



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social
Brasil

de Lima Coutinho, Maria da Penha; de Oliveira, Marcelo Xavier
TENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS FRENTE À SAÚDE DE IMIGRANTES BRASILEIROS EM
PORTUGAL

Psicologia & Sociedade, vol. 22, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 548-557

Associação Brasileira de Psicologia Social
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326440015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

TENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS FRENTE À SAÚDE DE IMIGRANTES BRASILEIROS EM PORTUGAL

BEHAVIORAL HEALTH TRENDS OF BRAZILIAN IMMIGRANTS IN PORTUGAL

Maria da Penha de Lima Coutinho e Marcelo Xavier de Oliveira
Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal obter um conhecimento das condições e configurações das formações de imigrantes brasileiros no contexto português. De modo mais específico, procurou-se determinar quais fatores influenciam a busca, pelos imigrantes, dos serviços de saúde existentes no país acolhedor. A amostra foi composta por 75 brasileiros que vivem em Portugal, sendo 35 homens e 40 mulheres. Os dados foram coletados através de um questionário sociodemográfico e analisados por meio de estatísticas descritivas e inferenciais. Os resultados mostraram um perfil atualmente crescente do imigrante brasileiro em Portugal e a sua inserção em um grupo de risco social, refletido nas suas precárias condições psicológicas, sociais e, mais especificamente, no campo da saúde.

Palavras-chave: migração internacional; relações Brasil-Portugal; saúde.

ABSTRACT

This study aimed to understand the main conditions and setting of the Brazilian immigrants formations in the Portuguese context. Specifically, the aim was to clarify which factors contribute to determine the searching for Health services in the host country. The sample was consisted by 75 Brazilians who live in Portugal, from which 35 were men and 40 were women. The data were collected by a socio-demographic questionnaire and analyzed by descriptive and inferential statistics. The results showed an increasing of a Brazilian Immigrants' profile in Portugal, and the insertion of such into a group of social risk, reflected in their psychological and social conditions, and more specifically in the Health field.

Keywords: international migration; Brazil-Portugal; health.

Introdução

Atualmente, os aspectos psicossociais vêm sendo abordados em suas relações com as situações vivenciadas pelos diversos grupos espalhados pelo mundo, representantes de diversas culturas e de diferentes modos de enfrentar os desafios cotidianos. Cada vez mais, as novas caracterizações globais exigem uma busca de reordenações de espaços, num cenário de constantes encontros entre diversas etnias e culturas.

Com o processo de globalização, observa-se um movimento intenso de grupos e indivíduos transitando pelo mundo inteiro. Nas sociedades contemporâneas, esse processo tem produzido maior agilidade e mobilidade entre diferentes grupos e indivíduos, resultando nos constantes choques de identidades diversas. Essa realidade "coloca novas questões às sociedades, às diferentes instituições e serviços e às políticas do século XXI" (Ramos, 2006, p.329).

O termo migração deriva do latim *migrare*, ou seja, passar de um local para outro. Para Johnson

(1997, p. 148), "migração é o movimento físico de indivíduos dentre e entre sistemas". Contudo, a migração não implica apenas a deslocação espacial. Em tal fenômeno, existe a constituição de um processo complexo e contraditório, de uma experiência de perda, ruptura e mudança. Essa experiência é vivenciada pelos indivíduos migrantes de uma forma mais ou menos traumatizante ou harmoniosa, segundo os seus recursos psicológicos e sociais, as características da sociedade dominante e as condições de acolhimento do país receptor (Ramos, 2006).

Portanto, as condições predisponentes assumem um papel de fundamental importância nesse processo, na medida em que é através delas que se dará a integração cultural ou não, ancorada tanto sobre os indivíduos e grupos migrantes quanto sobre os "nacionais".

De maneira análoga, deve ser ressaltada a importância dos efeitos que são produzidos, tanto na área de emigração quanto na área de imigração. Na área de imigração, destacam-se marcas profundas na composição social que os processos migratórios geram,

desempenhando um importante papel nas relações sociais, étnicas e de classe (Jonhson, 1997).

Com efeito, o processo migratório “não é simplesmente sinônimo de encontro cultural, mas implica uma adaptação social e psicológica a cultura de acolhimento, a um meio novo, desconhecido ou hostil. Esta adaptação vai depender de fatores múltiplos relacionados com aspectos específicos da aculturação” (Ramos, 1993, p. 561).

Indubitavelmente, um dos processos migratórios contemporâneos mais marcantes é o que ocorre dos países que outrora se distinguiam como colônias em direção àqueles que se caracterizavam como seus colonizadores. Nesse processo histórico, a língua configura-se como um dos principais elos de ligação.

O desconhecimento da língua do país de acolhimento é uma das origens de problemas comunicacionais e relacionais entre imigrantes e “nacionais”. No entanto, o fato de se ter uma facilitação nesse aspecto da transição migratória não exime desse processo outros aspectos de adaptação cultural

de funcionamento diferentes, a um novo meio, muitas vezes hostil, tendo o imigrante de desenvolver estratégias de adaptação que lhe permitem resolver as dificuldades relacionadas com a condição de imigrante, ..., com as relações culturais entre a sociedade de acolhimento e a sua cultura de origem (Ramos, 2008, p. 60).

O fluxo migrante Brasil-Portugal

A emigração de brasileiros para países estrangeiros é um fato recente. Ao receber milhares de portugueses, italianos, espanhóis, alemães e japoneses, entre os séculos XIX e XX, o Brasil consolidou o seu caráter imigrantista. Uma alteração significativa nesse fluxo ocorreu nos anos 80 do século XX, quando, num grande passo em direção contrária, o país passou a exportar uma significativa parcela de força de trabalho, assumindo, em termos de movimento populacional, um perfil emigrantista (Soares, 2001).

Acostumado a se definir como um país de imigrantes, o Brasil passou a se confrontar com o novo fato da emigração internacional. Desde então, impôs-se uma nova dinâmica populacional, fazendo com que cerca de 1,5% da população brasileira viva hoje no exterior (Oliveira, 2001). Esse fato faz com que as questões relativas à emigração, existentes até então, sejam tratadas como algo velho e superado, frente à nova realidade incontornável. Se antes as visões sobre a emigração internacional brasileira eram desfocadas, agora o fenômeno passa a ser tratado com mais cuidado e com alguma pretensão historiográfica (Machado, 2007).

