante do Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários⁴⁹, esta forma de organização de estruturas de saúde (constituída por diferentes equipamentos de saúde: hospitais e centros de saúde). Parece-nos a ideal para de entre os recursos humanos que lhe são adstritos efectuar um diagnóstico do número de profissionais de saúde que dominam determinada língua estrangeira,

48. Documento colocado em audição pública até ao dia 15 de Setembro de 2005, em www.dgsaude.pt, pág. 17.

49. Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 07 de Abril (Diário da República n.º 81, I Série-B, de 27 de Abril) e Despacho n.º 10942/2005, de 21 de Abril do Ministro da Saúde (Diário da República n.º 94-II Série, de 16 de Maio de 2005). pág. 17

referenciá-los e constituir uma rede de interajuda. A partir deste diagnóstico é possível criar “bolsas” de “intérpretes”, com a enorme “mais-valia” de serem profissionais de saúde, transportarem com eles todo um conjunto de símbolos e significados próprios das ciências da saúde.

A constituição a nível nacional de um *call center* de intérpretes vocacionado para a ajuda ao imigrante nas diversas dimensões que este necessita de se exprimir (no caso particular da saúde serviria como um SOS em caso de doença aguda, acidente, etc...)

SUPORTE SOCIAL

Referenciar os serviços sociais colocados à sua disposição. Facilitar, incentivar a criação de associações de imigrantes vocacionadas para a resolução dos problemas dessas comunidades, reforçando a instauração de medidas de suporte social, quer formal ou informal. Ramos (2004:271).

Reforçar junto das entidades empregadoras as diligências que estas devem efectuar para conferirem protecção em caso de doença do trabalhador imigrante.

Tornar mais ágil a aquisição do cartão de utente do sistema nacional de saúde.

ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Ao nível das USF - Unidade Saúde Familiar, preconizado no documento Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários⁵⁰ - o espaço de eleição para se actuar mais directamente na prestação dos cuidados de saúde a imigrantes ucranianos. Pretende-se que estas unidades assentem em equipas multiprofissionais, com população abrangida, em determinada área geográfica⁵¹; estão pois definidos os requisitos básicos para chegar à população imigrante. Esta forma de organização da prestação dos cuidados de saúde, com estas características funcionais, permite não actuar somente perante o imigrante doente, mas fundamentalmente faculta a possibilidade do contacto precoce com as pessoas imigrantes o que proporciona a configuração de programas de promoção e prevenção dos processos de saúde, também, a estes grupos.

50. ibem pág. 8

51. ibem pág. 9

Ainda decorrente do documento em causa, realce para a importância da constituição da figura do *enfermeiro de família no modelo do trabalho em equipa no âmbito das equipas de saúde familiar*⁵² se a esta proposta adicionarmos as orientações preconizadas na Declaração de Munique⁵³, onde ficou demonstrado o papel chave e de crescente importância que a Enfermagem deve desempenhar na resposta a desafios sérios que no momento actual se levantam: população envelhecida, doença crónica, racionalização do hospital, população sem casa, população migratória. Frequentemente o primeiro contacto com o sistema de saúde é efectuado através da Enfermagem que assegura uma prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, acessível, que tenta colmatar as necessidades das pessoas. A Conferência de Munique abre perspectivas para que os Enfermeiros sejam elementos chave do desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção.

A intervenção com as comunidades imigrantes não se pode fazer somente “entre-quatro-paredes” teremos que interagir nos contextos das pessoas imigrantes, na comunidade, onde as pessoas vivem. Com as USF, com os enfermeiros de família com um perfil pró-activo em termos de intervenção comunitária, podem constituir-se como um pólo interessante de detecção precoce de alterações nos percursos de saúde da população imigrante.

SUPORTES DE REGISTO BILINGUE

É necessário constituir informação bilingue [é possível e é reconhecida por entidades privadas no nosso país, basta observarmos a publicidade que determinados bancos efectuem em bilingue (russo e português) acerca do envio de dinheiro para os país de origem]. Concretamente e inicialmente estes suportes bilingues devem estar focalizados em:

- Boletins de Vacina (existir um boletim de vacinas ucraniano com a tradução em português, para que os profissionais de saúde possam identificar o estado vacinal daquele indivíduo);
- Boletim Saúde Materna;
- Boletim Planeamento Familiar.