A imigração brasileira pode ser também colocada ao lado das novas migrações para Portugal, juntamente com os imigrantes do leste europeu. Os imigrantes do

leste europeu são constituídos por uma diversidade de populações que provêm do antigo mundo socialista europeu, tais como os ucranianos, os russos e os moldavos, entre outros. Com esse novo fluxo, a movimentação de brasileiros revela uma intensidade e vitalidade que fazem dela algo em constante expansão, face aos números menos significativos da “velha imigração”.

No que diz respeito ao contexto português, esse novo fluxo pode ser encarado a partir de uma normalidade classificatória, que assimila, dentro de uma conjuntura lógica, a presença de brasileiros. Mas também pode ser visto a partir de um olhar admirado com a extensão e a vitalidade do movimento. Portanto, de um ponto de vista português, a imigração brasileira pode ser vista como nova e velha, ao mesmo tempo (Machado, 2007).

A imigração brasileira, em diferentes momentos, tem características muito distintas tanto das outras migrações “lusófonas” quanto das novas migrações dos países do leste europeu. Num primeiro momento, a imigração brasileira assemelhava-se mais à imigração dos europeus “do norte” (o que significa dizer: dos europeus “mais ricos”). Ou seja, a imigração brasileira era mais qualificada e posicionada em lugares mais altos nas hierarquias do mercado de trabalho (Baganha, Ferrão, & Malheiros, 1999; Peixoto 1999, 2002) ou, ao menos, era vista como estando entre a imigração rica europeia e a imigração pobre africana (Machado, 1997). Num segundo momento, essas características mudaram, e a imigração brasileira caminhou cada vez mais para uma semelhança com as migrações da África. Como marcas desse segundo momento, as qualificações são menores, os cargos ocupados no mercado de trabalho são os do setor primário, as expectativas são menos promissoras e a integração é mais difícil (Padilla, 2006).

Implicações psicossociais do processo migrante

A habilidade humana de dissociar os sofrimentos físicos dos sofrimentos mentais, ou mesmo de identificar e desenvolver métodos que atuam sobre cada modo de sofrimento, é algo que desde longa data evolui. A psicologia social, mais precisamente no que tange à psicopatologia coletiva, tornou patente que, além dos seus sofrimentos pessoais, o indivíduo pode sentir, quando em grupo com outros indivíduos, uma série de perturbações psíquicas que recebem o título genérico de angústias coletivas (Mailhiot, 1998).

Então não se trata mais de um indivíduo que sofre em sua vida intrapessoal ou em suas relações interpessoais, isto é, em suas relações de pessoa para pessoa ou de indivíduo humilhado, constrangido, explorado ou discriminado para com o grupo que o discrimina.

Diferentemente, é o grupo como tal, enquanto totalidade dinâmica, irredutível aos indivíduos que o constituem, que é invadido pela angústia e se sente ameaçado de desintegração, seja em sua vida ou em seu funcionamento intragrupal, seja em suas relações intergrupais (Mailhiot, 1998).

É importante que se consiga perceber o quanto os níveis individuais e grupais se interpõem, durante o seu processo de constituição. Pode-se mesmo dizer que a percepção desse entrelaçamento exige uma atitude de integração, e não de dissociação, entre o indivíduo e o grupo. Somente dessa maneira se poderá dar conta do jogo contínuo de múltiplas e mútuas consequências, tais como as que são apresentadas em uma situação de encontros conflitantes.

As angústias coletivas se apresentam ao observador dos grupos humanos como sintomáticas de perturbações psíquicas que se assemelham estranhamente, à primeira vista, àquilo que os psicopatologistas descreveram Estas angústias coletivas são geralmente desconhecidas nos grupos que as experimentam, sendo marcadas por atuações traumatizantes, revelando estes grupos níveis muito baixos de tolerância à frustração e índices de vulnerabilidade às situações de ansiedade (Mailhiot, 1998, p. 150).

À medida que esses estados de angústia se prolongam, os grupos atingidos apresentam, segundo os casos e em graus diversos, sintomas prejudiciais ao desenvolvimento de comportamentos mais adaptativos. Sua imagem de grupo, bem como as imagens através das quais percebem os outros grupos, tendem a se tornar cada vez mais seletivas, ambivalentes e, por vezes, totalmente delirantes. Nesses momentos, esses grupos tornam-se incapazes de se objetivar em relação a eles mesmos e em relação aos outros grupos (Mailhiot, 1998).

No que concerne à busca das resultantes de processos migratórios, deve-se percorrer desde os aspectos demográficos até as mais diversas perspectivas, em função da complexidade que apresentam. Por exemplo, a demografia utiliza os termos *minorias* e *maiorias* em um sentido diferente daquele usado pela psicologia. Na demografia, um grupo constitui uma maioria quando a porcentagem de seus membros ultrapassa, por 1 unidade, a metade da população em que está inserido. Por outro lado, todo grupo constituído por menos de 50% da população dada é considerado como uma *minorias*.

No terreno da psicologia, faz-se uma diferenciação interessante para se situar o aspecto demográfico dentro dos quadros de formação dos fenômenos psicossociais. Diferentemente do que ocorre na demografia, um grupo é considerado como de maioria psicológica "quando dispõe das estruturas de um estatuto de direito que lhe permita auto-determinar-se no plano do seu destino coletivo, independente do número ou da porcentagem de

seus membros" (Mailhiot, 1998, p. 30). Dessa maneira, como se pode perceber em muitas situações, minorias demográficas podem constituir maiorias psicológicas. Por outro lado, "é considerado como maior pelo psicólogo social todo grupo humano que se percebe na posse de plenos direitos que dele fazem um grupo autônomo" (Mailhiot, 1998, p. 30). Logo, um grupo deve ser classificado como de *minorias* psicológica desde que seu destino coletivo dependa da boa vontade de outro grupo, que, nesse caso, possui maioria psicológica:

O grupo minoritário psicologicamente, mais ou menos conscientemente, percebe-se como *menor*, isto é, como não possuindo direitos totais ou estatuto completo que lhe permita optar ou orientar-se nos sentidos mais favoráveis ao seu futuro. Desde que se trate da sorte do seu grupo, os membros que pertencem à mesma *minorias* psicológica se sentem, se percebem e se conhecem em estado de tutela (Mailhiot, 1998, p. 30).