52. ibem pág. 20

53. Conferência de Munique [2ª Conferência Ministerial sobre Enfermagem 14 a 17 de Junho de 2000]

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Indispensável a formação específica na área multi-intercultural.

Mais que os enfoques formativos nos aspectos das especificidades culturais, os processos formativos devem, também, focalizar-se no domínio da comunicação e das relações interculturais. É urgente que o profissional de saúde incorpore que estar em relação com uma pessoa imigrante, é estar perante um processo de interacção cultural, com influência em ambos os interveniente/actores, com um profundo impacto nos processos relacionais e terapêuticos que ambos irão instituir. O profissional de saúde deve pois conhecer os processos de integração do imigrante na sociedade de acolhimento como manancial de informação para constituir diagnósticos de saúde.

INVESTIGAÇÃO

Consideramos que seria pertinente em termos de investigação, pesquisar a relação que existe entre as diferentes fases migratórias segundo Gravel (2000), a cultura de um determinado grupo de imigrantes, e os determinantes de saúde que esta relação implica. Com esta preocupação seria importante aplicar a Escala de Necessidades de Imigração (EN) que mede as necessidades associadas à imigração, incluindo a Perda, Novidade, Adaptação Ocupacional (Ocupação), Acomodação Linguística, Discriminação e a Sensação de Não se Sentir em Casa, no país de acolhimento, Aroian (1998).

Aroian (1998:190) refere que:

“... futuras pesquisas devem igualmente avaliar a EN dos imigrantes, noutros países de destino, além dos EUA (...) à medida que diversos grupos de imigrantes e outros países de acolhimento forem estudados, a exequibilidade do uso, como instrumento de medição genérica da EN de 23 itens, tornar-se-á mais clara. Se os futuros estudos confirmarem uma fiabilidade e a validação similar à obtida com outros grupos de imigrantes e outros países de acolhimento, a EN não só fornecerá informações acerca dos imigrantes em risco de inadaptação, mas identificará os agentes dessa inadaptação que são mais problemáticos para certos indivíduos ou subgrupos. Essa informação poderá ajudar os enfermeiros a trabalhar com populações imigrantes a determinar com precisão as fontes da sua inadaptação e a desenvolver, em teoria, mecanismos eficazes de alívio a essas angústias. Mais ainda, a EN pode ser usada para identificar diferenças individuais ou

*situacionais entre imigrantes que possam amortecer as tensões motivadas pela imigração...”*⁵⁴

A adaptação da Escala de Necessidades a populações imigrantes em Portugal seria uma futura pesquisa de investigação necessária e interessante, e permitiria aprofundar alguns dos conceitos descritos pela investigação em curso.

Estes considerandos resultam da pesquisa levada a efeito, são ideias refletidas, que nos preocupam quer como enfermeiros (prestação de um cuidado de saúde culturalmente competente) quer como docentes (formação de um cuidado de saúde culturalmente competente). Temos também presente que para a resolução e implementação de algumas medidas sugeridas é indispensável uma conjugação de empenho e vontade que congrega as diferentes profissões relacionadas com a saúde.

54. Tradução do autor

BIBLIOGRAFIA

ALBARELLO, Luc. [et al]. (1997). Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Gradiva. Lisboa.

ALBUQUERQUE, Rosana. [et al]. (2000). O Fenómeno Associativo em Contexto Migratório. Celta. Lisboa

AMÂNCIO, Lúcia. [et al]. (1993). Psicologia Social. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

AMARO, Roque. Coord. [et al]. (2003). A luta contra a pobreza e a exclusão social. Bureau Internacional do Trabalho. Genebra.

ANDREWS, Margaret. [et al]. (1995). Transcultural Concepts in Nursing Care. Second Edition. J. B. Lippincott Company. Philadelphia.

AROIAN, Karen. [et al]. (1998). "Development and psychometric evaluation of the demands of immigration scale" in Journal of Nursing Measurement. vol. 6. nº 2.

BARDIN, Laurence. (1977). Análise de conteúdo. Edições 70. Lisboa.

BENAVENTE, Ana. [et al]. (1997). "Direitos dos cidadãos em Portugal: conhecimentos e opiniões" in Sociologia – Problemas e Práticas. nº 24. pp 71-114. Celta. Lisboa

BENJUMEA, Carmen. (1997). Traduz Ivona S Lincoln. Conexions afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud in Investigación y Educación en Enfermería. XV (2) Septiembre.

BOFF, Leonardo. (2000). Saber Cuidar. Editora Vozes. 5ª edição. Petrópolis.

BOUTINET, J. (1986). "Le concept de projet et ses niveaux d'appréhension" in Education Permanente. 86. pp 5-16.

BOUDON, Raymond. (1995). Tratado de Sociologia. Edições Asa. Lisboa.

CAMILLERI, Carmel. [et al]. (1989). Chocs de cultures: concepts et enjeux pratiques de l'interculturel. L'Harmattan. Paris.

CARMO, Hermano. FERREIRA, Manuela Malheiro. (1998). Metodologia da Investigação, Guia para Auto-aprendizagem. Lisboa. Universidade Aberta.

CASTLES, Stephen. (2000). Ethnicity and Globalization: From Migrant Worker to Transnational Citizen. Londres. Sage.

CASTLES, Stephen. (2002). "Estudar as transformações sociais" in Sociologia – Problemas e Práticas. nº 40. CIES/ISCTE Celta. Lisboa.

CLANET, Claude. (1990). "L'interculturel. Questions de Terminologie" in "L'Interculturel". P.U.M.. Toulouse.

CLIMACO, Cristina. 1997. "A emigração política portuguesa em França – A fase de Paris (1927-1931)" in Revista "História". nº 28. Jan./Fev. - 1997. Lisboa.

COLLIÉRE, Marie-Françoise. (1989). Promover a vida. Educa. Lisboa.

COLLIÉRE, Marie-Françoise. (2001). Cuidar... a primeira arte da vida. 2ª edição. Lusociência. Loures.

COSTA, António Luís Pinto. (1991). "Emigração Geral e emigração colonial" in Revista História. nº 138. Março. Lisboa.

CRESPO, Jorge. (1990). A História do Corpo. Difel. Lisboa

CUCHE, Denys. (1999). A noção de cultura nas ciências sociais. Fim de século. Lisboa.

DAMÁSIO, António. (2000a). O Sentimento de Si – O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência. 8ª Edição. Publicações Europa-América. Lisboa

DAMÁSIO, António. (2000b). O Erro de Descartes. Europa América. 21ª Edição. Mem Martins

DELORS, Jacques. [et al]. (1996). Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. 6ª Edição. Edições ASA. Lisboa.

DESCHAMPS, C. (1993). L'approche phénoménologique en recherche. Montreal. Guérin éditeur.

ESPINOSA, Luiz.[et al.]. (1989). "A saúde da criança migrante. Estudo multicêntrico de crianças ciganas e africanas" in Revista Portuguesa de Pediatria, vol. 20 nº1. pg. 17-21.

FERREIRA, Eduardo. [et al]. (2000). Economia e Imigrantes. Celta. Oeiras.

FERREIRA, Gonçalves. (1990). História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

FERREIRA, Gonçalves. (1988). Sistemas de saúde e seu funcionamento. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

FORTIN, Marie-Fabienne. (1996). O processo de investigação, da concepção à realização. Loures. Lusociência.

FRANÇA, Luís. (1992). A comunidade cabo-verdiana em Portugal. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. Lisboa.

GEORGE, Julia. (1993). Teorias de Enfermagem, os fundamentos para a prática profissional. Artes Médicas. Porto Alegre.

GIDDENS, Anthony. (1999). O mundo na era da globalização. Editorial Presença. 3ª edição. Lisboa.