De acordo com Faucheux e Moscovici (1971), a situação de *minorias* não se situaria num enquadramento de dependência interna, que seria a atuação de influência de indivíduos sobre os outros baseada na hipótese de competência igualmente distribuída ou de superioridade no nível de conhecimento entre os participantes numa experiência social.

Contrariamente, a situação de *minorias* situa-se num quadro de dependência externa, a mesma originando-se da submissão a um agente social. Aqui, a presença de uma maioria, a diferença de estatuto, de poder, atrelada à situação assimétrica (como acontece em situações de migração), induz à conformidade, à submissão do grupo minoritário em relação ao grupo majoritário, o que pode levar, inclusive, os indivíduos identificados nos grupos minoritários a uma menor necessidade de autorrealização (Faucheux & Moscovici, 1971).

Os imigrantes se constituem como partes dos grupos minoritários, o que revela uma situação de maior propensão aos fatores estressantes do cotidiano. Tais fatores estressantes acarretam mudanças de diversas ordens na vida dos integrantes desses grupos: psicológicas, físicas, biológicas, sociais, culturais, familiares e políticas. As consequências desse processo abarcam níveis da saúde física e psíquica, indo do estresse psicológico ao estresse social. Em função dessas consequências, forma-se uma trama que expõe os grupos migrantes à vulnerabilidade, tendo-se esses como de difícil adaptação cultural, como fontes de resistência ao ambiente social (Coutinho, Franken & Ramos, 2008).

Os migrantes e as minorias étnicas têm mais fontes de estresse e maiores possibilidades de sofrer os efeitos dos fatores ambientais de estresse. Isto ocorre devido à precariedade das suas condições de vida e de trabalho, aos conflitos étnicos, à discriminação e ao isolamento social e ainda ao fato de possuírem menos recursos para enfrentá-

los (Anderson, 1995; Doyle 1991, Narang & Murphy, 1994; Reijeneveld, 1998; Ramos, 1993). Pode-se supor que a formação de grupos psicologicamente minoritários é um dos fenômenos reforçadores das condições limitadoras da tomada de posse, por parte dos grupos imigrantes, de papéis mais integrados e condizentes com uma cidadania plena. Os “imigrantes enfrentam, igualmente, mais limitações a serviços e bens que promovem a saúde e previnem a doença, apresentando mais dificuldades de acesso aos serviços, nomeadamente, de saúde” (Ramos, 2006, p. 342). Além disso, reúnem um número mais grave de patologias, devido ao diagnóstico e tratamento tardios, à carência psicossocial e às situações de clandestinidade e discriminação, que vêm agravar o problema (Lazarus et al, 1995).

Um estudo realizado na Holanda, sobre a população imigrante (Organização Mundial de Saúde, 1983), fez um levantamento dos fatores que influenciam a saúde física e psíquica dos imigrantes. Entre esses fatores, foram arrolados a pobreza das condições de vida, as condições de trabalho e habitação, geralmente precárias, os hábitos alimentares, os problemas culturais e comunicacionais, o acesso inadequado aos cuidados de saúde, a ansiedade, a depressão e as dificuldades de integração. Por seu lado, um inquérito realizado em 1998, na França, junto de pessoas que recorriam aos centros de cuidados gratuitos da região parisiense, constatou uma predominância de usuários de nacionalidade estrangeira (68% a 84%, segundo os centros). Comparativamente com a população geral atendida, essa população apresentava as seguintes características: um pior estado de saúde geral; uma frequência mais elevada de certas patologias, nomeadamente dores, síndromes depressivas e intoxicações; e um recurso elevado ao hospital público, contrariamente à procura rara pelo hospital privado. Também as situações de renúncia aos cuidados eram duas vezes mais frequentes nos imigrantes do que na população em geral: 65% dos usuários/doentes estrangeiros declararam ter abandonado os cuidados curativos ou os medicamentos (CREDES, 2003).

Investigações realizadas na França, Portugal, Itália e outros países, não somente europeus, mas também norte-americanos, chamam a atenção para o complexo e variado conjunto de fatores, socioeconômicos, psicossociais e familiares, que estão presentes nos contextos migratórios. Esses fatores afetam a saúde, o nível de estresse, o desenvolvimento e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias migrantes, sobretudo daqueles que são provenientes de países em desenvolvimento (Ramos, 1993, 2004).

Dentre esses fatores, podem ser destacados: o baixo nível socioeconômico; a precariedade das condições habitacionais e laborais; o isolamento social e a falta de redes sociais de apoio; e as dificuldades em compreender e adotar

as normas socioculturais do país de acolhimento (Ramos, 2006). Ao lado disso, as atitudes de discriminação, de intolerância e de racismo reforçam a exclusão social e cultural, reduzem a possibilidade de participação na vida coletiva, aumentam as dificuldades de recurso às estruturas de apoio e acentuam os fatores de risco e de estresse.

Também o analfabetismo e/ou desconhecimento da língua do país de acolhimento originam problemas comunicacionais e relacionais com as diferentes estruturas de apoio. Frequentemente, isso torna as formalidades administrativas quase impossíveis, criando grandes dificuldades não só para os imigrantes, como também para os próprios profissionais dos países de acolhimento (Ramos, 2008).

Do mesmo modo, deve-se levar em conta a influência de determinados fatores culturais, tais como a falta de hábito em utilizar os serviços sociais e de saúde ocidentais e o desconhecimento da legislação social e das regras administrativas da sociedade de acolhimento. Isso faz com que muitas famílias não façam uso de certos benefícios a que têm direito e não recorram aos serviços sociais e aos cuidados de saúde, agravando-se essa situação em caso de clandestinidade.

Tudo isso tem influência na saúde da família, particularmente no que diz respeito à criança, estando na origem de várias patologias e aumentando as situações de risco e vulnerabilidade. Tal quadro sugere o risco de manutenção da baixa qualidade de saúde nesses grupos sociais, o que pode ainda ser agravado no caso do crescimento de organismos fisicamente e/ou socialmente fragilizados.

Com base nessas considerações, grupos migrantes, especialmente aqueles que tendem às características semelhantes às de grupos com qualificações menores, cargos ocupados no mercado de trabalho no setor primário, expectativas menos promissoras e integração mais difícil, como é o caso de uma nova corrente dos imigrantes brasileiros em Portugal, têm potencializada a sua condição minoritária (Coutinho, Franken e Ramos, 2008).

Procura-se traçar um perfil desses imigrantes, de modo a contribuir para o estabelecimento de políticas de imigração mais condizentes com a nova realidade, brasileira e mundial, a que esses grupos estão expostos, partindo do pressuposto de que a situação de grupo minoritário atrelada a certas características biossociodemográficas levaria os sujeitos a uma maior dificuldade na adoção de comportamentos adaptáveis em seu novo meio, como, por exemplo, a busca por serviço de saúde no país de acolhimento.

Objetivo

Em face dessas premissas, este trabalho objetiva identificar o perfil biossociodemográfico dos imigrantes brasileiros residentes na cidade de Lisboa, PT, e

suas implicações no comportamento de busca ou não dos serviços de saúde.

Metodologia

Este estudo de campo e de cunho exploratório foi realizado com uma amostra não-probabilística, de caráter convencional, constituída por 75 participantes, sendo 35 homens e 40 mulheres. A inclusão dos participantes na constituição da amostra obedeceu aos seguintes critérios: aceitar participar do estudo de forma anônima e voluntária e estar residindo na cidade de Lisboa, PT.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário biossociodemográfico, de caráter estruturado e autoaplicável, composto de questões referentes ao tempo de permanência do imigrante em Portugal, idade, escolaridade, situação de legalidade/ilegalidade, número de pessoas com quem mora, proveniência do imigrante brasileiro em Portugal (zona rural/zona urbana) e utilização/não utilização de serviço de saúde em Portugal. Vale salientar que os dados foram coletados de maneira individual nas instituições de apoio à população migrante.

Após a aplicação de todos os questionários, o material coletado foi tabulado e processado no *software SPSS* (versão 15). Utilizou-se, além da estatística descritiva, o teste *t* para amostras independentes e o qui-quadrado.

Resultados

Caracterização geral dos participantes

Após o tratamento estatístico dos dados, verificou-se que a média de idade dos participantes foi de 32,8 anos, com um desvio-padrão de 9,25, sendo a idade mínima de 17 anos e a máxima de 63 anos. Todos estavam residindo, em média, há 5,85 anos em Portugal. O menor tempo de permanência em Portugal foi de um mês de migração, enquanto havia participantes residentes em Portugal há 26 anos. Dos 75 participantes, 53 estavam em situação de legalidade em Portugal, correspondendo a 70,7%, enquanto que 20 deles se encontravam em situação de ilegalidade, correspondendo a 26,7% da amostra. Com relação à procedência do imigrante no Brasil (zona rural/zona urbana), 64 (85,3%) afirmaram advir de meio urbano, enquanto que 11 deles, correspondendo a 14,7%, disseram que vinham do meio rural.

Serviços de saúde: influência da idade e do tempo de permanência

Os dados sobre a situação dos imigrantes brasileiros em relação ao cuidado com a saúde demonstram a influência de fatores sociodemográficos na determinação de comportamentos de recorrência ou não aos serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde Português. Quando

os participantes da pesquisa foram divididos em função de terem necessitado ou não de utilizar os serviços de saúde, e comparando-se as idades, encontrou-se, para os que utilizaram, uma média de 34,9, com um desvio padrão de 9,43 e para os que não utilizaram, uma média de 26,8, com desvio padrão de 5,8. O teste *t* independente [$N=(74)$, $t=4,4$; $p<0,001$] possibilita afirmar que os imigrantes brasileiros em Portugal que necessitaram utilizar os serviços de saúde eram, em média, mais velhos do que aqueles que não utilizaram.

Ao mesmo tempo, observou-se que os imigrantes mais jovens também eram os que estavam, em média, há menos tempo em Portugal. Quando os participantes foram divididos entre os que recorreram à utilização dos serviços de saúde e aqueles que não os utilizaram, em função dos seus tempos de permanência em Portugal, os resultados mostraram, para o primeiro grupo, uma média de 6,74, com desvio padrão de 6,39, enquanto que para o segundo uma média de 1,78, com desvio padrão de 1,31. No teste *t* independente, observou-se $t=5,41$; $p<0,001$, o que aponta para uma diferenciação média significativa entre os grupos formados a partir do critério utilização dos serviços de saúde.

Maisondieu (1997) fala de síndrome de exclusão para descrever o sofrimento psicológico e o desespero característico de muitos imigrantes e refugiados, sobretudo no período inicial, quando confrontados com a precariedade das condições de vida e com as mudanças de referências culturais. Tal caracterização dessa população explicita as condições de conflito psicossocial, mais fortemente sentidas no período em que se tem um primeiro contato com o novo ambiente cultural, econômico e político. Mas esses conflitos psicossociais não se restringem aos imigrantes mais novos e recentes, quando se defrontam com o seu novo ambiente familiar. Eles também se manifestam através das mudanças comportamentais dos imigrantes mais velhos e mais antigos, que estão há mais tempo em um ambiente não mais tão estranho.

Influência da condição de legalidade/ilegalidade

Outro fator percebido como determinante nas condutas dos imigrantes frente ao novo ambiente social e aos serviços sociais, mais especificamente exemplificados pelos serviços de saúde, refere-se à sua condição de legalidade ou ilegalidade. Quando os participantes foram divididos em função de estarem legais ou ilegais em Portugal e comparando-se suas idades, obteve-se, para os que estão legais, uma média igual a 35,06 e desvio padrão igual a 9. Para os ilegais, os resultados foram: uma média de 27,1 e desvio padrão de 7,89. O teste *t* independente [$N=72$, $t=3,5$; $p<0,001$] possibilita afirmar que os imigrantes brasileiros em situação ilegal eram, em geral, mais jovens do que aqueles que estavam legais. Quando a situação de legalidade/

ilegalidade foi colocada em função do tempo que os participantes estavam em Portugal, obteve-se para os que estavam em situação legal uma média de 7,6 e um desvio padrão de 6,9, já para os ilegais uma média de 1,5, com desvio padrão de 1,05. O teste *t* independente [$N=72$, $t= 6,21$; $p<0,001$] possibilita afirmar que os imigrantes brasileiros mais recentes eram os que mais se encontravam em situação ilegal.

Portanto, para esse grupo jovem e há pouco tempo residente em outro país, a situação de legalidade ou ilegalidade figurou também como um fator constituinte de uma realidade tensa, provocadora de risco à saúde dos indivíduos e de dificuldades de integração na nova cultura. Esta situação também dificultou o acesso dessa população aos serviços apropriados para a resolução dessas situações específicas, nesse caso, os serviços de saúde.

Em resumo, pode-se constatar que, no contexto das imigrações, frequentemente os países de origem não fornecem aos imigrantes competências culturais condizentes com as dos países receptores. Em função disso, os imigrantes se defrontam com uma situação em que não dispõem do hábito de recorrer aos serviços sociais e de saúde, além de não terem um conhecimento adequado dos direitos e regras da sociedade de acolhimento. Como resultado, produz-se um grupo fragilizado socialmente, que se move pouco em direção à busca dos serviços de seguridade social, como os serviços de saúde. Tal situação torna-se mais extremada nas condições de clandestinidade (Ramos, 2006).

O imigrante brasileiro proveniente da zona rural

Os migrantes brasileiros da zona rural eram em média mais jovens, com média de 26,36 anos e desvio padrão de 6,44. Eram também mais recentes, com média de 2,54 e desvio padrão de 1,65. Tinham menor nível de escolaridade, tendo atingido uma média de 2,9, com desvio padrão de 1, numa escala que variava de 1 a 6, onde o nível de escolaridade foi atribuído de forma crescente, de modo que, quanto mais próximo de 6, maior o nível de escolaridade, enquanto que, quanto mais próximo de 1, menor o nível de escolaridade. E viviam com um maior número de pessoas, em média 3,90, com desvio padrão de 2,51, quando comparados aos que migraram da zona urbana. Respectivamente, os migrantes da zona urbana obtiveram idade média de 34 anos, com desvio padrão de 9,24; um tempo médio de permanência de 6,44, desvio padrão de 6,8; o nível de escolaridade, de acordo com a mesma escala utilizada com o grupo anterior, teve média de 4,1 e desvio padrão de 1,5; e vivem em média com 2,33 pessoas, desvio padrão de 1,78. Sendo todas essas diferenças médias estatisticamente significantes com *p* associado menor que 0,05 nos testes *t* efetuados.

Dessa forma, pode-se constatar, na amostra de imigrantes provenientes do meio rural, uma tendência à aglutinação de fatores, que expõe o grupo a uma zona de risco de larga margem, tal como explicitado em pesquisas anteriores (Ramos, 1993, 2004).

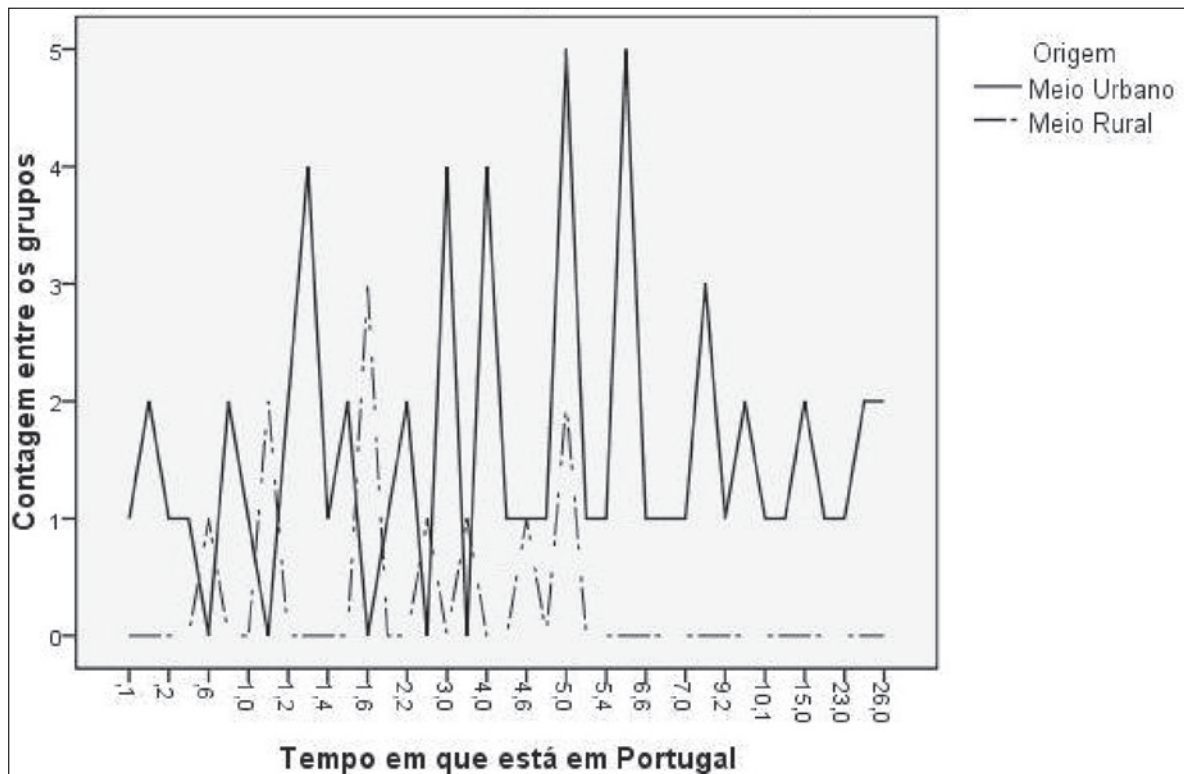


Figura 1: Interação entre o local de nascimento do imigrante brasileiro e o tempo de permanência em Portugal.

Na Figura 1 pode-se observar que o grupo de imigrantes em Portugal, nascidos no meio urbano brasileiro, sobrepôs-se ao grupo de imigrantes nascidos no meio rural, apontando para a formação de uma nova tendência. Se a migração internacional brasileira constitui um fato relativamente recente, a migração de um grupo formador de um novo perfil sociodemográfico, em direção a Portugal, é um fato

ainda mais recente. Isso torna mais preocupante a situação dessa corrente migratória, uma vez que ela é composta por variáveis que lhe conferem um caráter nitidamente “minoritário”. Esse cunho minoritário se dá não somente no aspecto demográfico, mas também no sentido psicológico, acarretando várias implicações psicossociais, em virtude da interação desse grupo com o grupo “majoritário” do país acolhedor.

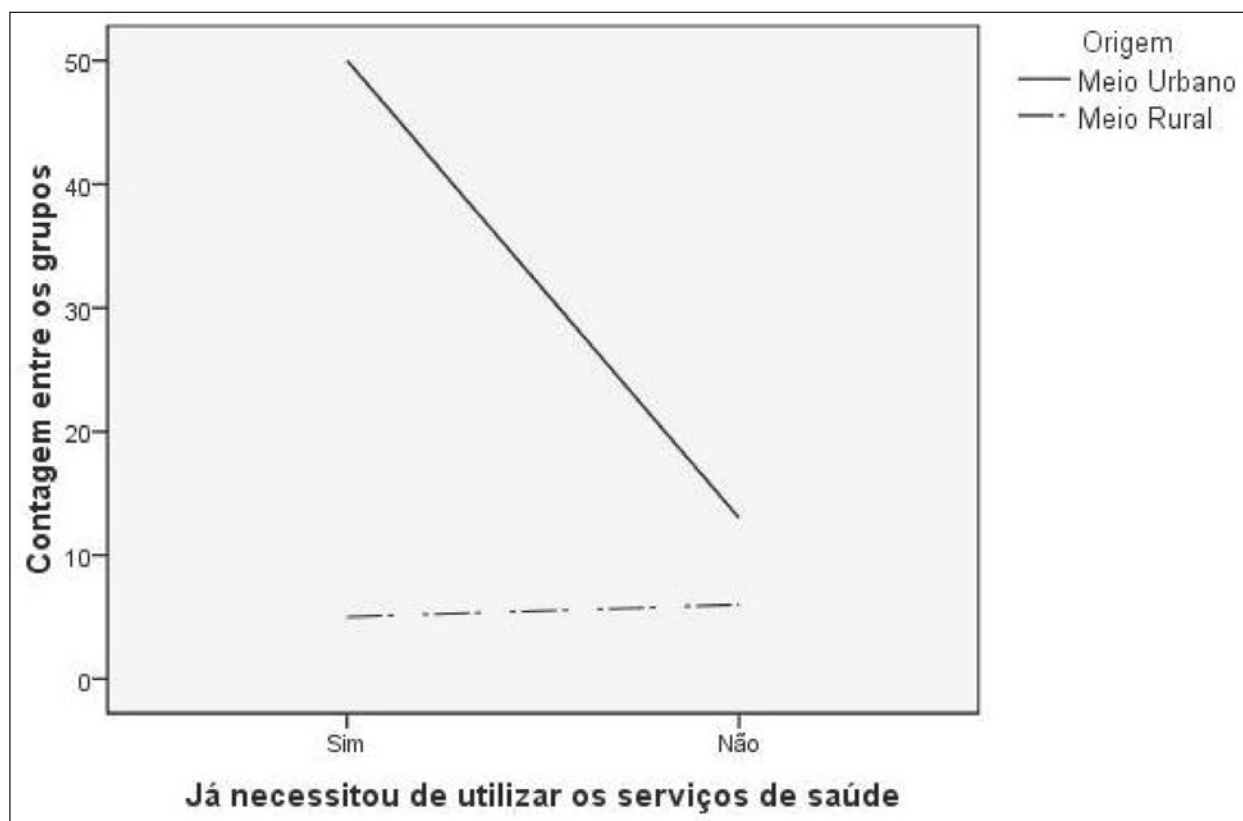


Figura 2: Interação entre o local de nascimento do imigrante no Brasil e a busca pelos serviços de saúde em Portugal.

A Figura 2 foi obtida através de uma análise com χ^2 , com a finalidade de descobrir se existe uma relação significativa entre o local de nascimento do migrante brasileiro (zona urbana ou zona rural) e o fato desses imigrantes terem buscado ou não os serviços de saúde de Portugal. Pode-se observar, na linha do “meio urbano”, uma ascensão da condição de “não” terem buscado os serviços de saúde em Portugal para a condição de “sim”, terem buscado tais serviços em Portugal. Por outro lado, na linha do “meio rural”, observa-se um pequeno declínio na mesma situação, caracterizando uma diferença de comportamento entre os dois grupos.

O valor do χ^2 foi de 5,64, com uma probabilidade de erro associada de menos de 0,02 para um grau de liberdade de 1, mostrando que a relação entre o local de nascimento e a busca pelos serviços de saúde é bastante improvável apenas como resultado do erro amostral. O

valor de Cramer obtido foi de 0,27, sendo mais de 7% das variações de frequência de uma variável explicadas pelas variações da outra. Assim, pode-se concluir que existiu uma relação entre o local de nascimento no Brasil e o comportamento de busca pelos serviços de saúde em Portugal. Os resultados apontaram para uma tendência de manifestação comportamental diferenciada entre os dois grupos. O grupo formado pelos imigrantes oriundos da zona rural mostrou uma tendência para buscar, com menor frequência do que o grupo dos imigrantes provenientes do meio urbano, os serviços de saúde de Portugal.

Em 1983, a Organização Mundial de Saúde realizou um estudo para identificar os fatores que influenciam a saúde física e psíquica dos imigrantes. Os resultados destacaram, entre os principais fatores de risco, as condições precárias de vida, de trabalho

e de habitação, os hábitos alimentares, os problemas culturais e comunicacionais, o acesso inadequado aos cuidados de saúde, a ansiedade, a depressão e as dificuldades de integração.

No caso dos imigrantes brasileiros em Portugal, provenientes da zona rural, os resultados da presente pesquisa mostram a aglutinação de fatores que se associam à ausência de utilização de serviços de saúde. Além do próprio contexto migratório brasileiro destinado a Portugal ser um fenômeno recente, o fato dos imigrantes rurais estarem há pouco tempo naquele país gerou motivações e comportamentos diferentes daquelas pessoas que ali residiam por mais tempo. Intrinsecamente relacionado com essa questão, um aspecto que merece maior esclarecimento diz respeito ao “número de pessoas com quem se vive em Portugal”. Pois, apesar de não apontarem a família como motivação para a sua condição de imigrantes, esses novos residentes apareceram como aqueles que dividiam seus espaços de moradia com um maior número de pessoas. A esse respeito, embora não permitam extrair uma conclusão definitiva sobre o assunto, os resultados desta pesquisa apontam para a formação de guetos, como produto de isolamento, em consonância com vários outros estudos (Ramos, 1993, 2001, Taylor, Repetti, & Seeman, 1997).

Esses imigrantes tendem a concentrar-se por origem étnica, muitas vezes em bairros ilegais e em zonas degradadas, sem condições adequadas de habitação e de higiene. Nessas condições, partilham idênticas condições de vida, em termos de escolarização insuficiente, condições socioeconômicas precárias e fracas redes sociais, que acabam redundando em uma situação de exclusão social, com grandes riscos para a saúde. A homogeneidade das populações que residem em tais condições degradadas é um elemento que agrava as dificuldades de integração na sociedade, dificultando o acesso aos cuidados de saúde e podendo conduzir a situações de violência, ao isolamento, à formação de guetos, a sentimentos de intolerância e de discriminação por parte da população autóctone (Ramos, 1993, 2001; Taylor et al., 1997).

Discussão

De modo geral, a literatura especializada referente ao tema das implicações da migração aponta para a necessidade de uma maior racionalização nos processos de construção de serviços, a partir, não exclusivamente, das instituições, mas também dos grupos que deles necessitam. Isso é compreensível, uma vez que, no cenário atual, percebe-se uma crescente extrapolação de fronteiras, por parte de grupos e indivíduos que, outrora, eram clientes territorialmente mais estáveis. Por sua vez, essa transitoriedade remete o momento atual para uma complexidade simbólica, configurada a

partir de fatores relativamente novos, como é o caso da formação sociocultural dos imigrantes brasileiros em direção a Portugal, num cenário recente.

Baseadas em constantes encontros de grupos étnicos diferentes, as reorganizações territoriais criam novas formas de produção e de relação entre grupos majoritários e minoritários, agindo como propulsoras de uma renovação dos modos de organização e planejamento desses espaços de encontro. No caso dos “novos” imigrantes brasileiros em Portugal, observa-se que a formação desse novo perfil revela uma tendência negativa, em direção a fatores que, tal como sublinhado na maioria das pesquisas da área, funcionam como fontes de dificuldades num processo de integração com a cultura acolhedora.

Como se pode perceber no caso dos brasileiros em território português, a inserção de sujeitos políticos fragilizados produz organismos sob diversas óticas mais vulneráveis diante dos desafios do cotidiano.

No presente trabalho, tais dificuldades parecem exemplificadas pela ausência de procura pelos serviços de saúde, que constitui um aspecto suficientemente forte para justificar a vigilância sobre os desdobramentos das situações vivenciadas no contexto migrantista internacional. A falta de procura pelos serviços de saúde leva os migrantes a reunir um número mais grave de patologias, devido ao diagnóstico e ao tratamento tardio, à carência psicossocial e às situações de clandestinidade e de discriminação, que agem como agravantes do problema (Lazarus et al., 1995).

Tem-se, a partir dos resultados encontrados para a situação de procura de serviços de saúde pelos imigrantes brasileiros em Portugal, a associação daqueles que se encontravam em situação de ilegalidade e a ausência do comportamento de buscar esses serviços. Sendo verificado que, associados a essa ausência da procura de serviços de saúde no contexto de imigração, também estão aqueles mais jovens e de migração mais recente, o que sugere a formação de um grupo caracterizado por qualificações menores para o mercado de trabalho, cargos ocupados no mercado de trabalho majoritariamente no setor primário, e expectativas menos promissoras no país acolhedor, com a integração mais difícil (Padilla, 2006).

Ainda pode-se perceber que os imigrantes brasileiros em Portugal provenientes da zona rural, em contraste com aqueles provenientes da zona urbana, apresentam uma maior aglutinação de fatores que configuram a migração brasileira trazida por Padilla (2006), com menor escolaridade, maior frequência de ilegalidade, coerentemente com o que traz o autor, sendo também imigrantes mais jovens e mais recentes como formadores de um grupo no contexto migratório Brasil-Portugal.

Outro fator verificado quanto aos imigrantes brasileiros em Portugal provenientes da zona rural foi o referente ao número de pessoas com as quais esses residiam. Em média, esses residiam com um número maior de pessoas do que os imigrantes brasileiros em Portugal provenientes da zona urbana. O que sugere que esses imigrantes tendem a concentrar-se por origem étnica, muitas vezes em bairros ilegais e em zonas degradadas, sem condições adequadas de habitação e de higiene. Nessas condições, partilham idênticas condições de vida, em termos de escolarização insuficiente, condições socioeconômicas precárias e fracas redes sociais, que acabam redundando em uma situação de exclusão social, com grandes riscos para a saúde.

Ao verificarem-se, no contexto da saúde do imigrante, fatores estruturantes de uma condição de constante vulnerabilidade, como na constatação de ausência do comportamento de busca pelos serviços de saúde atrelados a características que permitem prever certa estabilidade nesse comportamento, entende-se a condição de imigrantes, potencialmente, como formadores de grupos minoritários, e, como tal, necessita de ações que promovam sua inserção no corpo social de forma a facilitar a adoção de atitudes e comportamentos autônomos.

"A integração de um grupo, para ser verdadeira, para se traduzir em laços de interdependência duradoura, pressupõe a conquista, de cada um, de sua autonomia pessoal" (Mailhiot, 1998, p. 161). No presente estudo, em consonância com as ideias de Kurt Lewin, sugere-se que, como parte de uma agenda atual, haja um maior investimento em questões referentes às migrações internacionais, buscando-se alcançar uma melhor harmonização dos fenômenos de encontros grupais.

Considerações finais

Deve ser levado em consideração que, em relação à imigração brasileira em Portugal, os estudos demonstram, ainda, uma certa "invisibilidade sistemática", quando comparados àqueles relativos a outros tipos de migração. De fato, a produção de conhecimento referente a outros percursos migratórios, como o do Brasil-EUA, ou do Brasil-Japão, possui uma maior sistematização e desperta um maior interesse por parte da opinião pública. Isso torna os estudos empreendidos nesses percursos migratórios como importantes fontes fomentadoras da produção de novos conhecimentos.

A contextualização de grupos de imigrantes diante dos cenários de encontros intergrupais, os quais se dão de maneira assimétrica, afirma-se como necessária, especialmente ao apontar fatores condicionantes a comportamentos vitais ao desenvolvimento saudável dos sujeitos, como se tem na busca pelos serviços de saúde.

Na tentativa de estabelecimento dessa nova agenda sobre as migrações internacionais, o campo de estudos psicossociológicos situa-se de maneira estratégica. Entre as diversas inquietações suscitadas por essa nova realidade, a consideração dos aspectos psicossociais torna-se oportuna para a obtenção de possíveis esclarecimentos sobre uma zona de tamanha complexidade. O que sugere a pertinência de estudos que busquem trazer à luz as peças que impulsionam os movimentos migrantistas e suas consequências no países de acolhimento sobre os indivíduos envolvidos nessas tramas.

Referências

- Anderson, N. (1995). Summary of task group recommendations. *Health Psychology*, 14(7), 649-653.
- Baganha, M. I., Ferrão J., & Malheiros, J. M. (1999). Os imigrantes e o mercado de trabalho: o caso português. *Análise Social*, 34(150), 147-174.
- Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES). (2003). *Logique de recours aux soins des personnes en situation de précarité. Questions d'économie de la santé*. Paris: Ed. 63.
- Coutinho, M. P. L., Franken, I., & Ramos, N. (2008). Depressão, migração e representações sociais no contexto escolar de Portugal. In N. Ramos (Org.), *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas* (pp. 133-175). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Doyle, Y. (1991). Survey of the cervical screening service in a London district, including reasons for non attendance ethnic responses and views on the quality of the service. *Social Science and Medicine*, 32, 953-957.
- Faucheux, C. & Moscovici, S. (1971). *Psychologie sociale théorique et expérimentale. Recueil de textes choisis et présentés*. Paris-La Haye: Mouton.
- Jonhson, A. (1997). *Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica* (R. Jungmann, Trad.; R. Lessa, Consult.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lazarus, A. et al. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher: rapport du groupe de travail «ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale»*. Paris : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Acesso em 25 de maio, 2009, em <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/954050300/0000.pdf>
- Machado, F. L. (1997). Contornos e especificidades da imigração em Portugal. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 24, 09-44.
- Machado, I. J. R. (2007). Reflexões sobre a imigração brasileira em Portugal. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos: debates*. Acesso em 26 de junho, 2009, em <http://nuevomundo.revues.org/5889>
- Mailhiot, G. B. (1998). *Dinâmica e gênese dos grupos: atualização das descobertas de Kurt Lewin* (8ª ed.). São Paulo: Duas Cidades. (Originalmente publicado em 1977)
- Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Paris: Bayard.
- Narang, I. & Murphy, S. (1994). An assessment of ante-natal care for asian women. *British Journal of MidWifery*, 2, 169-174.
- Oliveira, J. C. O. (2001). Retorno da migração internacional como componente da dinâmica demográfica brasileira – até quando? In M. G. Castro (Coord), *Migrações internacionais:*

- contribuições para políticas* (pp. 253-274). Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento.
- Organização Mundial de Saúde. (1983). *Migration and health: Towards and understanding of health care needs ethnic minorities*. Netherlands: Ed. M. Colledge.
- Padilla, B. (2006). Integração dos 'imigrantes brasileiros recém-chegados' na sociedade portuguesa: problemas e possibilidades. In I. J. R. Machado (Org.), *Um mar de identidades: imigração brasileira em Portugal* (pp. 19-42). São Carlos: Edufscar.
- Peixoto, J. (1999). *A mobilidade internacional dos quadros – migrações internacionais, quadros e empresas transnacionais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Peixoto, J. (2002). Os mercados da imigração: modos de incorporação laboral e problemas de regulação dos imigrantes estrangeiros em Portugal. *Cadernos Sociedade e Trabalho*, 11, 57-68.
- Ramos, N. (1993). *Maternage em milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique* (Vols. 1-2). Tese de Doutoramento, Psicologia, Paris V, Universidade René Descartes, Sorbonne.
- Ramos, N. (2001). Educação, saúde e culturas – novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36(1-3), 463-487.
- Ramos, N. (2004). Adaptação, saúde e doença em contexto migratório e intercultural. In N. Ramos (Org.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 239-299). Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, estresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychology*, 41, 329-350.
- Ramos, N. (2008). Migração, aculturação e saúde. In N. Ramos (Org.), *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas* (pp. 45-96). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Reijneveld, S. (1998). Reported health, lifestyle and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(5), 298-304.
- Soares, W. (2001). Emigração e (i)mobilidade residencial: momentos de ruptura na reprodução/continuidade da segregação social no espaço urbano. In R. R. Reis & T. Sales (Orgs.), *Cenas do Brasil migrante* (2ª ed., pp. 17-44). São Paulo: Ed. Boitempo.
- Taylor, S., Repetti, R. E., & Seeman, T. (1997). Health Psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.

Recebido em: 07/05/2009

Revisão em: 27/10/2009

Aceite final em: 10/01/2010

Maria da Penha de Lima Coutinho é Pós-doutora pela Universidade Aberta de Lisboa, Portugal. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Psicologia e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais da Prevenção e Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Endereço: Rua da Candelária, 25. Apto. 1702. Manaíra. João Pessoa/PB, Brasil. CEP 58038-620. Email: penhalcoutinho@yahoo.com.br

Marcelo Xavier de Oliveira é Mestrando em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba. Participante do Grupo de pesquisa: Aspectos Psicossociais de Prevenção e da Saúde Coletiva. Endereço: Rua Eurípedes Gadelha, 210. João Pessoa/PB, Brasil. CEP 58040-470. Email: mar_celoxoliveira@yahoo.com.br

Como citar:

Coutinho, M. P. L. & Oliveira, M. X. (2010). Tendências comportamentais frente à saúde de imigrantes brasileiros em Portugal. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 548-557.