GIDDENS, Anthony. (2000). Sociologia. Fundação Calouste Gulbenkian. 2ª edição. Lisboa.

GRAVEL, Sylvie. [et al]. (2000). "Culture, santé et ethnicité in Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et Services sociaux de Montréal-Centre". Volume 4. Número 3. Mai.

GRAWITZ, Madeleine. (1990). Méthodes des sciences sociales. Editions Dalloz. 8ª edição. Paris

HELMAN, Cecil. (1994). Cultura, Saúde e Doença. Artes Médicas. 2ª edição. Porto Alegre.

HONORÉ, Bernard. (2002) A saúde em projecto. Lusociência. Loures.

HORTA, Ana. (2002). "Imigração em Portugal – Experiências e Contradições" in História, nº 42, pp. 46-54.

LEININGER, Madeleine. (1994a). Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend. Greyden Press. Ohio.

LEININGER, Madeleine. (1994b). Transcultural Nursing: concepts, theories, and practices. Greyden Press. Ohio.

LEININGER, Madeleine. (1998). "Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial" in revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros. nº 10 (Abril-Junho 1998). pg. 32-36.

MARTINS, Lucília. [et al]. (1985). "A dimensão da cultura na acção de educação para a saúde" in Enfermagem: revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros. nº1. 1º trimestre. pg. 33-37.

MATALON, Benjamin. [et al]. (2001). O Inquérito. Celta.Oeiras.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2000). Determinantes da Saúde na União Europeia – Actas da Conferência de Évora. Lisboa.

NETO, Félix. (1993). Psicologia da migração portuguesa. Universidade Aberta. Lisboa.

NOGUEIRA, Conceição [et al]. 2001. Cidadania. Edições Asa. Lisboa

OGDEN, Jane. (1999). Psicologia da Saúde. Climepsi. Lisboa.

OMS. (1986). As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Ministério da Saúde. Lisboa.

PEREIRA, Inês. (2002). " Identidades em rede: construção identitária e movimento associativo" in Sociologia – Problemas e Práticas. nº 40. CIES/ISCTE Celta. Lisboa

PEREIRA, Maurício. (1995). Epidemiologia. Guanabara. Rio de Janeiro.

PERRENOUD, Philippe. (2000). Dez Novas Competências para Ensinar. Art-med Editora. Porto Alegre.

PIRES, Rui Pena. (1999). "Uma Teoria dos Processos de Integração" in Sociologia Problemas e Práticas. número 30. Celta. Oeiras.

PIRES, Rui Pena. (2002). "Mudanças na imigração: uma análise das estatísticas sobre a população estrangeira em Portugal, 1998-2001" in Sociologia - Problemas e Práticas, nº 39, pp. 151- 166.

PORTES, Alejandro. (1999). Migrações Internacionais. Celta. Oeiras.

QUIVY, Raymond. CAMPENHOUDT, Luc Van. (1995). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ª edição, Janeiro 1998. Lisboa. Gradiva.

RAMOS, Natália. (1993). Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité – Une étude ethnopsychologique. Tese de Doutoramento. Université René Descartes. Paris V. Sorbonne. Vols. I e II.

RAMOS, Natália. (2001a). Comunicação Intercultural. Mestrado em Relações Interculturais. Vols. I e II. Universidade Aberta. Lisboa.

RAMOS, Natália. (2001b). "Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural" in Revista Portuguesa de Pedagogia. Ano 35, nº 2, 155-178.

RAMOS, Natália. (2003). "Etnoteorias do desenvolvimento e educação da criança. Uma perspectiva intercultural e preventiva" in PIRES, Carlos. Org. [et al]. Psicologia, Sociedade & Bem Estar. Editorial Diferença. Leiria. 161-177.

RAMOS, Natália. (2004). Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

RIBEIRO, José Pais. (1998). Psicologia e saúde. ISPA. Lisboa.

ROCHA-TRINDADE, Maria Beatriz [et al]. (1995). Sociologia das Migrações. Universidade Aberta. Lisboa.

RODRIGUES, Adriano Duarte. (1988). O campo dos media. Vega. Lisboa.

RODRIGUES, Adriano Duarte. (1990). Estratégias da Comunicação. Ed. Presença. Lisboa.

RODRIGUES, Adriano Duarte. (1994). Comunicação e Cultura. A Experiência Cultural na Era da Informação. Ed. Presença. Lisboa.

RODRIGUES, Luís A Carvalho. (coord.) [et al]. (2002). Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde. Edições Colibri. Lisboa.

RODRIGUES, Walter. (1999). "Globalização e gentrificação" in Sociologia – Problemas e Práticas. nº 29. pp 95-125. Celta. Lisboa

ROGERS, Carl. (1977). Tornar-se Pessoa. Moraes. 4ª edição. Lisboa.

SEITZ, Jonh. (1995). Questões Globais. Instituto Piaget. Lisboa.

SERRA, Adriano Vaz. (1999). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra.

SERRÃO, Joel. (1982). A Emigração Portuguesa. Livros Horizonte. 4ª edição. Lisboa.

SOS Racismo. (2002). A imigração em Portugal. SOS Racismo. Lisboa.

SOYSAL, Yasmin. (1994). Limits of citizenship: Migrants and Postnational Membership in Europe. Chicago: University of Chicago Press.

SOYSAL, Yasmin. (1998). "Identity Rights and Claims-Making: Changing Dynamics of Citizenship in Postwar Europe" pp. 305-319, in Metropolis International Workshop Proceedings. Lisbon: Luso-American Development Foundation.

STANHOPE, Marcia. [et al]. (1999). Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. Lisboa. Lusociência. Primeira Edição em Português.

TAYLOR, Charles. (1994). "A política de reconhecimento" pp 45-94, in Charles Taylor Multiculturalismo: Examinando a política de reconhecimento. Lisboa. Instituto Piaget.

STEINER, George. LADJALI, Cécile. (2004). Elogio da Transmissão – O professor e o aluno. Dom Quixote. Lisboa.

TOURAINÉ, Alain. (1992). Critique de la modernité. Seuil. Paris.

VIEGAS, Telma. (1998). Migrações e associativismo de migrantes: estudo do caso Timorense. Universidade Aberta. Fundação Oriente. Lisboa.

VALA, Jorge. (1986) . "A análise de conteúdo" in PINTO, José Madureira [et al]. 1986. Metodologia das Ciências Sociais. 11ª edição. Edições Afrontamento. Lisboa.

WATSON, Jean. (1985). Nursing: Human Science and Human Care a Theory of Nursing. New York.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Hospital Garcia de Orta

Pórcel
 2800 ALÉNADA
 Portugal
 Telef.: +351 291 76 800
 Fax: +351 291 76 800

Hospital Garcia de Orta
 Ministério da Saúde
 Hospital Garcia de Orta, SA

23.04.2003+004685

Excm. Senhor
 José EDMUNDO XAVIER FURTADO DE SOUSA
 Escola S. de Enfermagem Maria Fernanda Resende
 Av.º Brasil, 53 B
 1700 – 663 LISBOA

Em resposta ao V. Ofício de 11/03/03, a solicitar autorização para aplicação de questionário aos profissionais de saúde (Administrativos, Enfermeiros e Médicos) do serviço de Urgência Geral, informo que o mesmo está autorizado.

Com os melhores cumprimentos, B. Silva

A ENFERMEIRA DIRECTORA
 C. Silva
 A Enfermeira Directora
 C. SILVA

DOUTOR
 A Garcia J. Fernandes

ANEXO II - SIGLAS

CS	Centro de Saúde
DL	Decreto-Lei
EN	Escala de necessidades
EUA	Estados Unidos da América
FA	Frequências absolutas
FR	Frequências relativas
HGO	Hospital Garcia de Orta
IGT	Inspecção Geral do Trabalho
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial Saúde
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS	Serviço Nacional Saúde
ST	Segmentos de texto
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura