

Os imigrantes ucranianos
e a procura de cuidados de saúde

Autor:
Dalila Olinda Sá Gomes Costa Brito

LEX
LOCALIS



© **Institute for Local Self-Government Maribor**

All rights reserved. No part of this book may be reprinted or reproduced or utilized in any form or by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying and recording, or in any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Title: Os imigrantes ucranianos e a procura de cuidados de saúde

Author: Dalila Olinda Sá Gomes Costa Brito

Reviewers: Margarida Vieira (Catholic University of Porto), Idalina Vilela Catholic University of Porto

Book Series: IJP - Bookseries

Series Editors: José Caramelo Gomes (IJP - Portucalense Institute for Legal Research), Noémia Bessa Vilela (IJP - Portucalense Institute for Legal Research), André Pereira Matos (IJP - Portucalense Institute for Legal Research)

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
[COBISS.SI-ID=293243648](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:coibiss-293243648)
ISBN 978-961-6842-81-5 (pdf, Institute for Local Self-Government Maribor)

First Published in 2017 by
Institute for Local Self-Government Maribor
Smetanova ulica 30, 2000 Maribor, Slovenia
www.lex-localis.press, info@lex-localis.press

For Publisher:
assoc. prof. dr. Boštjan Brezovnik, director

Co-published by
Portucalense University Infante D. Henrique
R. Dr. António Bernardino de Almeida 541, 4200-072 Porto, Portugal
www.upt.pt, upt@upt.pt

For Co-publisher:
mag. Noémia Bessa Vilela

Price: free copy



**Os imigrantes ucranianos e a procura de cuidados de
saúde**

Autor:

Dalila Olinda Sá Gomes Costa Brito

Dezembro 2017



Ukrainian Immigrants and the Demand for Health Care

Author:

Dalila Olinda Sá Gomes Costa Brito

December 2017

Os imigrantes ucranianos e a procura de cuidados de saúde

DALILA OLINDA SÁ GOMES COSTA BRITO

Resumo O cuidar na multiculturalidade revela-se um desafio para a enfermagem face à situação mundial de mobilidade humana e à presença de grande número de imigrantes em Portugal. Com a realização desta investigação pretendemos identificar: as necessidades de cuidados de saúde sentidas pelos imigrantes ucranianos; a influência das crenças culturais e de saúde na procura dos cuidados de saúde pelos imigrantes ucranianos; a acessibilidade de pessoas culturalmente diferentes aos serviços de saúde; os contributos dos cuidados de enfermagem na procura desses cuidados.

Para concretizar estes objetivos, desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo com triangulação intramétodos, através da aplicação de um questionário, a 212 ucranianos residentes na região Metropolitana do Porto e duma entrevista semiestruturada a onze desses elementos, tendo como referência os doze domínios da Cultura de Purnell.

Os resultados apontaram para dificuldades prevalentes no acesso aos cuidados decorrentes de comunicação ineficaz, resultante das barreiras linguísticas e, ou de diferentes interpretações, e pela desarticulação entre os diversos serviços de apoio aos imigrantes, associadas ao desconhecimento da legislação que regulamenta o acesso, nomeadamente dos imigrantes ilegais. Verificamos ainda que a acessibilidade aos cuidados parece ser comprometida pelo desconhecimento quer dos imigrantes, quer dos profissionais, das estruturas de apoio para estas situações, agravada pelas crenças de saúde e pelos costumes dos ucranianos. Assim, com base nesta investigação foi possível implementar estratégias para a promoção da prestação de cuidados dirigidos aos imigrantes, considerando a diversidade e a vulnerabilidade no acesso à saúde. Em suma, esperamos assim contribuir para ampliar e consolidar o conhecimento desta população neste âmbito, visando um plano inclusivo e esclarecedor dirigido à imigração e aos cuidados de saúde.

Palavras-chave: • imigrante ucraniano • necessidades • cuidados de enfermagem • crenças • espiritualidade e interculturalidade

ENDEREÇO CORRESPONDENTE: Dalila Olinda Sá Gomes Costa Brito, PhD., IJP- Portucalense Institute for Legal Research, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, R. Dr António Bernardino de Almeida 541/619, 4200-072 Porto, Portugues, email: dalilacbrito@gmail.com.

<https://doi.org/10.4335/978-961-6842-81-5> ISBN 978-961-6842-81-5

© 2017 Institute for Local Self-Government Maribor

Disponível online em <http://www.lex-localis.press>.

Ukrainian Immigrants and the Demand for Health Care

DALILA OLINDA SÁ GOMES COSTA BRITO

Abstract To take care within multiculturalism is shown to be a challenge for nursing considering the worldwide situation of human mobility, and due to the presence of a large number of immigrants in Portugal. With the accomplishment of this research, we intend to identify: needs for health cares felt by Ukrainian immigrants; influence of cultural and health believes in the search for medical cares by Ukrainian immigrants; access of culturally different people to their health services; contributes of nursing cares in the search for those cares.

To fulfil these purposes, we develop an exploratory study, descriptive with intramethod triangulation, through the application of a questionnaire to 12 Ukrainians living in the Oporto metropolitan area and also through a semi-structured interview to 11 of those people, bearing in mind the twelve domains of the Purnell Culture.

The results pointed out for prevailing difficulties in the medical access resulting from ineffective communication, due to linguistic barriers and/or to different interpretations and also from the disarticulation between the several immigrant support services, in association with not knowing the legislation that regulates the access, particularly of illegal immigrants. We also noticed that the access to medical care seems to be compromised because both immigrants and health professionals aren't aware of the existing support structures for these situations, aggravated by Ukrainians health believes and costumes.

Therefore, based on this research it was possible to implement strategies for the promotion of health cares as far as immigrants are concerned, considering the diversity and vulnerability in the health access. Summing up, we hope to contribute to enlarge and consolidate these people knowledge on this field, aiming an inclusive and enlightening plan specifically directed to immigration and health cares.

Keywords: • ukrainian immigrant • needs • nursing cares • believes • spirituality and interculturality

CORRESPONDENCE ADDRESS: Dalila Olinda Sá Gomes Costa Brito, PhD., IJP- Portucalense Institute for Legal Research, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida, 541/619 4200-072 Porto, Portugal, email: dalilacbrito@gmail.com.

<https://doi.org/10.4335/978-961-6842-81-5> ISBN 978-961-6842-81-5

© 2017 Institute for Local Self-Government Maribor

Available at <http://www.lex-localis.press>.

Conteúdo

Introdução	1
Parte I: Um olhar transcultural sobre a imigração e o acesso aos cuidados de saúde ...	11
1 Imigração e o desafio da integração	11
1.1 Os imigrantes	12
1.2 Sociedade intercultural	13
2 Cuidar na transculturalidade	16
2.1 Cultura e a enfermagem transcultural	17
2.2 O cuidar na globalização	23
2.3 Cultura, valores e crenças	36
2.4 Competência cultural de enfermagem.....	48
3 Portugal e o imigrante ucraniano	56
3.1 Os imigrantes ucranianos	62
3.2 Síntese histórica da ucrânia.....	63
3.3 Os imigrantes ucranianos em Portugal	66
3.4 Acesso aos cuidados de saúde.....	70
3.5 Principais necessidades de saúde dos imigrantes	76
Parte II: Estudo empírico	79
1 Material e métodos.....	79
1.1 Síntese de problemática	79
1.2 Desenho do estudo	81
1.3 População e amostra	85
1.4 Instrumentos de colheita de dados	85
1.4.1 O questionário	85
1.4.2 A entrevista	86
1.5 Procedimentos.....	87
1.6 Considerações éticas	90
2 Resultados	91
2.1 Procura e acesso aos cuidados de saúde.....	91
2.1.1 Caracterização da amostra	92
2.1.2 Acesso aos cuidados de saúde.....	96
2.1.3 Relação entre o género e os recursos socioeconómicos de saúde	100
2.2 Procura e crenças sobre saúde.....	105
2.2.1 Caracterização da amostra	106
2.2.2 Domínios culturais de Purnell.....	107
Conclusões	177
Referências bibliográficas	191

Introdução

As profundas desigualdades no desenvolvimento entre os países, assim como no seu interior, provocam contínuos fluxos de seres humanos das zonas mais pobres para aquelas onde as condições de vida são melhores. Estas disparidades de desenvolvimento, ao contrário do que seria de esperar, têm aumentado a nível mundial e refletem-se no crescente número de imigrantes clandestinos nos países mais ricos.

As migrações constituem um dos temas mais importantes a nível internacional, tendo em consideração que hoje há mais pessoas fora do seu país do que em qualquer outra época da história. Atualmente existem cerca de 214 milhões de imigrantes no mundo, dos quais cerca de metade são mulheres. (OIM, 2009)

Portugal é hoje simultaneamente um país de origem e um país de destino, ou seja, um país de onde continuam a sair nacionais para residirem e trabalharem no estrangeiro e, para onde afluem pessoas oriundas de outros países com o objetivo de cá residir e trabalhar.

Durante séculos Portugal foi um país onde parte da população se viu forçada a emigrar para sobreviver. Atualmente, de acordo com os dados das Estatísticas Demográficas de 2012 do INE, 121.418 pessoas abandonaram Portugal em 2012, um número superior ao pico da emigração dos anos 60 do século passado, que atingiu valores de 120.239 pessoas em 1966. (INE, 2012)

O facto de Portugal ter tido durante longos anos, uma vasta saída de pessoas, faz com que atualmente este aspeto seja bastante relevante no acolhimento dos imigrantes.

O processo de imigração em Portugal atravessou diversos momentos, desde os diferentes povos que se foram fixando ao longo de centenas de anos e assim contribuíram para o desenvolvimento da nação portuguesa, até aos refugiados vindos das nossas ex-colónias (Angola, Moçambique, Guiné, Timor, Cabo Verde, S. Tomé e Príncipe) e do Brasil.

Até aos anos 90 a maioria da imigração em Portugal era oriunda de países lusófonos, dada a proximidade cultural e linguística. A partir de 1999 surge uma imigração diferente e em massa proveniente da Europa de Leste e só abrandou em 2003.

Uma das grandes preocupações dos governantes é a imigração ilegal pelas mais variadas razões e também pelo perigo que pode representar em termos de saúde pública. José Pereira Miguel, coordenador da área da Saúde em 2007, reconheceu que os imigrantes apresentavam maior risco de doenças infeciosas, como a tuberculose, SIDA, infeções sexualmente transmissíveis, e também patologias não transmissíveis, como a diabetes e a hipertensão, traumatismos (resultantes da atividade profissional no país de destino), e de saúde mental, devido ao isolamento e outros stressantes. Referiu, ainda, que era preciso conhecer o estado de saúde dos imigrantes, evitar a sua exclusão e muito do esforço da presidência portuguesa deveria passar por estratégias de alerta de inclusão social destes imigrantes.

Conforme assinalado pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2008), os enfermeiros e outros profissionais de saúde necessitam de compreender o seu próprio papel na prestação de cuidados de saúde equitativos e acessíveis. Pois, têm uma função importante a desempenhar para atingir a equidade¹, e é vital o desenvolvimento de uma compreensão sólida de como o setor da Saúde pode atuar para reduzir as iniquidades relativamente aos imigrantes. Esta inclusão muitas vezes é dificultada pelas ideias que, apesar de erradas e facilmente contrariáveis, podem ser recorrentes. Pode ser considerada uma ameaça pela comunidade de acolhimento, pois está associada ao aumento da criminalidade ou porque disputam lugares de emprego.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros, “os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem.” Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.(OE, 2001)

O ICN afirma que: “... é inerente à *Enfermagem o respeito pelos direitos humanos, incluindo os direitos culturais, o direito à vida e à livre escolha, o direito à dignidade e ser tratado com respeito. Os cuidados de Enfermagem são prestados com respeito e sem restrições devido à idade, cor da pele, credo cultura, incapacidade ou doença, sexo, orientação sexual, nacionalidade, raça ou estatuto social*” (ICN, 2006, p. 1)

Os dados que a seguir apresentamos foram adquiridos nas diversas bases de dados disponíveis do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e do Instituto Nacional de Estatística (INE). Peixoto refere que em Portugal é difícil conseguir apuramentos

¹ Equidade, entendida como prestação cuidados igualitários, respeitando os valores e crenças de cada indivíduo, em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, num ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. Neste contexto, um aspeto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos.

rigorosos da população imigrante, dada a natureza das fontes estatísticas e à importância da economia informal, pois a maior parte dos dados disponíveis refere-se à população de nacionalidade estrangeira e aos trabalhadores estrangeiros. Os dados anuais incluem todos os indivíduos com autorização de residência ou permanência, inclusive os desempregados, e “*não diferenciam a população com e sem atividade económica, não consideram os estrangeiros com emprego doméstico, trabalho temporário, trabalho independente e situações irregulares.* (Peixoto J. , 2008, p. 25)
 Mais de 150 mil cidadãos estrangeiros a viver em Portugal apresentavam títulos de residência eletrónicos registados desde Fevereiro 2008.

De acordo com os dados do relatório de 2009 do INE/SEF, desde a entrada em vigor da Lei de Estrangeiros (Regulamento n.º862, 2007) (Regulamento Comunitário sobre Estatísticas de Imigração e Asilo), Portugal tinha um registo de 454.191 estrangeiros a viver em Portugal. (Quadro 1)

Quadro 1 Evolução da população estrangeira em Portugal (2000-2012)

ANO	Residentes	Autorizações de Permanência e Prorrogações (2001-2007)	Total População Estrangeira	Crescimento (%)
2000	207.587		207.587	8,61
2001	223.997	126.901	350.898	69,02
2002	238.929	174.558	413.487	17,84
2003	249.995	183.655	433.650	4,87
2004	263.322	183.833	447.155	3,11
2005	274.631	93.391	414.659	-7,27
2006	332.137	32.661	420.189	1,33
2007	401.612	5.741	435.736	3,70
2008	436.020		440.277	1,04
2009	451.742		454.191	3,16
2010	433.055		457.306	0,75
2011	434.708		436.822	-1,90
2012	414.610		417.042	-4,53

Fonte: SEF (SEF, 2011)

Os dados apresentados pelo INE em 2012, referem que no ano de 2010 houve uma diminuição da população residente no território nacional, o que não acontecia desde o início da década de 90. (INE, 2012)

Em 2012, a Ucrânia manteve-se como a segunda comunidade estrangeira mais representativa em Portugal (10,6%), com 44.074 residentes em Portugal (48.022

cidadãos em 2011). (SEF, 2013) No mesmo ano, o SEF emitiu 30.247 “*pareceres para acesso à nacionalidade portuguesa, 28.907 dos quais positivos..., Brasil (6.382), Cabo Verde (4.782), Ucrânia (3.992), Angola (2.721) e Guiné-Bissau (2.533)*” (SEF, 2013, p. 8)

Em 2012 beneficiaram do programa de apoio ao retorno voluntário 753 cidadãos estrangeiros, onde sobressaiu o Brasil (644) e distanciados ficaram São Tomé e Príncipe (22), Ucrânia (19) e Angola (19). Em relação a contra ordenações por permanência ilegal, foram registados um total de 12.247 processos instaurados, tendo-se destacado as nacionalidades, brasileira (4.018), cabo-verdiana (1.766) e ucraniana (849). (SEF, 2013) E, ainda, de acordo com o relatório anual do SEF² “*Em 2012 foram atendidas 282.125 chamadas, sendo as nacionalidades mais relevantes a brasileira (85.748), cabo-verdiana (41.736), guineense – Bissau (21.348), angolana (19.371) e ucraniana (14.407).*” (INE, 2010, p. 54)

O INE diz-nos ainda que a taxa migratória tem sido determinante para o perfil de evolução da população residente e a média das taxas de crescimento da população foi de 0,283% entre os anos 1990 e 2010, resultante sobretudo do contributo da taxa migratória (0,224%). O anuário destaca a importância dos fluxos migratórios no aumento de mais de 10% da população ativa entre os anos 1998 e 2008. (INE, 2010) Quanto à distribuição territorial da população estrangeira, por distrito desde 2000, verifica-se que esta se concentra predominantemente na zona litoral do país, com destaque para os distritos de Lisboa (181.901), Faro (62.624) e Setúbal (44.197). Esta concentração está diretamente relacionada com as áreas onde persiste a principal atividade económica nacional. O somatório da população residente naqueles três distritos representa cerca de 69,2% do valor total do país (288.722 cidadãos), face ao universo de 417.042 destacam-se ainda, por esta ordem, os distritos do Porto (23.440), Leiria (15.742), Santarém (13.362) e Aveiro (13.176). No Registo Nacional de Utentes do Serviço Nacional de Saúde em 2009 estavam registados 462.487 utentes de nacionalidade estrangeira. (INE, 2010)

A partir de 2001 há um aumento súbito de imigrantes dos países da Europa de Leste – romenos, moldavos, russos e sobretudo ucranianos. Os imigrantes dos PALOP deixam de ser o grupo maioritário e aumentaram os números de brasileiros e ucranianos. Os países de estrangeiros residentes, mais representativos em Portugal, em 2012, foram

² O Centro de Contacto SEF permite que os cidadãos estrangeiros os contactem, via telefónica, para facilitar o acolhimento e integração das comunidades migrantes. Este serviço permite, para além do agendamento das sessões de atendimento presencial, a prestação de informações genéricas sobre a regularidade documental de estrangeiros, recorrendo a mediadores socioculturais capacitados em diversos idiomas, potenciando a migração legal e contribuindo decisivamente para a minimização dos impactos que a irregularidade documental acarreta aos cidadãos e sociedade.

ainda o Brasil (25,3%), a Ucrânia (10,6%)³, Cabo Verde (10,3%), a Roménia (8,4%) Angola (4,9%), a Guiné-Bissau (4,3%), a China (4,2%), o Reino Unido (4,0%), a Moldávia (2,8%) e São Tomé e Príncipe (2,5). Este grupo de dez nacionalidades totaliza 77,2% da população estrangeira com permanência regular em Portugal (321.869). (INE, 2010)(SEF, 2011, p. 18)

O decréscimo registado dá continuidade aos valores assinalados nos últimos anos. (Quadros 2 e 3)

Quadro 2 Estrutura das 3 principais nacionalidades em 2011 e 2012

País	Género	Total 2012	Títulos de residência	Prorrogação de VLDs	Total 2011
Brasil	HM	105.622	105.518	104	111.445
	H	44.127	44.069	58	47.518
	M	61.495	61.449	46	63.927
Ucrânia	HM	44.074	44.050	24	48.022
	H	23.147	23.133	14	25.883
	M	20.927	20.917	10	22.139
Cabo Verde	HM	42.857	42.388	469	43.920
	H	20.200	20.001	199	20.800
	M	22.657	22.387	270	23.120

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012)

Quadro 3 Distribuição total da população imigrante e ucraniana entre 2009 a 2012 na região do Porto

Ano	População ucraniana	Género masculino	Género feminino	Total População imigrante
2009		14.284	13.823	28.107
	4.031	2.358	1.673	
2010		13.539	13.573	27.112
	3.748	2.161	1.587	
2011		12.360	12.464	24.824
	3.456	1.972	1.484	

³ Os imigrantes *ucranianos* residentes em Portugal no ano de 2008 totalizaram 52.494 indivíduos. Esta situação não era prevível, pois no ano 2000 apenas foram registados 163 imigrantes provenientes da Ucrânia a residir em Portugal. Esta “invasão” de imigrantes Ucranianos verificou-se num curto espaço de tempo entre o ano 2000 e o ano de 2002. O número passou de 163 para 62.448 tornando-se nesse ano a maior comunidade em Portugal. Em 2004, o aumento foi mais ligeiro ao registar 66.281. Entre o ano 2004 e 2006, o número de imigrantes ucranianos baixou para 41.530 indivíduos mas voltou a subir no ano 2008. E em 2011 eram 49.505.

2012		11.503	11.937	23.440
	2.999	1.711	1.288	

Fonte: Adaptação do SEFSTAT – Portal de estatística de 2009 a 2012 (SEF, 2013)

No quadro 3, podemos observar a distribuição da população imigrante no Distrito do Porto entre 2009 e 2012. Em 2009 apresentava 28.107 indivíduos, sendo 4031 imigrantes ucranianos (2.358 homens e 1.673 mulheres), reduzindo para 23.440 indivíduos em 2012 dos quais 2.999 eram ucranianos (1.711 homens e 1.288 mulheres). (SEF S. E., 2009)(INE, 2010) (SEF, 2011) (SEF, 2013)

Com o Projeto SURRIA (Sustentação do Retorno, Rede de Informação e Aconselhamento), Portugal conta presentemente com uma rede de informação e apoio aos imigrantes que, por sua iniciativa, pretendam regressar aos países de origem. Em 2009 beneficiaram do programa de apoio ao regresso voluntário, um total de 381 estrangeiros (SEF, 2011): destacando-se os nacionais do Brasil (315), Angola (32), Ucrânia (7), Cabo Verde (6) e Guiné-Bissau (OIM, 2011)

O regime jurídico do asilo e o novo regime do Reagrupamento Familiar tem trazido resultados positivos de concessão de autorizações de residência. (Lei, nº27, 2008) A Ucrânia com 1.460 autorizações ficou em 5º lugar, em 1º o Brasil (11.715), seguido de Cabo Verde (3.431), Roménia (3.010) e em 4º a Guiné-Bissau (1.620). No MIPEX ⁴III, divulgado em 2011, Portugal registou um dos maiores progressos desde o MIPEX II (com um crescimento de cinco pontos), alcançando a segunda posição no *ranking* liderado pela Suécia.

Neste contexto, e na prossecução das suas atribuições, o contributo do SEF foi determinantemente nas áreas relativas ao direito à residência de longa duração, reagrupamento familiar, nacionalidade, e execução dos Planos de Integração de Imigrantes.

As conclusões fundamentais da avaliação de Portugal no MIPEX III evidenciaram que:

- Portugal está em segundo lugar com 79 pontos (a primeira posição pertence à Suécia com 82 pontos);
- Portugal ocupa a primeira posição no grupo de novos países de migração laboral com melhores condições de acesso ao mercado de trabalho e reagrupamento familiar;
- Foram introduzidos progressos recentes mais significativos na resposta à situação laboral específica dos imigrantes;
- As condições para a atribuição de autorização de residência consideram o contexto económico recessivo, em particular a aferição da existência de meios de subsistência;

⁴ O MIPEX constitui-se como um índice para a avaliação das políticas de integração de migrantes, com recurso a um conjunto de 148 indicadores para aferição da garantia de direitos, deveres e oportunidades aos estrangeiros residentes (www.mipex.eu).

- Portugal possui a melhor Lei da Nacionalidade de todos os 31 países do MIPEX visando a construção de uma cidadania comum;
- A Lei de Estrangeiros de 2007 aprovou o regime jurídico de residência de longa duração de estrangeiros do território nacional;
- Em 2007 foi implementada a lei de reconhecimento das qualificações obtidas no estrangeiro para todos os cidadãos;
- Acesso universal à escola e à educação intercultural;
- Os direitos de voto são menos eficazes e os organismos de consulta menos proativos;
- As leis de antidiscriminação e organismos para a igualdade, face aos países líderes do MIPEX, são menos eficazes;
- Portugal detém as melhores políticas educativas para migrantes, oportunidades de participação política e leis antidiscriminação dos novos países de imigração. (SEF, 2011)

A presença de cada vez mais imigrantes no nosso país e a coexistência de outras culturas resultam num *deficit* de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde e implicam alterações no comportamento dos enfermeiros. Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, respeitar as convicções e promover as adaptações destes indivíduos ou grupos à nova realidade. Este processo deve-se basear na aprendizagem partilhada que permita aos enfermeiros conhecer as crenças, os valores e as expectativas dos seus utentes para efetuarem um plano de intervenção capaz de responder a essa realidade, nomeadamente no acesso aos serviços, educação para a saúde e vigilância de saúde.

Consideramos que só é possível melhorar a capacidade de prestar serviços efetivos a pessoas de diferentes culturas se conhecermos as suas necessidades em saúde. (Brach & Fraser, 2000) (DR 85, 2007)

Portugal tem estruturado um Plano que inclui 122 medidas para melhorar o acolhimento dos recém-chegados, o acesso ao emprego, educação e formação profissional, habitação, cuidados de saúde, apoiar o financiamento das associações, os mecanismos de implementação da antidiscriminação e as políticas de igualdade (Resolução do Conselho de Ministros n. 63 -A/2007, de 3 de Maio). O Plano prevê, ainda, a criação de uma Rede de Pontos Focais de Acompanhamento, coordenada pelo Alto-Comissário para a Imigração e o Diálogo Intercultural e constituída por dois representantes de cada ministério, que deverá apresentar ao COCAI⁵ relatórios anuais de execução das medidas neles previstos.

⁵ COCAI - Conselho Consultivo para os Assuntos da Imigração, criado em 1998 com o objetivo de assegurar a participação e colaboração das associações representativas dos imigrantes, dos parceiros sociais e das instituições de solidariedade social na definição das políticas de integração e combate à exclusão social, integrado na orgânica do ACIDI, I.P. Este órgão tem vindo a garantir o diálogo, a consulta e a participação da sociedade civil (em especial dos representantes das

O cuidar na multiculturalidade revela-se como um desafio para a enfermagem face à situação mundial de mobilidade humana e à globalização.

Os enfermeiros deverão adotar estratégias que respondam às necessidades culturais dos utentes imigrantes. Assim é necessário que desenvolvam competência cultural⁶ que lhe permitam prestar cuidados adequados aos utentes com diferentes culturas com que se depara ao longo da sua vida profissional. O desenvolvimento desta competência é um processo lento, exigindo que os enfermeiros mudem o seu modo de pensar e de atuar, como nos refere Liladar. (Liladar, 1998)

Nesta linha de pensamento, este estudo tem como finalidade: conhecer os fatores que influenciam a procura dos cuidados de saúde dos imigrantes face aos novos desafios, nomeadamente da globalização. É para todos, evidente que os cidadãos não têm o mesmo nível de acesso aos recursos da comunidade, em particular as famílias imigrantes e principalmente os indocumentados.

É certo que muitas vezes só nos debruçamos sobre determinadas temáticas e só sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos acerca delas quando elas se nos colocam, ou por imperativos da vida profissional ou por um motivo inesperado. Ao tomarmos conhecimento das principais preocupações e objetivos da União Europeia que visam garantir uma melhor saúde às pessoas migrantes, aumentar a informação disponível sobre a saúde e conseguir obter um melhor conhecimento sobre os problemas que resultam da imigração para a Europa ou aqueles que resultam das condições nos países de acolhimento, sentimos a necessidade de realizar este estudo, para o qual definimos os seguintes objetivos: (i) identificar as necessidades de cuidados de saúde sentidas nos imigrantes ucranianos; (ii) analisar a influência das crenças culturais e de saúde na procura dos cuidados de saúde dos imigrantes ucranianos; (iii) analisar a acessibilidade de pessoas culturalmente diferentes aos serviços de saúde; e (iv) descrever os contributos dos cuidados de enfermagem na procura desses cuidados.

Como estratégia metodológica desenvolvemos um estudo exploratório e descritivo. Realizamos a triangulação *DE DADOS*, quantitativos e qualitativos, com o objetivo de

comunidades imigrantes) e de outras entidades públicas e privadas com intervenção neste domínio, que assim são chamados a contribuir ativamente para a definição e discussão de políticas de acolhimento e integração.

⁶ Competência cultural definida como um conjunto de comportamentos congruentes, atitudes e políticas que permitem que os profissionais trabalhem eficazmente em situações transculturais. Competência cultural é muito mais do que a consciência das diferenças culturais, centra-se na capacidade do sistema de saúde para melhorar a saúde e o bem-estar através da integração de cultura para a prestação de serviços de saúde. Para se tornar mais culturalmente competente, um sistema precisa de: valorização da diversidade; ter a capacidade cultural de autoavaliação; estar consciente das dinâmicas que ocorrem quando as culturas interagem; institucionalizar o conhecimento cultural, e adaptar-se a prestação de serviços para que ele reflita a compreensão da diversidade entre e dentro de culturas.

aumentar a confiança das interpretações, recorrendo a um questionário estruturado e à entrevista semiestruturada. (Denzin N. K., 1989)(Denzin & Lincoln, 1994)
Neste estudo interessa-nos identificar a crença de cuidados, valores, práticas, modo de vida, segundo a visão de um grupo ucraniano, que possam influenciar a saúde e permitir a compreensão desta cultura por parte dos enfermeiros, de modo a prover cuidados culturalmente congruentes. A razão da escolha deste grupo prende-se com o contacto efetuado profissionalmente numa unidade hospitalar, em que os imigrantes ucranianos internados apresentam habilitações literárias elevadas, dificuldades de comunicação, por não dominarem a língua portuguesa, e a não adesão à continuidade dos cuidados nos Centros de Saúde.

A ideia que as sociedades de acolhimento constroem acerca da imigração, ao nível do seu impacto e dos seus efeitos, constitui um elemento determinante para o saldo do fenómeno migratório. Juízos errados e representações negativas que, com facilidade, se podem generalizar na opinião pública em relação aos imigrantes, constituem um ponto essencial no que concerne ao acolhimento e integração, podendo dificultar o processo e condicionar a sua qualidade de vida.

Este estudo está organizado em duas partes. Na parte I, a fase exploratória, com o aprofundamento teórico sobre a temática da imigração em Portugal. Iniciámo-lo de acordo com o cronograma, fizemos uma revisão de publicações relevantes. Pretendíamos, por um lado, conhecer melhor a problemática e por outro, familiarizar-nos com os problemas encontrados por outros investigadores e conhecer as variáveis potencialmente confundidoras.

Planeamos e operacionalizamos a recolha de informação e a análise documental, que se tornaram fundamentais para perceber o objeto de estudo e debruçarmo-nos sobre as principais pensadoras que estudaram a transculturalidade na enfermagem.

Na parte II descrevemos a metodologia preconizada e a problemática do estudo, apresentamos o desenho de investigação, (tipo de estudo, o meio, a população, amostra, os instrumentos utilizados na recolha de dados, considerações éticas e os procedimentos). Procedemos ao tratamento dos dados e apresentamos de forma sequenciada os resultados conseguidos através do questionário e da entrevista, sob a ótica do Modelo de competências cultural de Purnel e Paulanka. Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas, gráficos, quadros e diagramas. Por fim terminamos com a discussão dos resultados e a conclusão.

Os imigrantes representam um contributo positivo para a economia portuguesa, para a resolução do problema demográfico, para o reequilíbrio da segurança social e para o enriquecimento da diversidade cultural. Estes imigrantes são o apoio para as famílias de origem, através de envio do produto do seu trabalho no país de acolhimento (Anes, 2006). O número de mulheres estrangeiras abrangidas pelo subsídio de maternidade passou de 3670 em 2002 para 9780 em 2010 – passando de 5,1% para 8,3% do total.

Consideramos este estudo pertinente para a enfermagem em Portugal, esperamos que traga ganhos quer para a melhoria da prática dos cuidados, quer para futuras investigações. Como nos diz Trigo que é possível a postura de um novo profissionalismo, capaz de responder aos desafios da nova sociedade da globalização. (Trigo, 1999)

Sabemos que é impossível conhecer os modos de vida e as práticas de todas as culturas e grupos étnicos que poderemos encontrar, mas parece-nos pertinente conhecer o grupo de imigrantes mais populosos com uma língua não dominada pela população nativa.

PARTE I

Um olhar transcultural sobre a imigração e o acesso aos cuidados de saúde

1 Imigração e o desafio da integração

Neste capítulo fazemos uma referência ao fenómeno migratório. A importância da globalização nas dinâmicas políticas, económicas e sociais referentes ao processo de integração dos imigrantes no país de acolhimento.

A imigração é o movimento de entrada, de índole permanente ou temporário, com a intenção de trabalho ou residência, de pessoas de um país para outro.

Portugal tem centenas de milhares de imigrantes à procura de condições de vida que não possuem nos seus países de origem. Este grande fluxo migratório deveu-se à abertura das fronteiras da União Europeia e à escassez de empregos indiferenciados que fez com que migrassem para sul, onde existia grande necessidade de mão-de-obra na construção civil e agricultura.

Na imigração ucraniana em Portugal observa-se um fenómeno de ausência de inserção, caracterizado por falta de reconhecimento de qualificações profissionais individuais, o que dificulta a integração. (Russo & Soeiro, 2007)

Abrir as portas à imigração exige que cada país desenvolva esforços para integrar todos aqueles que abandonam as suas origens à procura de uma vida melhor e muitas vezes só encontram trabalho em condições precárias, vencimentos reduzidos, tráfico de mão-de-obra clandestina, prostituição, comércio de droga e imigração clandestina que leva ao aumento da criminalidade e da mendicidade. Kofi Anan referia que no séc. XXI os imigrantes precisavam da Europa, mas que a Europa também precisava deles. Uma Europa fechada seria mais egoísta, mais pobre, mais fraca e mais velha. Uma Europa aberta seria mais justa, mais rica, mais forte e mais jovem, desde que se soubesse gerir bem as migrações. (Kofi, 2004)

Outros países como os Estados Unidos vivenciaram este tipo de fluxos migratórios onde o confluir de culturas foi um obstáculo para uma prestação de cuidados de enfermagem igualitária com respeito pela cultura e integridade individual. Existem numerosos estudos na Europa sobre a opinião pública e os imigrantes, o racismo e a xenofobia (Mackenbach, 2008)

Um estudo, efetuado em Espanha em 1992, concluiu que a opinião sobre os estrangeiros é com frequência estereotipada, fruto de falta de conhecimentos. Acusam os imigrantes do aumento de furto, delinquência e tráfico de droga, mas segundo dados da polícia espanhola, o grupo em foco corresponde ao europeu. E que as expulsões se devem 90% à falta de documentação legal. (IOE, 1992)

É impossível conhecer os modos de vida e as práticas de todas as culturas e grupos étnicos que poderemos encontrar. Mas uma informação precisa sobre o fenómeno migratório nas suas verdadeiras dimensões e realidades é necessária. Geralmente a sociedade está mal formada e pouco informada no que respeita à imigração. A falta de formação, em relação ao tema da imigração, condiciona em grande medida a opinião pública e poderá estar na raiz dos casos de racismo e xenofobia.

Casos de violência e de discriminação têm vindo a aumentar em todos os países da União Europeia e de acordo com a Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia devem-se principalmente ao medo do desemprego, insegurança em relação ao futuro e ao mau estar sobre as condições sociais e políticas dos governos. (Rights, 2013)

1.1 Os imigrantes

A pessoa imigrante é uma pessoa cujo perfil antropológico constitui um grupo heterogéneo que compartilha a mesma condição. Imigrante é o estrangeiro que vem de fora com a intenção de permanecer no nosso país. Entre eles, existe uma importante diversidade nacional, étnica, religiosa, cultural, e para todos eles têm a mesma condição jurídica (salvo o caso dos refugiados) e uma realidade comum, estar longe da sua terra.

A integração dos imigrantes está condicionada pelas leis que não a favorecem (a ilegalidade, as limitações laborais, a falta de segurança jurídica), pelas diferenças linguísticas, religiosas e culturais, pela situação de habitação, pelo trabalho que limitam as suas possibilidades de se relacionar, pela promoção limitada, pela falta de formação ou pela dificuldade de reconhecimento das suas habilitações. (Martinez, 1995)(Andrade I. , 2006)(Sousa J. , 2006)(Sousa J. E., 2011)

Considera-se que a pessoa que migra é a mais saudável, pois vem para trabalhar e geralmente numa fase etária mais produtiva, mas também está vulnerável à doença pelos riscos para a saúde e bem-estar a que está exposta nos países recetores. (Kandula, 2004) (Lopes L. , 2007) (Backstrom, 2009)

Estas circunstâncias podem gerar problemas físicos, psicológicos e sociais, que muitas vezes se associam a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao país de origem. (Carballo & Neruar, 2001)(Ramos N. , 2008)(Fonseca & Silva, 2010)(Allbutt & Masters, 2010)(Monteiro A. P., 2011)

O afastamento e rutura das relações sociais e familiares especialmente quando os imigrantes migram sozinhos, geram uma redução do suporte social e emocional dos indivíduos. A ausência de estrutura familiar e de outros mecanismos de apoio à estabilidade individual pode aumentar a vulnerabilidade, e favorecer práticas prejudiciais à saúde, como o consumo e dependência de substâncias (álcool, tabagismo, outras drogas) e o envolvimento em episódios de violência. (Monteiro A. P., 2011) (UNAIDS/IOM, 2001) No conjunto, estas situações podem colocar dificuldades ao nível da saúde mental dos imigrantes, que se encontram, muitas vezes, numa situação de grande stresse, motivada pela rutura familiar, ansiedade quanto à sua situação no país de acolhimento e receio de ser extraditado. (Carballo & Neruar, 2001) (Carta B. , 2005)

O número de imigrantes legais em Portugal é fácil contabilizar, o que é extremamente difícil de controlar, é o número dos indocumentados, sobretudo devido à ação das redes de imigração clandestina. Em 20 de Novembro de 2001 houve um período de legalização extraordinária que segundo o governo se teria atingido o número de imigrantes necessários para o mercado português. De acordo com a lei portuguesa, todos os imigrantes que entrassem posteriormente seriam considerados ilegais, não lhes sendo passada qualquer autorização de residência. A verdade é que as máfias, sobretudo do leste da Europa, continuaram a conduzir para Portugal dezenas de milhares de imigrantes clandestinos.

As desigualdades socioeconómicas que estão associadas a contextos de pobreza, exclusão social e a situações laborais precárias podem traduzir-se em reduzidas oportunidades de acesso à educação, informação e utilização dos serviços sociais e de saúde. (Braveman & Gruskin, 2003)

Estimava-se em Abril de 2002 que vivessem em Portugal cerca de 200 mil imigrantes clandestinos, mas os números reais, ninguém o sabe. A exploração do imigrante ilegal começa geralmente no país de origem. Um dos grandes riscos do imigrante ilegal é de se sentir obrigado a recorrer a redes de mafiosos, redes estas muitas vezes de tráfico de seres humanos, terminando em diversas formas de escravatura ou então explorados por patrões sem escrúpulos.

De acordo com o relatório, *Passage to Hope – Women and International Migration*, o número de mulheres migrantes, e que migram sozinhas, tem vindo a aumentar significativamente, o que representa maior risco e vulnerabilidades. (UNFPA, 2006)

As restrições no acesso aos cuidados de saúde impostas aos imigrantes, em situação irregular e o receio de denúncia desta condição, podem fazer com que estes evitem os serviços de saúde e recorram à automedicação, à medicina alternativa e a serviços em que a documentação não é um fator determinante de atendimento – urgências, farmácia, unidades móveis. (CCHS, 1997)

1.2 Sociedade intercultural

As sociedades atuais são multiculturais e cada vez mais encerram uma riqueza potencial ao reconhecer as especificidades próprias de cada cultura. O desafio de uma sociedade intercultural consistiria em promover a igualdade de oportunidades e a inserção social dos imigrantes conseguindo uma interpenetração de todas as culturas sem anular as identidades próprias.

A “cultura” da integração tem como um dos seus pressupostos o da educação intercultural, onde o sistema educativo deve propiciar a compreensão, o respeito à tolerância mútua, contribuir para a mudança de atitudes para que se respeite e se conheçam melhor os direitos humanos fundamentais e a impedir que surjam as retaliações e as atitudes racistas.

A integração é um processo e não um fim, envolve a interação entre imigrantes e autótones e a adaptação das instituições sociais à diversidade sociocultural dos imigrantes. (Pennix, 2003) (Papametriou, 2003) Por isso, a redução das diferenças de oportunidades entre imigrantes e nativos, na saúde tal como em outros aspetos relevantes da vida, não é apenas uma responsabilidade dos diferentes órgãos do governo, central ou local, mas sim, implica o envolvimento e a cooperação, de diversas instituições.

Deste modo, tal como recomenda a Comissão Europeia, na Agenda Comum para a Integração, é importante que Estados-Membros desenvolvam instrumentos de coordenação e cooperação entre diferentes instituições públicas, privadas e da sociedade civil, com responsabilidades de intervenção aos níveis nacional, regional e local. Além disso, devem ainda incentivar a criação de mecanismos de monitorização e avaliação que permitam melhorar, de forma sistemática e continuada, o processo de decisão e a implementação das políticas, com base nas lições da experiência das melhores práticas e na identificação das normas, instrumentos e processos que podem ser melhorados. (Anes, 2006) (Fonseca & Gorai, 2007)(Almeida A. C., 2007)(Marques J. , 2010)

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, foi mobilizado um “movimento de Cuidados de Saúde Primários” de profissionais e instituições, governos e organizações da sociedade civil, investigadores e pequenas organizações que decidiram encontrar respostas para as desigualdades em saúde, em todos os países, que eram “*política, social e economicamente inaceitáveis*”. A Declaração de Alma-Ata foi clara sobre os valores a seguir: justiça social e o direito a uma saúde melhor para todos, participação e solidariedade. Havia, então, a sensação de que o progresso em direção a estes valores requeria mudanças fundamentais na forma como os sistemas de saúde operavam e que limitava o potencial de outros setores. Perante o impacto destas novas mudanças na saúde pública, a par com o progresso alcançado pela Declaração de Alma-Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários (CSP), foram definidas novas estratégias universais, mais complexas e diferentes das adotadas até então, que se repercutiram quer nos modos tradicionais de se conceber a saúde e a doença, quer nas alterações radicais dos sistemas de saúde existentes no Portal da

Saúde Pública em 2008. Com efeito, os CSP foram essenciais para intervir nas necessidades e problemas de saúde de maior magnitude, vulnerabilidade e transcendência social da população portuguesa, como aconteceu com a saúde materna e saúde infantil, onde os atuais indicadores relativos à mortalidade e morbilidade materna e infantil apresentam melhoras significativas. Esta mudança foi conseguida nas últimas décadas, através da implementação de medidas interventivas ao nível do planeamento familiar e controlo da natalidade, pela vigilância da grávida e puérpera, com os partos a serem assistidos por profissionais de saúde treinados, com a vacinação das grávidas e crianças, pela existência de consultas de vigilância do crescimento da criança, com visitas domiciliárias, entre outros.

Em 1986, surge a Carta de Ottawa⁹, resultante da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde. Esta Conferência emerge das mudanças verificadas ao nível Saúde Pública, visando respostas às crescentes expectativas de saúde e bem-estar, particularmente nos países mais industrializados. (PAN-Americana, 1986) (Saúde Pública, 2005)

A *promoção da saúde*, como conceito multidisciplinar, suscetível de várias definições, inclui aspetos organizacionais, económicos, ambientais e determina estratégias com o objetivo de provocar mudanças de comportamentos conducentes à adoção de estilos de vida saudáveis. Neste sentido, a OMS (1986) recomenda uma abordagem socio ecológica da promoção da saúde tendo por base a organização do sistema de saúde europeu, o conceito de promoção da saúde privilegia o nível comunitário e social, distinguindo-se os fatores determinantes segundo a sua natureza: endógenos (genoma e características individuais); ligados aos estilos de vida; ambientais; ligados aos serviços de saúde. (Meireles, 2008)

O sistema de saúde português, tal como tem sido construído desde o 25 de Abril, inspira-se nos princípios do Modelo Social Europeu. O direito à saúde está constitucionalmente protegido e o nosso sistema de saúde é universal, compreensivo e tendencialmente gratuito.

O sistema de saúde português está estruturado basicamente no Serviço Nacional de Saúde, embora, para além da medicina de produção estatal, existam outras formas de produção de cuidados. No entanto, os cuidados primários estão circunscritos, na sua

⁹ A primeira conferência internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 21 de Novembro de 1986, aprovou a presente Carta, que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, mas também tomaram em consideração todas as outras regiões. Esta Carta teve como base os progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, sobre os Cuidados de Saúde Primários, o documento da Organização Mundial «As Metas da Saúde para Todos», e um debate na Assembleia Mundial de Saúde sobre a ação intersectorial para a saúde. (Portal da Saúde Pública, 2008).

maioria, aos Centros de Saúde, cuja valência curativa tem uma escala e alcance que permanecem ainda mal definidos, sendo todavia manifesto que a medicina especializada e hiperespecializada se realizam hoje em dia, quase exclusivamente, nos hospitais. (Carapineiro & Hespina, 1992) (Santos, 2007)

O nosso sistema de saúde tem contribuído, muito, para os ganhos em saúde dos portugueses. Para além desta grande finalidade dos sistemas de saúde, no caso dos sistemas de saúde de base europeia, espera-se, também, que o sistema de saúde e a ação pública na saúde contribuam para a diminuição das desigualdades dos resultados em saúde e no acesso a tratamentos e à educação para a saúde. São estes princípios que inspiram o Serviço Nacional de Saúde, elemento-chave na organização do sistema de saúde português. (Campos, 2007)

Na convenção “ Que sistema de saúde para Portugal “ em 2007, Correia de Campos afirma que a saúde dos portugueses tem melhorado, certamente por razões diversas, parte delas ligadas ao contexto socioeconómico-cultural e uma parte devido à ação dos serviços públicos de saúde, o SNS.

Embora a razão mais comum para a procura de cuidados médicos seja a existência de um sintoma, a relação entre essa sensação e a decisão de aceder ao sistema de saúde não é linear, e, como refere Weinman, nem a experiência de um sintoma, nem a sua severidade, explicam adequadamente as razões que determinam a procura de cuidados médicos. (Weinman, 2001) Haverá, pois, que compreender, de que forma os sintomas são percecionados, e o modo como influenciam os comportamentos, designadamente a procura de cuidados de saúde. A este propósito, os comportamentos de procura de cuidados de saúde e os fatores que os influenciam são complexos e ainda mal compreendidos. (Smith B. H., 2001) Todavia, uma parte considerável de cuidados de saúde assenta em comportamentos de automedicação e de aconselhamento farmacêutico. (Hayran, 2000) Diversos estudos valorizam o papel do farmacêutico enquanto ator participante no sistema de saúde, resultante da sua posição estratégica que lhe permite interagir com os doentes no sentido de os aconselhar no uso de medicamentos e de potenciar a sua aderência aos tratamentos. (Berger & Hudmon, 1997) (Krishnan & M., 2000) No que diz respeito à procura de cuidados, as mulheres tendem a recorrer mais aos serviços de saúde, do que os homens. (Anderson, 1993) (Weir, 1996) (Farrel, 2008)

2 Cuidar na transculturalidade

Neste capítulo, definimos o conceito de cultura, valores e crenças no cuidado. Abordamos a enfermagem transcultural, fazendo referência às principais teóricas, pioneiras na transculturalidade, Leininger e Purnell, principal referência deste estudo e demos relevo à importância da competência cultural para cuidar em enfermagem.

Para que o enfermeiro desenvolva competência cultural é necessário que possua sensibilidade cultural, que detenha uma atitude e comportamento de grupo, que tenha conhecimento e respeito pelas crenças e costumes de outras culturas. É importante que o enfermeiro seja sensível às crenças e costumes das outras culturas, e principalmente no que diz respeito às necessidades de cuidados de saúde. (Opperman, 2001) (Amendoeira, 2004) (Vieira A. R., 2009) (Alvarez, 2012)

Wilson referia que uma parte significativa dos estudos na área de antropologia da saúde estava direcionada para as matrizes culturais, sistemas de assistência, terapias tradicionais, relação entre os utentes e os profissionais de saúde nas diferentes áreas de trabalho. (Wilson, A., 2003)

Existem diferenças culturais relacionadas com a interação social entre enfermeiros e doentes, com as estruturas onde são praticados os cuidados numa sociedade e com a acessibilidade para aqueles que deles precisam.

2.1 Cultura e a enfermagem transcultural

A cultura e o cuidar são os meios mais abrangentes e holísticos para conceptualizar e compreender as pessoas, sendo imperativos para o ensino e prática de enfermagem.

A cultura tem sido objeto central do estudo da antropologia e da sociologia há muitas décadas. A partir dos pressupostos antropológicos, ela é caracterizada por um conjunto comum de ideias que são trabalhadas continuamente de maneira imaginativa, sistemática, explicável, mas não previsível. CITATION LAR \l 2070 (Laraia, 2001.) (Mascarenhas, 2002) (Helman, 2009)

De acordo com a literatura, existem diversas definições do conceito de cultura. Para Tylor, cultura é um complexo formado por conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade, e esta é a definição mais antiga. CITATION Edw71 \l 2070 (Tylor, 1871)

Concordamos com Keesing que nos diz que “a cultura compreende sistemas de ideias compartilhadas, sistemas de conceitos, regras e significados que modelam e são expressos nas formas como os humanos vivem.” CITATION Fel76 \p 22 \l 2070 (Keesing, 1976, p. 22) Já Geertz, com uma base epistemológica complexa e coerente sobre o viver humano na sociedade, conceitua cultura como “um padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem o seu conhecimento e as suas atividades em relação à vida.” CITATION GEE89 \p 76 \l 2070 (Geertz, 1989, p. 76) Percebe cultura como uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em torno das quais a ação humana é produzida, percebida e interpretada, ou seja, o estudo da cultura pode ser entendida como uma procura de estruturas de significação, que determinam, ao mesmo tempo, a sua base social e a sua importância.

Podemos dizer então que a cultura é sinónimo de sentimentos, valores e crenças partilhadas, mas é mais a forma partilhada de perceber a realidade, de acordo com esses valores e essas crenças individuais. Marques, na Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural define cultura como “*o conjunto de traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social e que abrange, além das artes e letras, os modos de vida, as maneiras de viver juntos, os sistemas de valores, as tradições e as crenças,*” ITATION MAR03 \p 9 \l 2070 (Marques R. M., 2003, p. 9) e Bruner define cultura como “*um conjunto de sistemas simbólicos, elaborados coletivamente e transmitidos de geração em geração, ela caracteriza-se igualmente como um conjunto de recursos interpretativos*”. ITATION BRU01 \p 25 \l 2070 (Bruner, 2001, p. 25) Ramos também diz que cultura é “*um conjunto dos elementos aprendidos em sociedade pelos membros de uma determinada sociedade, e, estes elementos são ações, percepções e pensamentos (raciocínios, crenças, sentimentos, sensações,*” CITATION RAM06 \p 332 \l 2070 (Ramos N. , 2006, p. 332) podemos dizer então que é tudo o que se apreende de forma consciente ou inconsciente e que se pode transmitir e comunicar.

Purnell descreve cultura como um conjunto total de padrões comportamentais socialmente transmitidos, como as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida e as características de pensamento que orientam uma comunidade na tomada de decisão. As crenças, os valores e as práticas culturais são apreendidas desde o nascimento, em casa, na escola, na igreja e nos convívios sociais. A cultura provoca muitas vezes atitudes que não precisam de ser comprovadas porque são aceites como verdades de forma inconsciente, mesmo que cause lesão ou sofrimento. ITATION PUR10 \l 2070 (Purnell & Paulanka, 2010) Para Leininger, cultura, abrange os valores, as crenças, as normas e as práticas de vida, aprendidas, compartilhadas e transmitidas num grupo específico em que direciona os seus pensamentos, as decisões e as ações de forma padronizada. CITATION LEI02 \l 2070 (Leininger M. , 2002) A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define “*cultura como uma estrutura psicossocial, como tudo o que a pessoa tem de saber ou que tem de acreditar para agir de uma forma aceitável.*” CITATION Cla05 \p 46 \l 2070 (CIPE/ICNP, 2011, p. 46)

Após todas estas definições concluo, que cultura é a essência do ser humano, herdada e apreendida do seu meio envolvente, que se traduz expressamente nas suas atitudes, vivências em relação a si e ao outro.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, senão estiverem atentos à sua própria cultura e à dos outros, não poderão ter um conhecimento crítico sobre as intervenções a prestar. Os cuidados baseados nas dimensões biológicas dos seres humanos em relação aos problemas de saúde, o uso do bom senso e da competência técnica, com os quais consegue obter adesão aos tratamentos e aos cuidados de enfermagem, têm de ter como base os fatores culturais. Assumir que somos todos sujeitos de necessidades sem considerar contextos culturais diferentes, crenças e

valores próprios de cada grupo social resulta em prática deficiente. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem conhecer profundamente a cultura, os estilos de vida, hábitos, e rituais de vida de cada pessoa, família ou comunidade. Devem adquirir competência cultural relacionando-se com os saberes leigos dos utentes para melhorarem a prática de cuidados. Carapineiro diz que o ganho desses conhecimentos “*significa que o sistema de saúde pode ganhar visibilidade sociológica com estes saberes leigos e com diversidade de estratégias sociais a que estes saberes dão lugar.*” CITATION CAR06 | p 155 | 2070 (Carapineiro G. , 2006, p. 155) Isto é ainda mais importante e mais complexo quando coexistem barreiras linguísticas e assimetrias sociais. Reconhece-se assim, a importância da procura doutros referenciais, para além dos biológicos, no sentido de dar resposta a intervenções de adesão, de tratamento e de cuidados, profundamente enleados com a *cultura*, ou seja, com os estilos de vida, as crenças e valores, com os rituais de vida, das pessoas e das famílias. As características humanas em presença de outro são: agir, interagir, expressar sociabilidade, de forma espontânea ou organizada, ou as duas. Assim a Antropologia ajuda a explicar a *culturalidade*, enquanto a Sociologia se debruça sobre a vida social humana, dos grupos e sociedades. CITATION GID93 | 2070 (Giddens, 1993) Podemos observar que diversos estudos em Enfermagem retratam que o exercício profissional tem vivenciado exigências de inovações teórico-práticas. Tais exigências resultam da disseminação globalizante dos processos de desenvolvimento económico, social, político e cultural, que dita as formas de agir em saúde. Nesse horizonte, a abordagem cultural procura contribuir no processo de (re) significação, ou seja, dirige o foco para o capital humano na sua globalidade. Entretanto, apesar dos esforços constatados nessas produções científicas, percebemos que os profissionais da área de saúde ainda permanecem enclausurados numa visão pragmática, norteada sob a égide do paradigma funcionalista. Na perspectiva paradigmática pós-moderna, em que o processo de construção - desconstrução - reconstrução é dinâmico, urge assim a socialização de uma consciência de novas formas de saber-fazer em enfermagem, que viabilize a (co) responsabilização nos processos de mudança na saúde. CITATION MarcadorPosição227 | 2070 (Leininger & McFarland, 2006) CITATION PUR10 | 2070 (Purnell & Paulanka, 2010)

Existem muitas culturas em que o cuidador/enfermeiro por desconhecimento pode originar conflitos ao utente. Por exemplo, para certas culturas, alguns dos orifícios do corpo (olhos, nariz, boca) são muitas vezes vistos como portas ou pontos de entrada de espíritos bons ou maus. Ter esse conhecimento é muito importante no cuidar pois, leva a pensar qual será a percepção de um utente quando se efetua uma entubação ou se administra um injetável, que causa contacto direto com o interior do corpo. Quais são as implicações disto na forma como cada um sente a recuperação da sua saúde? CITATION MarcadorPosição10 | 2070 (Wilson,A., 2003) CITATION God07 | 2070 (Godinho, 2007)

No ponto de vista da medicina tradicional estas medidas podem ser vitais; para o utente, podem ser experienciadas como um atentado à sua vida. O sangue em muitas

sociedades é considerado como “sagrado” ou o “espírito da vida.” Numa percepção cultural diferente pode resultar num gradual mas progressivo enfraquecimento do corpo porque os “espíritos da vida” estão a ser drenados do corpo juntamente com o sangue. A transfusão de sangue pode causar problemas semelhantes, pois segundo algumas culturas permite que espíritos estranhos invadam o corpo, alterando a pessoa, a personalidade levando muitas vezes a perda de identidade e problemas psicológicos e mentais. CITATION GEE89 \l 2070 (Geertz, 1989) CITATION MarcadorPosição11 \l 2070 (Wilson,A., 2003) CITATION FE04 \l 2070 (Fennely, 2004) CITATION Mcc06 \l 2070 (McCullen & Luborsky, 2006) CITATION Lop07 \l 2070 (Lopes L. , 2007) CITATION PUR10 \l 2070 (Purnell & Paulanka, 2010) CITATION CHA12 \l 2070 (Chaves, 2012)

As diferentes concepções do corpo, que estão também relacionadas com o espírito e com a alma, ganham um significado cada vez maior, numa sociedade cada vez mais pluricultural em que a enfermagem tem como por excelência cuidar a primazia fulcral do corpo do ser humano que cuida numa visão holística.

Certas práticas resistem melhor à aculturação, como destacou Ramos, nomeadamente as práticas mágico-religiosas. Estas constituem um meio de proteção contra a angústia e “estranheza” da situação migratória. CITATION RAM93 \l 2070 (Ramos N. , 1993) ITATION MarcadorPosição15 \l 2070 (Ramos N. , 2006)

A procura do médico tradicional e do vidente, não é uma contradição, mas antes uma tentativa combinada para ganhar vantagem das possibilidades conhecidas e disponíveis. Na perspetiva da enfermagem transcultural significa, que é necessário um conhecimento extensivo por parte dos enfermeiros para terem capacidade analítica, serem capazes de se separar das percepções do seu sistema de saúde e de irem na procura do outro. Muitas vezes, os problemas podem ser resolvidos comunicando através de uma forma cuidada com os utentes.

A enfermagem transcultural procura a essência da enfermagem que se aplica em todos os contextos culturais. Como considera Leininger ser um ramo da enfermagem, teórico e prático em que faz uma análise comparativa das diferentes culturas e subculturas com “*a finalidade de usar estes conhecimentos de modo a prestar cuidados de enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com os seus valores culturais no contexto de saúde-doença.*” CITATION LEI93 \l 2070 (Leininger M. , 1993, p. 112) CITATION MarcadorPosição19 \l 2070 (Leininger M. , 2013)

Luna e Cameron defendem a teoria de Leininger, afirmando que a Enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidados transculturais, sendo a “*única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma maneira significativa, congruente, respeitando os valores culturais e estilo de vida.*” ITATION Lun \l 2070 (Luna & Cameron, 2005, p. 38)

A cultura neste contexto traduz-se em ações e comportamentos do ser humano que têm um lugar, na medida em que as crenças de cada ser humano influenciam a sua saúde. Hoje com a imigração, os profissionais de enfermagem são frequentemente confrontados com a doença ou distresse destes grupos. Distresse este provocado pelo atravessar fronteiras geográficas, culturais, interpessoais, económicas e o próprio distanciamento dos seus entes queridos. Confrontar uma sociedade com diferentes valores e tradições coloca as capacidades destes migrantes à prova drasticamente.

A cultura acompanha-nos permanentemente, determinando a nossa forma de ver o mundo. Esta é moldada continuamente pelo percurso de cada um, sendo também fruto da influência da comunidade. É uma acumulação de experiências humanas transmitidas por um grupo que transforma o indivíduo para uma determinada forma de vida. CITATION Lei68 \l 2070 (Leininger M. , 1968) (Purnell & Paulanka, 2010)

Gualda e Hoga traduziram os conceitos de Leininger com o objetivo de facilitar a compreensão do conjunto de elementos que compõem a sua teoria, em que consideraram como Cultura, os Valores, as Crenças, as normas de comportamento e as práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e ações dos elementos pertencentes ao grupo. O modo como os indivíduos percebem o seu mundo e universo, e como inserem a sua perspetiva de vida é a sua Visão de Mundo. Como Estrutura Social consideram como um processo dinâmico e de natureza interdependente, compreendendo elementos estruturais ou organizacionais da sociedade e o modo como esses interatuam e funcionam. Incluem o sistema religioso, familiar, político, económico, educacional, tecnológico e cultural, delimitados pelo contexto linguístico e ambiental. ITATION GUA73 \l 2070 (Gualda & Hoga, 1992)

Gualda e Hoga acreditam que a teoria transcultural de Leininger é capaz “*de prever e explicar os padrões de cuidado humano das diversas culturas, bem como possibilitar a identificação de valores, crenças e práticas populares pelos profissionais de enfermagem.*” ITATION GUA73 \p 22 \l 2070 (Gualda & Hoga, 1992, p. 22) Acreditam ainda que por meio deste conhecimento, as decisões e ações de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos.

Na análise da abordagem Cultural de Enfermagem, existem três formas de atuação: Preservação Cultural do Cuidado, em que preserva ou mantém os hábitos favoráveis de cuidados e de saúde; Acomodação Cultural do Cuidado, que utiliza formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida aos indivíduos a quem presta cuidados; Reestruturação Cultural do Cuidado utiliza modelos reconstruídos ou alterados para auxiliar o indivíduo a mudar os seus padrões de saúde ou de vida, de forma a torná-los significativos ou congruentes para si próprio. ITATION GUA73 \l 2070 (Gualda & Hoga, 1992) Leininger diz-nos que os pressupostos

básicos da enfermagem transcultural desafiam a Enfermagem a descobrir em profundidade o fenómeno do cuidado, em que “*o ato e processo de cuidar são essenciais para o desenvolvimento humano, crescimento e sobrevivência*” a forma de expressão, o processo e o modelo é que varia entre as culturas e acentua que “*cada situação de cuidado de enfermagem tem comportamento no cuidado transcultural, necessidades e implicações;*” diz mais que o cuidado é: “... *a essência e unificação intelectual e dimensão prática do profissional de enfermagem;* tem como sentido prover um cuidado holístico. Refere que quando o conhecimento de comportamento de cuidado transcultural está presente, quer na forma, quer no processo, tem potencial para revolucionar a prática diária da enfermagem. Para tal o profissional de enfermagem tem de conhecer os valores culturais, as crenças e práticas de cuidados aos utentes que cuida. Tem que reconhecer e aceitar que a essência do cuidado é diferente das características essenciais do cuidado e dos comportamentos de cura e que “*não existe cura sem cuidado, mas pode existir cuidado sem cura.*” CITATION LEI13 \l 3 \l 2070 (Leininger M. , 1981, p. 3)

A cultura é um processo dinâmico, que está em permanente mutação. Esta evolução resulta dos próprios indivíduos que estão em constante crescimento e desenvolvimento, trazendo, dessa forma, novas formas de agir e de pensar, com valores e tradições diferentes. Esta interação permite uma maior capacidade de enfrentar novas situações e um desenvolvimento da capacidade de raciocínio e de destreza.

A cultura como um conjunto de experiências, crenças e valores, passa a ser um campo ativo de luta e contestação. No processo de aculturação, interagem uma variedade de fatores, como a natureza do movimento migratório, o *status* socioeconómico, as ideias de suporte social e de receptividade da cultura de acolhimento, como moderadoras no processo. CITATION BER98 \l 2070 (Berry, 1998) CITATION SAR64 \l 2070 (Sarriera, 2003) ITATION Fre07 \l 2070 (Freitas, 2007) .

O imigrante é um estrangeiro que vem com a intenção de residir no país de acolhimento, estimulado por um ideal, ou por uma necessidade. Após a chegada ao país da sua escolha, o imigrante passa por um grau de incertezas que provoca uma enorme tensão entre o empenho para uma rápida adaptação sociocultural e a preservação da identidade com o seu país de origem. “O choque cultural” sentido pelo imigrante durante a fase de inserção deve-se entre outros fatores, ao facto deste período ser de aprendizagem de novos significados e habilidades. CITATION BAG04 \l 2070 (Baganha, Marques, & Gois, 2004) ITATION VER05 \l 2070 (Serranito & Santana, 2005) CITATION JEX06 \l 2070 (Sousa J. , 2006) CITATION FON07 \l 2070 (Fonseca & Gorai, 2007) CITATION Pap08 \l 2070 (Papademetriou, 2008) CITATION Mar10 \l 2070 (Gois, 2010)

O conhecimento de um grupo migrante por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, não se limita ao estudo da sua comunidade de origem e da sociedade de acolhimento. É imprescindível a referência aos seus

trajetos migratórios, ricos em experiências e condicionantes da sua integração e das estratégias identitárias desenvolvidas. É todo um percurso, uma vida que é necessário conhecer para poder analisar os comportamentos e as ações que o migrante desenvolve e que adquire como suas. O intercâmbio de pessoas entre os diferentes países, com diferentes crenças, costumes e ideologias, é enriquecedor e inovador, mas por vezes não é aceite. Esta aproximação multicultural pode criar dificuldades de integração na cultura pois um determinado pressuposto poderá ser bem aceite por uma determinada comunidade mas pode ser até mesmo repudiado por outra. CITATION MON07 \l 2070 \m Rosoa (Monsma, 2007; Rosário & Santos, 2008) (Giddens, 2010)

O desenvolvimento do ser humano está ligado à cultura e à saúde. É impossível falar destes três aspetos de uma forma isolada e independente. Esta tríade encontra-se intimamente relacionada, orientada e influenciada por cada uma das suas conceções e contribui para a afirmação do indivíduo como membro de um grupo, de uma sociedade, do mundo com uma identidade única e inimitável.

2.2 O cuidar na globalização

O conceito de cuidar é transversal a toda a história da Enfermagem, assumindo-se como o elemento permanente sem o qual a própria Enfermagem não existe. (Lopes N. M., 2001) (Martins, 2003) (Collière M. , 2003) CITATION VEI06 \l 2070 (Veiga, 2006) CITATION AND08 \l 2070 (Andrade L. , 2008)

Os enfermeiros no seu quotidiano contactam com diversas culturas existindo uma necessidade de adaptação destes para que o cuidar por eles desenvolvido seja eficiente, com ganhos para ambas as partes, uma melhoria da situação de saúde por parte da pessoa que é cuidada e a aquisição de conhecimentos novos sobre a cultura em que se desenrola o processo de cuidados por parte do cuidador. Esta afirmação é corroborada por Margarida Vieira, que nos diz que o enfermeiro é membro de uma equipa, que planeia, executa e avalia cuidados autónomos e que se deve afirmar pelo saber, formação e experiência, o que lhe permite compreender e respeitar os outros, numa perspetiva multicultural, sem efetuar juízos de valor relativamente ao utente a quem presta cuidados de Enfermagem. CITATION Vie07 \l 2070 (Vieira M. , 2009)

Como temos verificado na prática, a centralidade do processo de cuidar efetua-se considerando quatro conceitos básicos estruturantes: a pessoa alvo dos cuidados, o ambiente que a envolve, as crenças de saúde e de doença porque se rege e em que acredita e o cuidado de enfermagem de que necessita. CITATION MEL07 \l 2070 (Meleis A. , 2007)

O cuidar na multiculturalidade revela-se como um desafio para a enfermagem devido à situação mundial de mobilidade humana e à globalização. Este fenómeno não foi esquecido pelas teóricas de enfermagem, que abordam este tema dando-lhe significativa importância.

Como disciplina envolveu numerosos teóricos de enfermagem que, de uma maneira exaustiva, demonstraram que esta prática não engloba apenas a prestação de técnicas invasivas ou procedimentos técnicos, mas também o envolvimento do “eu” prestador que se “envolve” também como pessoa e não apenas como técnico. O campo da competência da enfermagem, ou seja o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se numa tríade que tem como ponto de impacto a pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, e mesmo aos que o cercam e ao seu meio. CITATION COL85 \l 2070 (Collière M. F., 1999) (Ramos N. , 2009)

Collière dá ênfase ao contexto da situação de saúde, que faz divergir o tipo de cuidados adaptados a cada um. No processo de cuidados surge então a dimensão holística do homem, em que o seu meio, a sua cultura e as suas crenças são importantes para a qualidade dos processos de cuidados. Ainda para a mesma autora, o processo de cuidados tem de ter uma abordagem antropobiológica, isto é, diz respeito ao homem inserido no seu meio, composto por todas as espécies de laços simbólicos, por isso, a abordagem antropológica parece ser a forma mais adaptada para descobrir as pessoas tratadas e tornar significativas as informações que transportam. CITATION MarcadorPosição21 \l 2070 (Collière M. F., 1999)

Começa então a ter muita importância, qual o contexto sócio antropológico que o indivíduo tem, para que o processo de cuidados possa ser adaptado às suas necessidades, não somente vitais, mas também humanas. Leininger afirma que “*culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo.*” Leininger diz-nos ainda que cuidar é “*...essencialmente fornecer apoio, conforto, segurança e ajuda ao paciente*” e é transcultural porque apela à valorização das crenças que influenciam a forma como se manifestam as necessidades de cuidados. Na atualidade com a globalização, ela refere que “*a nossa sociedade é multicultural e devemos saber quais são as concepções de vida ou de morte para essas pessoas e ajustar os nossos procedimentos a essas realidades para que possamos criar uma relação terapêutica.*” CITATION MarcadorPosição22 \p 210 \l 2070 (Leininger M. , 1985, p. 210)

A Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural reconhece a diversidade cultural como sendo um “património comum da humanidade” e permite-nos comparar o conceito de diversidade cultural com o de biodiversidade. Os sistemas ecológicos mantêm-se e desenvolvem-se precisamente por causa da variação nos seus elementos. A perda de um implica transformações que são muitas vezes catastróficas para todos os outros. Do mesmo modo, a diversidade cultural é aquilo que tem contribuído ao longo dos séculos para a permanência, evolução e viabilidade das culturas. CITATION UNE01 \l 2070 (UNESCO, 2001)

A interação entre culturas é o que denominamos interculturalidade, favorece o convívio e a integração assente numa relação baseada no respeito pela diversidade e

no enriquecimento mútuo. O significado de “Interculturalidade” tem uma forte relação com a educação. Está ligada aos fenômenos da globalização, da migração e das minorias. Podemos considerar a interculturalidade como um desafio lançado pela globalização com implicações étnicas e culturais. A Identidade, a homogeneidade e a diversidade são os eixos definidores da interculturalidade, e tem na educação e nas instituições e nos profissionais os meios do seu desenvolvimento. Os principais valores são a paz, a cidadania, os direitos humanos, a igualdade, a tolerância e a educação multicultural. Como valores sociais, pretende-se que sejam de integração, equitativos, justos, responsáveis e solidários, de modo a manter as diferenças sem subalternizar, nem usar a intolerância. A interculturalidade está para além do materialismo político-económico. É então uma globalização de valores, de cultura, de formação, de identidades e de cidadania plena. CITATION int \l 2070 (Infopédia, 2003-2012)

A multiculturalidade existente na atual sociedade leva à formação de subculturas. Bolander refere subcultura como o que é vivido por um grupo mais pequeno dentro de uma cultura. As subculturas têm, assim, diferentes formas de viver a vida, distinguindo-as da cultura dominante. ITATION BOL98 \l 2070 (Bolander, 1998) Este é um fenómeno que persiste nos grupos migrantes, nomeadamente nos imigrantes ucranianos. CITATION BAG04 \l 2070 (Baganha, Marques, & Gois, 2004) ITATION G6i07 \l 2070 (Góis & Marques, 2007)

Nas multiculturas, os enfermeiros têm de obter conhecimentos sobre as concepções de vida, de pessoas e de comunidade, têm de compreender qual o contexto em que a pessoa está inserida para poder desenvolver o seu processo de cuidados. Esta aprendizagem provoca um crescimento contínuo como pessoa e, muitas vezes, perante as situações de saúde de evolução rápida, questionamo-nos sobre os valores espirituais e de como estes influenciam muitas vezes a nossa vida.

No entanto, também é importante no processo de cuidados, o estado do “eu” do enfermeiro. E Watson diz que para sabermos se se estamos a cuidar, além de se observar o que se faz é preciso sentirmos as intenções de quem cuida, é necessário observarmos se o outro está a crescer. Se não houver crescimento não existe o cuidar. Só podemos perceber o outro quando o cuidador se percebe a si mesmo. CITATION WAT021 \l 2070 (Watson J. , 2002)

A nossa postura e o nosso otimismo podem ser facilitadores deste processo, mas o negativismo, a arrogância e a distância criada em relação às pessoas pode ser dificultador. Cuidar é dar-mo-nos como pessoas.

A enfermagem como ciência teve necessidade de redefinir os seus conceitos no contexto de globalização de acordo com a evolução histórica, filosófica, política, económica, cultural, social, espiritual.

No modelo conceptual de Leininger emerge o Paradigma de Transformação que explica as correntes de pensamentos ou orientações filosóficas da disciplina de enfermagem. A corrente de pensamento é orientada para abertura para o mundo. Este reconhecimento atenua o choque cultural existente entre o enfermeiro e o utente. E como conceção da teoria do cuidado transcultural, ou seja a *Escola de Caring* (Escola de Cuidado Humano), cujos conceitos chave assentam, no cuidar, na relação transpessoal, nos fatores do cuidado, da cultura, da diversidade e universalidade do cuidado. São várias as teóricas que protagonizam esta escola, tais como: Jean Watson que destaca as dimensões da Espiritualidade; Leininger a dimensão Cultural como uma forma de melhoria da prática dos cuidados de enfermagem; Meleis que, através do seu quadro conceptual assenta nas transições. Todas elas desenvolveram investigações que aprofundam as vivências da diversidade cultural e a forma como estas têm influência na saúde.

Leininger observou e identificou a falta de conhecimento e a dificuldade por parte das enfermeiras em diagnosticar e planificar as intervenções, com crianças de diferentes culturas. Foi na Antropologia que encontrou as respostas satisfatórias e desenvolveu a sua teoria de cuidados culturais. Para ela, a pessoa deve ser considerada como ser único, cujas múltiplas dimensões formam uma unidade, indissociável do seu universo, da sua bagagem cultural, da sua família e grupos culturais.

A abordagem proposta por Leininger para cuidado cultural permite descobrir o transcendente, o espiritual e o simbólico relacionado com o cuidar, em que tem de haver diálogo, abertura para o conhecimento das crenças e valores dos utentes, de forma que os comportamentos dos profissionais de saúde não impliquem uma imposição cultural. CITATION LEI91 \l 2070 (Leininger M. , 1991) Os profissionais devem ter presente os valores, as crenças e os modos de vida padronizados dos indivíduos, apreendidos de forma subjetiva e objetiva, e ao serem transmitidos auxiliam, sustentam, facilitam ou habilitam um indivíduo ou grupo, a manter o seu bem-estar, a saúde, ou melhorar a sua condição humana, e o seu modo de vida mas também lidar com a doença, com a deficiência ou mesmo a morte. A autora refere que “*O cuidado cultural é a forma de melhorar a condição humana, o modo de vida ou lidar com a doença ou morte tendo por base a cultura de pertença. Pode ter que ser mantido (preservação) adaptado (ajustamento) ou alterado com base nos saberes profissionais (repadronização).*” CITATION MarcadorPosição23 \p 23 \l 2070 (Leininger M. , 1985, p. 23)

Após esta reflexão podemos dizer que o cuidar e os cuidados são atividades de apoio para a melhoria da qualidade de vida e para a preparação da morte do ser humano enquadrada em cada cultura.

O atendimento profissional é marcado pelo conjunto de formações, de conhecimentos teóricos e práticas do saber da disciplina da Enfermagem. Ao

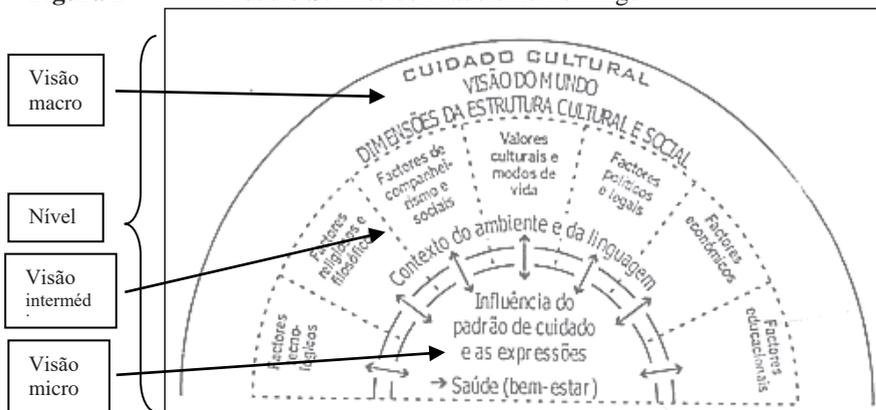
profissional cabe a responsabilidade de tomar as decisões sustentadas cientificamente e ajustadas aos valores culturais, modos de vida do indivíduo, ou seja a um cuidado cultural congruente.

A Enfermagem terá ações culturalmente congruentes e benéficas quando os valores culturais dos utentes forem a ferramenta usada adequadamente pelo profissional. O enfermeiro deverá desenvolver perspectivas culturalmente sustentadas em três tipos de cuidado cultural: conservação e manutenção; ajustamento e negociação; e por último repadronização e reestruturação.

Leininger define ainda alguns conceitos importantes como a diversidade, a universalidade do cuidado cultural e, ou contexto ambiental. A diversidade do cuidado cultural define como variedade e ou diferença que existe nos significados, modelos, modos de vida ou símbolos relacionados com a assistência, dentro de uma comunidade ou entre grupos humanos distintos, com a finalidade de ajudar, apoiar ou facilitar medidas assistenciais dirigidas às pessoas. A universalidade do cuidado cultural abrange os significados, os padrões, os valores, os modos de vida ou símbolos comuns, similares ou predominantemente uniformes de cuidados, que se manifestam em muitas culturas e refletem as formas assistenciais, que apoiam, facilitam ou capacitam o auxílio às pessoas. O contexto ambiental define como a totalidade de um evento, situação ou experiência particular que dá significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais em ambientes físicos, ecológicos, sociopolíticos e ou culturais determinados. ^{CITATION LEI91 \1 2070} (Leininger M. , 1991)

Entre os modelos desenvolvidos por Leininger, destaca-se o “Sunrise”, desenhado em 1970, consiste num guia cognitivo, que auxilia na compreensão, sobre como, os componentes da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural podem influenciar a saúde. ^{CITATION LEI91 \1 2070} (Leininger M. , 1991) Este modelo simboliza o nascer do sol, no sentido de auxiliar a análise do significado do cuidado para diversas culturas. Considera a operacionalização da teoria e da pesquisa e orienta para o estudo da diversidade e universalidade do ato de cuidar. Distingue níveis de abstração e análise, assim como a abordagem metodológica na geração de conhecimento básico e aplicado. (Figura 1)

Figura 1 Modelo Sunrise de Madeleine Leininger



Fonte: Adaptado de Leininger (Leininger M. , 1985)

A porção superior do círculo mostra os componentes interdependentes da estrutura social e os fatores da visão do mundo que influenciam o cuidado e a saúde, por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores influenciam o sistema de saúde, compostos pelo sistema popular, profissional e o de enfermagem que se encontram na parte inferior do modelo. As porções superiores e inferiores descrevem um sol completo que corresponde ao universo; este precisa ser explorado pela enfermagem para que conheçam o cuidado humano e sua relação com a saúde.

À esquerda do diagrama estão dispostos os diversos níveis de abstração e análise do cuidado: macro, médio e micro referem-se à abrangência do estudo do cuidado. Níveis de abstração e análise são classificados em I, II, III, IV, correspondendo o nível I ao de maior abstração e o nível IV ao de menor.

O nível I abrange o sistema social e a percepção do mundo, que direciona o estudo das percepções do mundo para fora da cultura. Este nível leva ao estudo da natureza,

do significado e dos atributos do cuidado a partir de três perspectivas, em que os valores e a estrutura social poderiam estar incluídos em cada uma das perspectivas. Visão macro onde se estudam os fenômenos em culturas diversas, procurando-se uma visão global das dimensões estruturais, culturais e sociais.

O sexo, a raça, a idade, visão do mundo e história estão integrados na estrutura social. A visão intermédia focaliza fatores complexos dirigidos a uma cultura específica, tais como os tecnológicos, filosóficos, religiosos, de companheirismo, sociais, valores culturais e modos de vida econômicos, educacionais, políticos e legais. A visão micro estuda os indivíduos numa cultura, considerando-se as influências dos fatores da perspectiva intermédia, os padrões de cuidado e expressões do seu bem-estar.

No nível II, são estudados o cuidado e a saúde, e incluem os indivíduos, famílias e culturas no contexto de um sistema de saúde, em busca de seus significados e de suas expressões, relativos ao cuidado e à saúde próprios daquela cultura específica.

No nível III são estudados os sistemas profissionais e populares, na procura de características e aspetos específicos de cada sistema, com a finalidade de serem determinadas as áreas de semelhança e diferença daquela cultura em relação a outra de acordo com a diversidade e universalidade cultural do cuidado.

No nível IV é utilizado para que seja desenvolvido um tipo de cuidado de enfermagem congruente com as culturas e por estas valorizado, é o nível das decisões e ações do cuidado cultural e envolve três modos de ação: preservação e manutenção, acomodação e negociação e repadronização e reestruturação. É neste nível que a implementação dos cuidados de enfermagem ocorre. A aplicação do modelo permite que os cuidados sejam culturalmente congruentes.

As características de Enfermagem têm de acompanhar as características culturais de saúde, ter tanto de universal como de diversificada.

O conhecimento dos traços culturais do utente implica, neste modelo, possibilidades acrescidas de melhor intervenção, reduzindo o choque cultural, à imposição cultural e facilitando a comunicação.

A globalização do mundo em que vivemos exige que os enfermeiros desenvolvam um processo de competências culturais, que lhes permita prestarem cuidados de enfermagem com maior qualidade. É perante esta realidade que Madeleine Leininger, pioneira na transculturalidade, assume através da sua teoria, uma importância fulcral na atualidade, nos cuidados de enfermagem transculturais.

As transições efetuadas pelos migrantes num país que não o próprio, podem transformar esse processo em episódios dolorosos pela falta de suporte cultural e social, pois não permite aos imigrantes responderem de forma ajustada, devido a

fatores diversos, tais como situação económica precária, desconhecimento dos direitos sociais existentes, a barreiras linguística e a legalização, falta de apoio espiritual. A mobilidade envolve a separação da família, incertezas, gastos, o que origina a precaridade em vários níveis. (Ferreira, 1999) (Machado, 2007)

A dimensão espiritual faz parte do ser humano, da vida e da força interna e deve ser mobilizada no momento de cuidado. A Teoria do Cuidado Transpessoal propõe o crescimento e a modificação do ser humano através de um contínuo processo de vir-a-ser, que é influenciado pela autenticidade e pela consciência dos envolvidos no momento de cuidado. Também realça a importância da expressão de sentimentos positivos e negativos, pois ao serem levados em conta na prática do cuidado, permitem uma melhor atuação na promoção e manutenção da saúde do ser cuidado, uma vez que a partir do seu reconhecimento melhor se entenderá o comportamento do outro.

Watson aponta para dez elementos de cuidado que são: Praticar o amor, a gentileza compreendendo-se a arte humana de enfermagem como um dar e receber, crescer e receber por toda uma vida; ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado. O enfermeiro a partir do seu marco de referência, ao conectar-se com o outro honra-o e considera-o, envolvendo-se de alma e espírito de forma a fortalecer a pessoa cuidada diante das diversidades da vida; cultivar práticas próprias espirituais e do “eu transpessoal,” ultrapassando o próprio ego. O enfermeiro ao agir de forma sensível, mais consciente transcende na relação, não permitindo que as diferenças (crenças e, valores morais) se tornem obstáculo e assegure o respeito à individualidade da pessoa cuidada; desenvolva e mantenha a relação de ajuda, de confiança no cuidado autêntico. A interação deve promover a aceitação do outro, sem julgamentos, utilizando nessa relação a compatibilidade e a empatia; ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com o seu próprio espírito e o da pessoa cuidada, ajuda-se a pessoa a reconstituir-se e a encontrar-se, através do seu próprio sentir e a partir de sua história; usar criativamente todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, envolvendo-se em práticas de cuidado de reconstituição. Ao cuidar com todo o conhecimento, consciência, sensibilidade, saber estético, artístico, cuida-se de forma autêntica e genuína; Envolver-se em experiência genuína de ensino-aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro, o enfermeiro proporciona informação e alternativas de forma que o utente adquira o máximo de controlo sobre a sua saúde e se cuide de si mesmo; criar um ambiente de reconstituição (*healing*), a todos os níveis, subtil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados. Pensar no enfermeiro como vários campos de energia que afetam o utente, que oferece comodidade, intimidade, segurança, ambiente limpo e estético; ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente- espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os

aspectos do cuidado. O enfermeiro deve desenvolver o cuidado de forma que as necessidades de ordem inferior (de sobrevivência) e superior (psicossociais) sejam percebidas, atendidas e valorizadas igualmente. O ser humano é mais que físico, é matéria e espírito, emoções e pensamentos, é a unidade entre mente, corpo, espírito e ao tocar-se num indivíduo toca-se na unidade; dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da, do ser cuidado. O enfermeiro deve compreender-se antes de cuidar do outro nas situações difíceis (separação, solidão, morte), e deve reconhecer que, no modelo de saúde, não há respostas para tudo, que há fenómenos insondáveis, não se pode controlar e compreender tudo. (Watson J. , 1985)

Watson entende o ser humano como pessoa em busca da satisfação das suas necessidades biopsicossociais e espirituais, em constante desenvolvimento, modificando-se e modificando os outros e o meio. O ser humano necessita ser cuidado acima de qualquer preconceito, como ser único que, por meio de um cuidado efetivo e afetivo, pode alcançar a sua reintegração, consigo, com o outro e com a sociedade. Para a autora o ser humano é visto como maior do que a soma das suas partes e diferente delas. Descreve-o como um ser espiritual magnífico, que transcende, pois vai além do físico e da matéria. (Watson J. , 1985) Stamm diz que quando cuidamos, “*Cuidamos de um corpo que não é só corpo, cuidamos de uma mente que não é só mente.*” (Stamm, 2000, p. 52)

O ambiente como espaço de relações influencia o ser humano de acordo com os valores, crenças e os conceitos que ele adquiriu na sociedade, e é influenciado por ele, no intuito de resolver suas questões e satisfazer as suas necessidades biopsicossociais e espirituais. Talento e Watson reforçam que o ambiente social afeta a sociedade pois esta oferece valores que determinam a maneira como alguém deve comportar-se, as metas pelas quais deve lutar e esses valores são afetados por mudanças sociais, culturais e espirituais que afetam a percepção das pessoas. (Talento & Watson, 1993)

Na enfermagem, o enfermeiro partilha com o utente as necessidades que emergem dele, no momento, transcendendo, equipara a sua humanidade com a humanidade do outro, imbuído de um nível mais alto de comprometimento moral e usa a sua criatividade, sensibilidade, intuição e empatia, com o intuito de o conduzir, o utente, à recomposição e reconstrução.

Neste contexto, Watson refere que enfermagem é “...*uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde-doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano.*” (Watson J. , 1985, p. 54)

A enfermagem tem como objetivo oferecer aos ser humano as melhores condições, a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável, já nos dizia Nightingale. (Nightingale, 1859)

Ao utilizar o modelo Sunrise, o enfermeiro tem de estar recetivo a diferentes culturas e modalidades de cuidado, transcendendo o modelo profissional formado, para obter uma competência cultural necessária para ir ao encontro do imigrante e aplicar a arte terapêutica. Watson refere que o enfermeiro deve utilizar diversas ferramentas como: o toque terapêutico; o humor; o uso de imagens (visualização); a música; as viagens expressivas; o movimento; as massagens; o relaxamento, as terapias com animais de estimação, a dança, os fóruns educacionais e que essa maturidade associada à integração do passado com o presente e o futuro, provoca uma transformação de si mesmo e dos que são servidos, incluindo as instituições e a profissão. A autora acrescenta que à medida que a enfermeira reafirma publicamente e profissionalmente as posições sobre as suas teorias, a sua ética, e suas práticas e, até mesmo, a sua ciência, também se localiza e localiza a sua profissão e disciplina, numa nova e emergente cosmologia, que clama pelo senso de reverência e sacralidade em relação à vida e a todas as coisas vivas. (Watson J. , 2003)

Podemos então dizer que o cuidado é inerente ao ser humano e, sem ele, o ser desestrutura-se de maneira a atingir a morte, sendo entendido então como possibilitador da existência humana. Boff, refere que “*cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato [...] uma atitude fundamental, de um modo de ser, mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude.*” (Boff, 1999, p. 91)

Essa relação profissional de cuidado deverá acontecer de forma transpessoal, ou seja, os processos de cuidado devem estender-se além do “eu”, e assim atingirem conexões mais profundas com o outro, como a dimensão espiritual, incentivando atitudes de fé e esperança, de forma criativa e sensível, através de uma relação de ajuda, criando um ambiente harmonioso que possibilite ao utente tornar-se independente desse cuidado e que torne oportuno a sua reconstituição. (Watson J. , 2003)

Lacerda refere que “*a maneira como cada enfermeira presta seus cuidados, como acredita no que faz, como se coloca nesta ação, como demonstra este fazer para aquele com quem realiza este cuidado, utilizando-se das mais variadas formas de expressão, provoca uma relação transpessoal, com começo, meio e fim.*” (Lacerda, 1996, p. 29)

Segundo o autor o processo de cuidar é composto por quatro fases. Que ocorrem de forma dinâmica.

A Fase 1 – Contato Inicial: caracteriza-se pelos primeiros contactos entre enfermeira, utente e família. Surge o momento de descobrir ambas as partes que podem ou não

completar-se. Este é o momento em que é considerada a história de vida de cada um, ocorre uma descoberta, e cada um deixa-se vislumbrar pelo outro. “*É aquele trocar de olhar, aquele querer e ao mesmo tempo temer mostrar-se, mas, seguindo sempre a sua intuição, e ser verdadeiro.*”

A Fase 2 – Aproximação: aqui a “*relação já evoluiu, os sentimentos, as palavras, o toque, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados, o enfermeiro e o utente movimentam-se para a união.*”

A Fase 3 – Encontro transpessoal: nesta fase, “*a relação entre dois, transcende cada um. O enfermeiro, o utente e a família tornam-se num só.*”

A Fase 4 – Separação: é a fase da maturidade da enfermeira, utente e família “*em que as conotações das partes modificam-se e elas encontram-se regeneradas e enriquecidas com conhecimento, força e energia para enfrentar a vida: o utente e a família, nas suas condições de saúde-doença ou morte; e o enfermeiro, mediante uma nova compreensão da vida, com seus momentos preciosos de cuidado.*” (Lacerda, 1996, p. 33)

Todavia, a autora salienta que essa separação pode também ocorrer de forma abrupta, sem que tenha havido transformação, às vezes, por recuo do utente, outras, por ser necessário uma melhor preparação por parte do enfermeiro e do utente, ou por necessidade de suporte de outro profissional.

De acordo com Watson “*... a enfermeira envolvida neste modelo de cuidado precisa compartilhar crenças..., precisa ainda de estar interessada na sua própria evolução, em expandir a consciência e as ações de cuidado consigo....*” A autora refere que é necessário recorrermos ao eu espiritual para ajudar a compreender e ajudar o outro de forma efetiva e afetiva, por meio do cuidado transpessoal. (Watson J. , 2003)

O imigrante quando chega ao país de acolhimento sente-se desprovido, do seu “eu”, tudo é desconhecido. Se não domina a língua, a dificuldade aumenta, e se praticava atividades religiosas no seu país, sente um enorme vazio, sente-se despido de tudo. Sem estes apoios a integração é efetuada com maior dificuldade.

Perante esta temática, é evidente que a questão da transculturalidade dos cuidados de saúde é imensamente pertinente na atualidade de Portugal, que face aos novos surtos migratórios e aos diversos problemas emergentes de dificuldades de adaptação e de aceitação, interferem significativamente com a saúde das populações migrantes. Até o imigrante se sentir como um elemento de pertença no país de acolhimento, passa por enorme sofrimento, alterando muitas vezes o seu equilíbrio de saúde. Travelbee (Travelbee, 1971) chamou a atenção para a necessidade de esperança como elemento capital no alívio do sofrimento humano. O sofrimento abrange todas

as dimensões do ser humano (física, psicológica, espiritual) e pode ser desencadeado por aspetos interiores ou exteriores à pessoa. É uma experiência pessoal, complexa, percebida como profundamente negativa, aparece acompanhada de alterações físicas, cognitivas, afetivas, sociais e espirituais. (Rodgers, 1998)

O sofrimento pode resultar de situações de doença pode ser desencadeado quer pela patologia quer pelo tratamento, quer pela dificuldade ao seu acesso.

O sofrimento é um sentimento incómodo, que varia entre um desconforto transitório (mental, físico ou espiritual) e uma angústia extrema, podendo evoluir para desespero profundo acompanhado de negligência para consigo ou mesmo para situações de indiferença e apatia. O sofrimento que se manifesta por ansiedade, fadiga, depressão, isolamento, incapacidade, culpa, desconforto físico, medo, incerteza, solidão, dor, é assumido como uma ameaça à integridade da pessoa e torna o indivíduo consciente da sua vulnerabilidade, aprisionando-o no desespero. As saudades da família e do país natal e as dificuldades com a língua, provoca sofrimento levando muitas vezes ao suicídio. (Gameiro, 1999) (Monteiro A. , 2006) (Tamsma & Berman, 2004) (Oppedal, 2004) (Silva & Martinho, 2007) (Carrasco, 2007)

Na nossa trajetória profissional, deparamo-nos por vezes com algumas situações que só inserindo o domínio espiritual nos permite ajudar o utente a ultrapassar certos obstáculos de doença. E quando os enfermeiros se referem à espiritualidade da pessoa, aludem a muito mais do que às práticas religiosas. E nesta perspetiva Jean Watson diz que *“Os enfermeiros prestam cuidados espirituais...sempre que atendem ao cuidado da alma: o crescimento espiritual do que é cuidado e do que está a ser cuidado... numa visão espiritual para a Humanidade...este aspeto incorpora uma dimensão metafísica e espiritual que transcende o tempo, o espaço e o materialismo.”* (Watson J. , 2002, p. 16)

Os enfermeiros deverão considerar a forma como os doentes experimentam e compreendem subjetivamente a doença para que possam tornar eficaz a sua intervenção. (Mello, 2005) Uma abordagem holística, multidimensional, que contemple processos emocionais, comportamentais e sociais em que o cuidar *“... pode ser demonstrado e praticado de modo muito eficaz, interpessoal e transpessoal.”* (Watson J. , 2002, p. 103)

Os utentes nem sempre estão conscientes, sabem ou desejam manifestar problemas relacionados com as necessidades espirituais. Os enfermeiros têm que ter sensibilidade e perceber quando o doente não pretende manifestar com ele as suas necessidades e providenciar recursos para que ele possa expressar ou comunicar com os outros os seus problemas espirituais. Pois numa sociedade multicultural a natureza espiritual de cada pessoa é expressa por crenças religiosas e filosóficas e as práticas diferem substancialmente, dependendo da raça, do género, do estatuto social, da religião, da etnia e da experiência de cada um, e o ambiente onde o

migrante está envolvido molda e pode desenvolver ou prejudicar a sua espiritualidade. Os enfermeiros deverão conhecer os vários sistemas de crenças, da pessoa de quem cuida, da comunidade onde presta cuidados e assim compreender a interpretação que o utente faz deles. Estes são alguns dos pressupostos preconizados por Taylor. (Taylor E. J., 2002)

Sabemos que existem diferenças culturais no ser humano e estas relacionam-se com a interação social entre enfermeiros e utente. O enfermeiro deve manter um espírito aberto nas estruturas onde pratica os cuidados, pois é na sua acessibilidade que faz a diferença para aqueles que precisam dele. (Leininger M. , 1991) Segundo Neves “*A rápida transformação da nossa sociedade moderna, mediatizada e multicultural, exige que os enfermeiros se formem cada vez mais para a interculturalidade e mundialidade e se dispam definitivamente de etnocentrismos, na abertura à diversidade das pessoas, doentes, utentes que delegam neles o cuidar.*” (Neves, 1999, p. 21)

Nesta perspetiva, os aspetos da saúde e doença são determinados pelos utentes, na medida em que os cuidados de enfermagem são definidos pela cultura, exigindo um conhecimento cultural dos indivíduos a que se quer prestar assistência.

Alexander verifica que os pressupostos de Leininger orientam o cuidado de enfermagem centrado na cultura, na medida em que esta orienta o comportamento das pessoas e molda as nossas respostas às diversas situações durante a nossa vida. Através da cultura, podemos interpretar as formas como as pessoas experimentam o cuidado de enfermagem, mas também comparar com as suas práticas gerais de saúde e doença. Enfatiza que os “*atos de enfermagem são transculturais e exigem por parte dos enfermeiros a utilização e identificação dos dados do sistema intercultural enfermeiro-paciente.*” Refere ainda que a prática dos cuidados varia consoante os valores, as crenças e a estrutura social, e que é essa identificação que é essencial para o avanço do corpo de conhecimentos da enfermagem e do cuidado em geral. “*A administração de cuidados é uma prática com profundas raízes culturais e requer, portanto, um conhecimento de base cultural além de suficiente captação para a sua eficaz aplicação.*” (Alexander, 1989, p. 130)

O paradigma da transculturalidade tem influenciado a enfermagem e o cuidar tem sido discutido nas suas múltiplas dimensões. As enfermeiras veem as pessoas como seres totais, integrados numa família, com um passado e um futuro, com as suas crenças, cultura e valores que influenciam as suas experiências de saúde e doença.

Leininger cunhou o termo *enfermagem transcultural*, a qual considera ser diferente da antropologia médica e disciplinas afins, por estar focalizada em diferentes culturas, no cuidado cultural, nos fenómenos da saúde e da enfermagem. (Leininger M. , 1993)

2.3 Cultura, valores e crenças

A cultura é um dos pontos-chave na compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir.

Segundo Motta e Caldas a “*cultura é um conceito antropológico e sociológico que comporta múltiplas definições. Para alguns, a cultura é a forma pela qual uma comunidade satisfaz as suas necessidades materiais e psicossociais. Para outros, a cultura é a adaptação em si, é a forma pela qual uma comunidade define seu perfil em função da necessidade de adaptação ao meio ambiente.*” (Motta & Caldas, 2000, p. 16)

Nesta definição de cultura está presente a ideia de sobrevivência, mas está igualmente implícita a noção de ambiente como contexto para a procura de sobrevivência e crescimento.

A cultura é o produto objetivado do trabalho subjetivo dos indivíduos, ou seja, é um produto social realizado nos símbolos, rituais, relacionamentos, hábitos, valores, discursos, ideias, conhecimentos do ser humano. Todavia, as manifestações culturais somente serão compreendidas quando contextualizadas, considerando a história, a percepção e a interpretação desses indivíduos. É pela e na cultura que os indivíduos percebem a realidade social e é por ela também que constroem o significado para as suas vidas. (Jermier, 1991)

A cultura, com as suas peculiaridades, integra os indivíduos de determinado contexto por meio dos significados construídos, compartilhados socialmente e aprendidos ao longo do processo histórico, dando um sentido às ações e orientação no tempo e espaço. A cultura fornece um referencial que permite aos indivíduos dar um sentido ao mundo em que vivem e às suas próprias ações.

Aktouf considera a cultura como “*algo muito vasto, muito importante, inscrita profundamente nas estruturas sociais, na história, no inconsciente, na experiência vivida e no vir a ser coletivo humano.*” (Aktouf, 1994, p. 47) Percebe-se, nesse conceito, que o autor considera que há uma interdependência entre os fatores: história, estrutura social, condições de vida e experiências subjetivas dos indivíduos. Nesse sentido a cultura dá identidade a um grupo social, que, por sua vez, cria e recria a sua realidade, modificando e transformando a sua cultura.

A cultura é evidenciada na história e na linguagem de um grupo e é comunicada por meio de várias manifestações como os ritos de passagem, usados quando um indivíduo entra ou sai de um grupo; os ritos de integração usados para construírem vínculos entre os membros de um grupo; ritos de intensificação, usados para motivarem a adesão do indivíduo às normas e valores.

Hall considera que a cultura possui três características: “*não é inata, e sim aprendida; suas distintas facetas estão interrelacionadas; ela é compartilhada e de fato determina os limites dos distintos grupos. A cultura é o meio de comunicação do homem.*” (Hall, 1982, p. 41)

Depois de analisar todas estas definições, podemos dizer que a cultura é uma coleção de crenças, expectativas, valores partilhados pelos membros de um grupo por meio de códigos e transmitidos de geração em geração. Os indivíduos criam normas, regras de conduta, que definem os comportamentos aceitáveis. Mitos e rituais, muitas vezes implícitos, que emergem ao longo do tempo, reforçam certas normas ou valores e explicam por que razão, um dado aspeto da cultura é tão importante.

Hofstede defende que cultura exerce: “*uma abrangência e profundidade, na vida dos indivíduos, é a programação mental dos indivíduos é particularmente única e parcialmente compartilhada com outros.*” Refere ainda que podem distinguir três níveis de programas mentais, o nível universal que é o mais básico e, compartilhado por todos, ou quase todos e que inclui uma grande extensão de comportamentos expressivos tais como rir, chorar e comportamentos associativos e agressivos. O nível coletivo que é compartilhado com algumas, mas não com todas as pessoas, tais como a linguagem, a deferência mostrada pelos mais velhos, a distância física mantida de outras pessoas, modo como percebemos as atividades de vida. E o nível Individual que é único em termos de programação humana que fornece uma larga variedade de comportamentos alternativos dentro da mesma cultura. (Hofstede, 1980, p. 16)

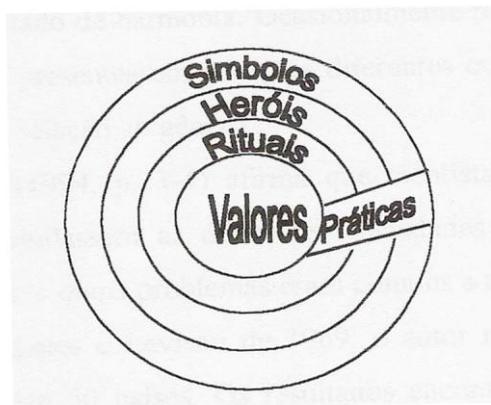
Portanto podemos dizer que os programas mentais podem ser herdados ou aprendidos após o nascimento. Dentre os três níveis de programas mentais apresentados, o nível *universal* é totalmente herdado. Ele faz parte do código genético comum a todo indivíduo. No nível *individual*, uma parte da programação é herdada. Torna-se, por exemplo, difícil explicar as diferenças quanto a compatibilidades e temperamentos entre crianças dos mesmos pais, criadas em ambientes iguais. No nível *coletivo*, grande parte do programa mental, ou o programa completo, chega ao indivíduo por meio da aprendizagem compartilhada com pessoas que passaram pelo mesmo processo de aprendizagem, sendo, portanto, uma programação mental. A cultura é, nessa visão, aprendida no ambiente social.

Hofstede esclarece que “*o comportamento dos indivíduos é apenas parcialmente pré-determinado pelo programa mental, pois têm habilidade básica para se desviarem dele, e reagir de modo criativo, novo, destrutivo ou inesperado.*” (Hofstede, 1994, p. 4)

A cultura, nesse sentido, inclui sistemas de valores, e são esses sistemas que compõem o seu núcleo. “Ao estudar ‘valores’ nós comparamos indivíduos; ao estudar ‘cultura’ nós comparamos sociedades.” (Hofstede, 1980, p. 28)

De acordo com Hofstede, as diferentes manifestações culturais podem ser vistas por meio de quatro fatores: *símbolos, heróis, rituais e valores*. (Figura 2)

Figura 2 Diagrama das diferentes manifestações de cultura



Fonte: Hofstede (Hofstede, 1994, p.110)

Os heróis são pessoas vivas ou mortas, reais ou imaginárias, que possuem características que são altamente valorizadas na cultura e servem como modelos para o comportamento. Os rituais são atividades coletivas, tecnicamente supérfluas no atingimento de um objetivo, mas dentro da cultura são considerados socialmente essenciais. Eles são cumpridos, portanto, para perpetuação da cultura. Os valores significam largas tendências de preferências a certos estados de coisas sobre outros. (Hofstede, 1994, p.110)

A cultura e os valores estão presentes em toda interação social e influenciam o modo como os indivíduos selecionam, interpretam, processam e usam a informação. A cultura vem expressar os valores e as crenças que os membros desse grupo partilham. Tais valores manifestam-se por meio de símbolos, como mitos, rituais, histórias, lendas e uma linguagem especializada, orientando os indivíduos de uma referida cultura na forma de pensar, agir e tomar decisões. O indivíduo é essencialmente um ser de cultura.

Schwartz e Ros concebem os valores culturais como “ideias abstratas compartilhadas sobre o que é bom, desejável e correto numa sociedade ou num grupo cultural determinado.” (148 p. 93)

Tamayo e Schwartz definem que o conceito de valores possui uma dimensão motivacional como definidores de “*princípios transituacionais organizados hierarquicamente, relativos a estados de existência ou modelos de comportamento desejáveis, que orientam a vida do indivíduo e expressam interesses individuais, coletivos ou mistos.*” (Schwartz & Ross, 1995, p. 93)

Os valores, vistos sob essa dimensão, exercem uma função mobilizadora e orientadora do comportamento humano. Alguns autores afirmam haver um consenso em relação às cinco características de definições de valores: 1) um valor é uma crença; 2) relativo a um estado fim ou modo de conduta desejável; 3) transcende situações específicas; 4) guia a seleção ou avaliação de comportamento, pessoas e eventos; e 5) é ordenado pela importância relativa a outros valores, para formar um sistema de valores prioritários. (Schwartz & Bilskys, 1990) (Schwartz S. , 1994) A importância que as pessoas dão a certos valores, em detrimento de outros, influencia a maneira pela qual elas percebem a realidade social e consideram que os valores são a força que dominam a vida humana, pois influenciam na percepção da realidade e nas atitudes. (Allport, 1955) (Rokeach, 1973) (Schwartz S. H., 1992) (Torres, 2001)

Rokeach definiu o conceito de valor como sendo “*uma crença duradoura... um sistema de valores é uma organização duradoura de crenças em relação a modos de conduta preferíveis ou estados finais de existência ao longo de um contínuo de importância relativa.*” (155 p. 5) Afirma ainda que os valores são poucos e gerais, o mesmo valor pode ativar comportamentos e julgamentos em várias situações e transcendem situações específicas, gera condutas para atingir determinados objetivos ambicionados. (Rokeach, 1981)

Dentro deste pensamento, Torres considera que “*a atitude refere-se a um determinado objeto, mas a crença estende-se à informação de que uma pessoa dispõe acerca do objeto, ou seja, enquanto as atitudes se direcionam a um objeto específico, os valores são mais gerais e abstratos.*” (Torres, 2001, p. 541)

A partir daqui Rokeach atesta que o comportamento do indivíduo depende dos seus valores, em determinadas situações. Logo, quando o indivíduo dá ênfase aos valores sociais, estes serão priorizados e os valores pessoais sofrerão uma baixa na sua importância. Mas quando é um valor pessoal que tem uma preferência maior, todos os outros valores pessoais serão mais importantes que os valores sociais. (Rokeach, 1973)

Outros autores, baseados no estudo de Rokeach, formularam a sua teoria dos valores, em que partiram do pressuposto de que a existência do homem se baseia em três necessidades universais: necessidade dos indivíduos como organismo biológico; necessidade de coordenação nas interações sociais e necessidade de sobrevivência e bem-estar do grupo. Maslow ao apresentar sua hierarquia das necessidades, não distinguiu o valor de necessidade, porém deixou claro que as necessidades

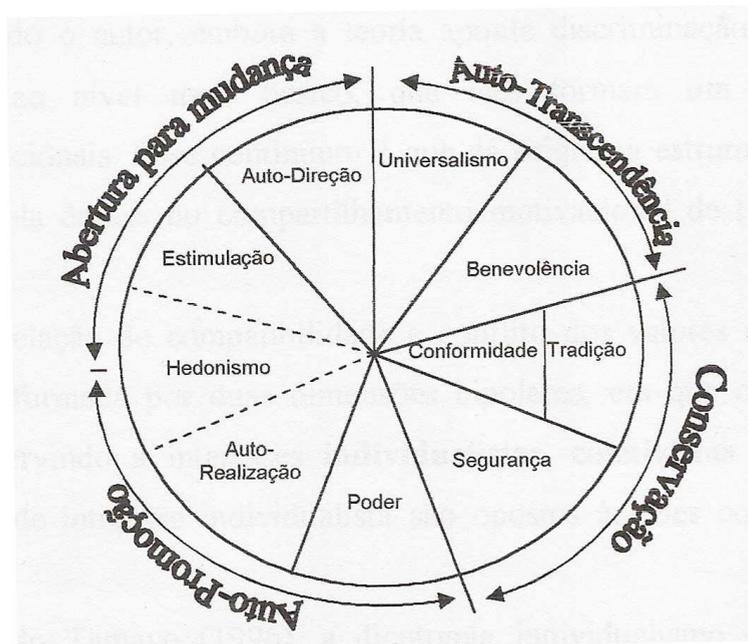
influenciam o comportamento humano. Ressaltou que, à proporção que o ser humano satisfaz uma necessidade básica, surgem outras mais elevadas no comportamento do indivíduo. Dessas necessidades universais derivam as definições para os domínios motivacionais de valores. (Schwartz S. , 1987) (Schwartz & Bilskys, 1990)

Dessa forma, podem-se perceber as semelhanças entre os modelos de Maslow e Schwartz e Bilsky ao construírem os seus domínios motivacionais de valores com base nas necessidades universais.(Maslow A. K., 1954) (Schwartz & Bilskys, 1990)

De acordo com Tamayo e Schwartz, a procura concomitante por tipos de valores motivacionais que pertencem a uma mesma área contígua é possível, porque esses valores estão a serviço de um mesmo interesse e possuem objetivos harmoniosos.

Os tipos motivacionais da dimensão *autopromoção* têm como valores o poder e a autorrealização, sendo que o poder é a procura de *status* social e prestígio, controlo ou domínio sobre pessoas e recursos materiais; e a autorealização é a procura de sucesso pessoal. (Figura 3)

Figura 3 Estrutura Bidimensional dos Tipos Motivacionais



Fonte: Schwartz (Tamayo & Schwartz, 1993)

Os tipos motivacionais da dimensão *Autotranscendência* têm como base os valores de filantropia e benevolência, sendo que a filantropia é a procura da compreensão, da tolerância, a procura do bem-estar de todas as pessoas e da preservação da natureza; e a benevolência é a procura do bem-estar das pessoas afetivamente mais próximas.

Os tipos motivacionais da dimensão *abertura à mudança* são formados pelos valores de autodireção, estimulação e hedonismo. A autodireção é a procura da independência de pensamento, ações, escolhas; a estimulação é a procura de excitação, de novidade e de mudança, e o hedonismo é a procura do sentimento de prazer e de gratificação com o próprio eu.

Os tipos motivacionais da dimensão *conservação* trazem como valores segurança, tradição e conformidade. A segurança é a procura da harmonia e estabilidade da sociedade, das relações interpessoais e do ego; a tradição é a procura dos sentimentos de respeito e a aceitação dos costumes e ideias da cultura e da religião, e a conformidade é a procura do controlo dos impulsos e das ações que sugerem transgressão das normas sociais.

Percebe-se que, na estrutura motivacional, os valores que servem os interesses individuais (poder, autorealização, hedonismo, estimulação e autodireção) formam uma região oposta aos tipos de valores que servem a interesses coletivos (benevolência, tradição e conformidade). Os tipos motivacionais, universalismo e segurança, servem a interesses mistos e estão localizados entre as regiões referentes aos interesses individuais e coletivos. (Schwartz S. H., 1994)

Podemos referir a título de exemplo, que tanto a *tradição*, quanto a *conformidade*, procuram a submissão a normas e a autocontrole. Por outro lado, a procura concomitante de tipos de valores situados em áreas opostas é conflituosa, porque estão ao serviço de interesses contrários. Assim, por exemplo, a preservação da estabilidade e das práticas tradicionais, presente nos valores do tipo *tradição*, é conflituosa com a procura de mudança e de novidade, que é o núcleo dos valores do tipo *estimulação*.

A crença é uma convicção íntima a respeito de algo ou alguém que não pode ser observado diretamente, mas pode ser igualmente deduzido através dos atos daquele que crê, ou seja, é algo percebido subjetivamente. É algo aceite como verdadeiro pelo julgamento da probabilidade, isto é, um julgamento, cujo componente intelectual é baseado mais na fé do que num facto. (Diniz & Rufino, 1996) (Scali & Ronzani, 2007)

As crenças são consideradas pensamentos e sentimentos, sobre algo ou alguém, que se apresentam em constante mudança no tempo e na história. São construídas na relação do indivíduo com o mundo que o cerca ou seja, é constituída no intercâmbio das relações que o sujeito estabelece com o seu ambiente interno e externo. Nesse sentido, podemos considerar que as crenças influenciam a relação do indivíduo com o mundo e com os outros, orientando e organizando suas condutas e atitudes. (Souza, 1997)

No universo da saúde, as crenças podem ser definidas como ideias, conceitos, convicções e atitudes tomadas pelos utentes que estão relacionadas à saúde ou doença e como estes fatores acabam por influir na qualidade de vida e na saúde dessas pessoas. (Theme, Szwarcwald, & Souza, 2003)

As crenças de uma pessoa sobre sua saúde ou doença devem ser reconhecidas e valorizadas, uma vez que interferem na qualidade de saúde de cada um e nas ações que são tomadas para melhoria do seu nível de saúde.

Segundo Rosenstock, vários fatores classificados como internos e externos, influenciam nas crenças dos doentes sobre sua doença. Os fatores internos incluem: fase evolutiva da vida das pessoas, nível intelectual, percepção do funcionamento do seu próprio corpo, bem como fatores emocionais e espirituais. Os externos são: os costumes familiares e da comunidade, fatores socioeconómico e cultural. Estes fatores estão intimamente relacionados, de tal forma, que se torna difícil estabelecer

limites de interferência de um e outro no estabelecimento das crenças. Este autor considera crenças em saúde de uma pessoa; o fruto de suas ideias, condições e atitudes sobre saúde e doença; podem ter como base informações ou desinformações, sendo comum numa dada comunidade ou família os mitos comuns, realidades vividas ou falsas concepções. (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994)

As doenças são percebidas sob diversos aspetos que podem despertar sentimentos de vários tipos e intensidade como culpa, vergonha ou medo. O grau de gravidade de uma dada condição de saúde ou doença pode ser julgado ou percebido pela estimulação emocional criada pela crença que se tem de uma doença, como também pelas dificuldades que o utente acredita que lhe serão criadas por determinada condição de saúde. As crenças do utente sobre a doença que o acometeu e a confiança que deposita nas pessoas que o orientam influênciam o processo de decisão.

É importante para o processo de decisão do utente que as crenças que tem acerca da saúde/doença que o acometeu, sejam respeitadas e obtenham a confiança que deposita nas pessoas que o orientam.

Assim, e na perspectiva de Ogden, os comportamentos ligados à saúde resultam de um conjunto de crenças centrais que têm vindo a ser redefinidas ao longo dos anos. Estas crenças, estruturais na vida do indivíduo, são princípios e valores que orientam a sua atuação e nas quais acredita veemente, isto é, que se encontram arraigadas, independentemente da sua veracidade (aos olhos do observador, porque aos olhos do indivíduo são sempre verdadeiras). Estas crenças individuais, fruto da sua própria história de vida, podem ser religiosas, espirituais, académicas, comunitárias ou estarem ligadas a qualquer vertente da dimensão humana. (Ogden, 1996)

Outra abordagem que contribui para compreender o comportamento das pessoas na área de saúde é a de Rosenstock, (Rosenstock I. , 1974) cujo modelo foi proposto por Becker. (Becker, 1974). Este modelo, conhecido como Modelo de Crenças em Saúde, inclui um forte componente de motivação e do mundo percetual do indivíduo. É uma teoria que não só tenta explicar um problema particular de saúde, mas que também pode ser adaptada a outros contextos de comportamento. (Lescura & Mamede, 1990)

As características iniciais do modelo supracitado, procuram prever ações e atitudes dos indivíduos em relação às doenças, tendo em vista quatro variáveis que são interdependentes:

“1) Suscetibilidade percebida - é a variável que avalia a aceitação da possibilidade de contrair uma determinada condição ou patologia. A ênfase é dada à realidade subjetiva e não a objetiva, explicada pelo fato de que as pessoas variam de forma acentuada na interpretação no que diz respeito a uma realidade objetiva;

2) Severidade percebida - essa variável diz respeito à percepção da seriedade de uma dada condição de saúde. O grau de seriedade pode ser julgado pelo grau de

estimulação emocional criado pelo pensamento de uma doença, pelos tipos de dificuldade que o indivíduo acredita que uma dada condição de saúde poderá criar para ele ou mesmo pelo simples conhecimento das complicações que aquela doença poderá trazer para a sua saúde e à qualidade de vida;

3) Benefícios percebidos - o comportamento do indivíduo dependerá ainda da crença de quão benéficas, para o seu caso, serão as alternativas para reduzir a ameaça à dada condição de saúde. Deve haver pelo menos uma ação que seja subjetivamente possível, seja ela relacionada à redução da suscetibilidade ou da severidade da doença;

4) Barreiras existentes - essa variável diz respeito aos aspetos negativos percebidos pelo indivíduo em relação às ações em saúde. Ele pode perceber essas ações como caras, inconvenientes, desagradáveis, dolorosas ou que exigem muito tempo disponível. Essas qualificações das ações se tornam barreiras e criam motivos conflitantes.” (Rosenstock I. , 1974, p. 330)

Quanto mais mudanças forem exigidas à rotina do utente, mais difícil será sua adesão. Por exemplo existe uma tendência de menor adesão à prescrição alimentar, por ser considerado o fator comportamental e social de mais difícil modificação. (Ferreira E. , 2001)

Portanto, as crenças tanto podem promover a saúde como influenciá-la negativamente. Existem formas diferentes de classificação para as crenças em saúde. Rokeach diferencia as crenças em cinco tipos:

“1) TIPO A - Crenças primitivas - consenso 100%,- são apreendidos pelo encontro direto com o objeto da crença, reforçadas por um consenso social unânime entre todas as referências de pessoas ou grupos. Representam as verdades básicas do indivíduo sobre a realidade física, social e a natureza do eu, não sendo sujeitas à discussão ou controvérsia” são tidas como verdades incontestáveis e são muito resistentes a mudanças por se acreditar nelas, crê-se que todos também acreditam;

“2) TIPO B - Crenças primitivas - consenso zero - diferem das anteriores pelo fato de que sua manutenção não depende do fato de ser compartilhada com outros: não há referência de grupos ou pessoas fora do eu que possam discutir tal crença” também são primitivas e resistentes à mudança, mas surgem de experiências pessoais e são independentes do consentimento da sociedade, podem ser crenças positivas em que as pessoas se sentem capazes, que levam a ter ambições e aspirações, ou crenças negativas, aquelas das quais as pessoas têm medo, levam às fobias, neuroses, ansiedade sobre o auto valor e autocompetência;

“3)TIPO C - Crenças de autoridade - são crenças inicialmente primitivas que se modificam a partir da expansão do sistema de crenças, desenvolvendo a parte não-primitiva deste. São crenças modificadas pela interação com o meio social, normalmente submetidas a uma autoridade consentida,” referem-se a autoridades em que as pessoas devem confiar, a grupos de referência, como a família, profissionais de saúde, professores e crenças religiosas ou seja as pessoas sentem

necessidade de obter de alguém de sua confiança a confirmação se algo é verdadeiro ou não;

“4)TIPO D - Crenças derivadas - são provenientes (ou derivadas) das crenças em determinadas autoridades. Exemplos dessas são as crenças ideológicas, originadas mais pela identificação com a autoridade - religiosa ou política - do que com o objeto da crença. Ainda estão neste grupo crenças obtidas através de fontes confiáveis, tais como jornais ou revistas” são aquelas com que as pessoas se identificam, estilos de vida, casamento, divórcio, que nos foram passadas por uma entidade em que confiamos e as quais aceitamos como verdades;

“5)TIPO E - Crenças inconsequentes - crenças que representam questões de gosto, são mais ou menos arbitrárias. Têm pouca ligação com as outras crenças e sua modificação não traz implicação para a organização do sistema de crenças do indivíduo”. Este modelo permite os profissionais avaliarem a força das crenças no sistema organizado pelo indivíduo, o que pode servir de base, caso deseje a modificação de determinada crença. O autor afirma que “ quanto mais a força se aproxima da crença primitiva de consenso 100%, mais imutável é, mas isso não é uma regra.” (Rosenstock I. , 1974, p. 332)

Podemos concluir que as crenças compartilhadas pela sociedade onde a pessoa está inserida raramente entram em discussão ou caem em controvérsia, são mantidas profundamente e são provavelmente mais resistentes à mudança que é o caso das crenças do TIPO A e B, as duas últimas D e E são mais suscetíveis à mudança (Bem, 1973) . (Rokeach, 1981)

A crença tanto pode ter carácter religioso como profano. Por vezes, é definida enquanto fé religiosa, outras vezes, como uma convicção que se pode situar noutros domínios que não o religioso e ainda, às vezes, simplesmente como crendice ou superstição. É preciso distinguir as diferenças entre religião e superstição. Ligados à religião estão as orações, ritos funerários, encomendação das almas, velórios, enterros, promessas (negociações). Ligadas à superstição estão rituais como bater na madeira, não passar debaixo de escadas, crenças mágicas entre outras.

O desenvolvimento da religião assumiu diferentes formas em diferentes culturas. Algumas religiões colocam a tónica na crença, enquanto outras enfatizam a prática. Algumas religiões focam na experiência religiosa subjetiva do indivíduo, enquanto outras consideram as atividades da comunidade religiosa como mais importantes. Algumas religiões afirmam serem *universais*, acreditando que as suas leis e cosmologia são válidas ou obrigatórias para todas as pessoas, enquanto, que outras se destinam a serem praticadas apenas por um grupo bem definido ou localizado. Em muitos lugares, a religião tem sido associada com instituições públicas, como educação, hospitais, família, governo e hierarquias políticas.

As práticas das crenças profanas embebem-se da percepção que têm do seu mundo, da existência, das suas representações da alma, da sua noção de pessoa. Os fatores

de identidade, a língua, a música e os comportamentos constituem fatores relevantes de identidade e cultura de um grupo. O patrimônio cultural de um grupo étnico comporta os elementos culturais mais tradicionais (a gastronomia, a literatura, a música, a dança), mas também os rituais profanos e religiosos que serão também reproduzidos em território de migração e reforçam a identidade étnica e a coesão do grupo.

É importante que o enfermeiro seja sensível às crenças e costumes das outras culturas, principalmente no que diz respeito às necessidades de cuidados de saúde. A cultura da família afeta a forma como ela procura os cuidados de saúde e cumpre as recomendações dos profissionais de cuidados de saúde.

Segundo a CIPE, “*Crença é uma atitude com as características específicas: opiniões, convicções e fé*”. Define a crença cultural como “*uma crença com as características específicas: convicção e disposição da pessoa para manter ou abandonar ações tendo em conta os valores da sua própria cultura*”. A crença religiosa como “*uma crença com as características específicas: convicção e disposição pessoal para manter ou abandonar ações tendo em conta a opinião e princípios religiosos próprios, fé religiosa que impregna, integra a transcendente a natureza biológica e psicossocial de cada um*”. E crença espiritual como “*uma crença com as características específicas: convicção e disposição pessoal para reter e abandonar ações tendo em conta os princípios de vida que impregna, integra o transcendente, a natureza biológica e psicossocial de cada um*”. (CIPE/ICNP, 2011, p. 47)

As práticas não convencionais de saúde, apesar de serem muitas vezes rejeitadas pela ciência e pela medicina tradicional, continuam a ser adotadas porque continuam a oferecer respostas às “maleitas” apresentadas e sofrimentos vivenciados em que o saber científico não conseguiu sufocar esses métodos. (Camacho, 2003)

O mais importante para os enfermeiros é descobrir o significado do cuidado cultural, as práticas de cuidado específicas de cada cultura e como os fatores culturais especialmente religião, política, economia, visão de mundo, ambiente, gênero dentre outros fatores, podem influenciar no cuidado ao ser humano.

A assistência oferecida por profissionais àqueles que procuram os seus cuidados necessita de se fundamentar numa abordagem mais ampla do indivíduo, o qual deve ser abordado como um sistema complexo de partes inter-relacionadas, focalizando, além dos problemas biológicos, seus valores culturais, sociais e suas necessidades psíquicas e emocionais. Crenças populares e recursos não convencionais utilizados na solução de problemas em geral como fatores extremamente ligados a aspetos socioculturais, devem ser considerados por isso como relevantes quando se avalia o indivíduo como um ser integral, pertencente a um processo histórico.

A religiosidade e os terapeutas populares adquirem um significado importante dentro do processo saúde-doença, pois oferecem, em muitos casos, respostas àquilo que é inexplicável dentro do modelo biomédico de assistência à saúde. A mudança de hábitos relacionados com a saúde entre os utilizadores de práticas populares é um processo difícil, porque estão arraigados a aspetos socioculturais, transmitidos entre diferentes gerações no seio familiar ou na comunidade. Os enfermeiros devem respeitar as tradições e opiniões para que se estabeleçam formas adequadas de assistência e o convívio saudável entre os saberes popular e científico.

Leininger considera que o fim último da sua teoria é usar os resultados dos dados do conhecimento para proporcionar um cuidado congruente (com os valores, crenças e práticas culturais), seguro e significativo para as pessoas de culturas diversas e similares. (Leininger M. , 2002) A partir desse prisma a teórica considera que existe uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar que precisa ser conhecida e compreendida para que a enfermagem possa assistir os utentes de maneira satisfatória e humanística. A sua utilização pode proporcionar diversos benefícios não só para a comunidade onde a teoria está a ser aplicada mas para a sociedade internacional como um todo. A partir dessa premissa Leininger tem defendido a tese de que conhecer, compreender e cuidar do outro a partir de sua realidade cultural é fundamental para o estabelecimento da harmonia e paz mundial.

Sarriera refere, que foram desenvolvidos modelos teórico-explicativos do fenómeno do interculturalismo, construídos instrumentos para avaliar as dificuldades ou o sucesso no processo de interação cultural, e desenvolvidas pesquisas sobre imigrantes na área psicossocial, da saúde, laboral, educacional e escolar. (Sarriera, E, 2000) (Sarriera, 2003)

A prática da enfermagem humanística está vinculada ao pensamento existencial. Para Meleis, o existencialismo considera o indivíduo como um ser único e a soma de todos os seus compromissos. Não pretende encontrar o porquê da experiência humana, mas antes descrevê-la. Enfatiza a liberdade de escolha do ser humano e a responsabilidade pelos seus atos. Refere ainda a importância dos valores pessoais, a congruência com valores sociais e significância social. Por ser a Enfermagem um processo entre pessoas, é fácil compreendê-la nas suas possibilidades de atuar conjuntamente, de influenciar e ser influenciada, com melhorias para ambas as partes do processo de convivência, no qual se inserem valores, preconceitos, mitos e expectativas das pessoas envolvidas. A relação interpessoal e o diálogo são essenciais e imprescindíveis para a efetivação do cuidado humanístico. Afirmo ainda que, para diagnosticar e tratar os imigrantes que estão doentes, temos de ser capazes de colocar a resposta dentro do contexto das suas vidas, caso contrário, a nossa compreensão e interpretação à doença será limitada. Daí a importância dos enfermeiros serem capazes de desenvolver competências culturais para dar resposta às necessidades dos imigrantes, em que a transição a partir de uma pátria para um novo lar envolve perdas materiais e psicossociais. (Meleis A. , 2007)

2.4 Competência cultural de enfermagem

A noção de competência relaciona-se com a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos, para fazer face a situações da prática profissional adquiridos através de saberes disciplinares e desenvolvidos ao longo da vida. (Le Boterf, 1995) (Le Boterf, 2005)

De acordo com Perrenoud, o conceito de competência fundamenta-se nos saberes, saber-fazer e atitudes, requerendo mobilização de conhecimentos pertinentes numa situação real e compreendendo situações complexas, enquanto, que a capacidade se reporta a uma operação específica dentro da competência. (Perrenoud, 1999)

Neste sentido, Le Boterf propõe uma lista de seis competências para as profissões complexas: saber agir com pertinência; saber mobilizar os saberes e conhecimentos no contexto profissional; saber combinar saberes múltiplos e heterogêneos; saber transferir (saber declarativo para experiencial); saber aprender a aprender e saber empenhar-se. (Le Boterf, 1995)

O novo paradigma da docência promove uma preocupação real com a eficácia, a eficiência e a qualidade da educação porque, por sua vez, a realidade nas escolas e universidades convive constantemente com diversas mudanças demográficas, económicas, políticas e culturais. Por estas razões questiona-se cada vez mais, o sistema educativo, as escolas, as relações destas com a comunidade, a inserção dos recém-formados no mercado de trabalho e a formação de cidadãos conscientes e participativos. (Costa A. F., 2002)

Mas podemos desenvolver competências culturais se o enfermeiro possuir certos conhecimentos, evitar fazer julgamentos sobre os comportamentos e práticas culturais; planear as intervenções de enfermagem de acordo com as diferenças culturais. Todas estas dificuldades fizeram com que diversas autoras se debruçassem nos cuidados transculturais.

A Ordem dos Enfermeiros, em 1998, definiu o Perfil de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, atualizadas em 2012. Em número de noventa e seis, surgem integradas em três domínios de intervenção: Prática profissional, ética e legal; Prestação e Gestão de cuidados e Desenvolvimento Profissional. O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas, família ou comunidade. Quer o enfermeiro, quer as pessoas que recebem os cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e anseios da natureza individual, consequência das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num

quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem. (OE, 2012)

Neste sentido a produção científica na área da Enfermagem está centrada na conceção de necessidades de saúde numa perspetiva objetiva do processo saúde-doença, centrada numa prática de enfermagem focada no cuidado cultural holístico, com respeito pelas diferenças, pelos valores, pelas crenças com o fim de proporcionar um cuidado de enfermagem que seja congruente sensível e culturalmente competente nas diversas culturas, como nos referencia Leininger. (Leininger & McFarland, 2006) (Rosa, Tocantins, & Nery, 2010)

Oliveira considera a resposta a estímulo de adaptação humana e as ações de enfermagem fundamentadas nas necessidades humanas básicas. “...*não basta criar um novo conhecimento é preciso que alguém se reconheça nele*”. Esta ideia justifica que a enfermagem amplie o seu olhar quanto às necessidades de saúde, para estabelecer uma relação entre as práticas de enfermagem e a satisfação das necessidades assistenciais nomeadamente com grupos culturalmente diferentes. (Oliveira D. , 2002a, p. 210)

O significado que é dado a “necessidades” é de *deficit* humano, falta de algo que pode ser superado pelos cuidados prestados por enfermeiros. (Powers, 2006) (Fortin J. , 2006) (Amar & Gueguen, 2007)

Poderá até dizer-se que as necessidades humanas não são universais mas dependem do contexto social em que a pessoa se encontra. Tem havido tendência, a nível dos serviços sociais em geral, incluindo os da saúde, para, numa perspetiva de listar os cuidados, tentar delimitá-los às necessidades humanas. (Maslow A. H., 1971)

As necessidades levantadas pelo enfermeiro quando efetua o diagnóstico de enfermagem permite planejar intervenções e a forma como o faz, analisando o possível grau de participação do utente, (processo de intervenção, terapêutica na pessoa, família e comunidade), mais do que as “necessidades”, qualquer que seja o conceito em que é utilizado o termo, defende-se que se relevem os recursos da pessoa e do contexto, a identificação da transição em que se encontra e as formas de olhar a pessoa como um ser complexo e total. Esta transição deve ser centrada no cidadão de acordo com o preconizado pelas Políticas Públicas de Saúde, a que se atribui relevância pela valorização do bem-estar da pessoa, numa perspetiva de qualidade de vida, individual e coletiva. (Meleis & Trangenstein, 1994) (Meleis A. , 2010) (Amendoeira, 2010)

Concordamos com os autores quando se referem à necessidade de os utentes serem cuidados, ultrapassando os modelos baseados nas necessidades, que compartimentam as pessoas em vez de as considerar na globalidade e num contexto determinado. (Watson J. , 1988) (Meleis A. , 2007)

As necessidades são dependentes do contexto e variam de pessoa para pessoa, e espera-se do enfermeiro que distinga as necessidades de cada utente relevantes no seu contexto espacial e temporal. (Holmes & Warelow, 1997) (Bastos & Rosa, 2009).

A imigração coloca pressões significativas nos prestadores de cuidados em que coloca à prova a sua competência cultural. Estes, além de manterem a sua própria identidade cultural, são confrontados com uma complexa tarefa de exercerem a sua função numa cultura distinta da sua cultura de origem. Giraud, neste âmbito, considera que “*O fator migratório não modifica fundamentalmente esse processo, mas confere-lhe uma ressonância particular pelo facto de as reorganizações se darem num contexto que não é só diferente do ponto de vista cultural, mas numa situação subjetiva de relativa desestabilização do sujeito.*” (Giraud & Moro, 2005, p. 204)

Mas aqui o que importa não é tanto o perfil de capacidades dos prestadores de cuidados mas os modos concretos que utiliza para mobilizar as suas capacidades para ações concretas. Salientam-se as qualidades pessoais, motivações, experiência e características comportamentais evidenciadas em determinados contextos. Os contextos da saúde tornam-se desafiadores na resposta a objetivos de *performance*. (Le Boterf, 2002) Para tal, é necessário mobilizar um conjunto de recursos internos e externos da pessoa, a constituição de um *habitus* do serviço e gerir uma multiplicidade de variáveis do contexto, onde o modo de agir do profissional caracteriza o seu nível de desempenho e a acomodação das aquisições das aprendizagens efetuadas.

No contexto dos cuidados, as competências para o cuidar em enfermagem são suportadas em saberes, na aprendizagem fundamentada na experiência para dar uma resposta e obter ganhos em saúde. Purnell debruça-se nessas aprendizagens, no conhecer das diversas culturas, valores e crenças e seguindo os passos de Leininger, elabora um modelo de competência cultural com doze domínios. A autora considera que todos os profissionais necessitam de muita informação sobre cultura com um marco teórico de um modelo centrado na cultura. (Purnell L. , 2002)(Purnell L. , 2005) (Purnell L. , 2009) (Purnell & Paulanka, 2010)

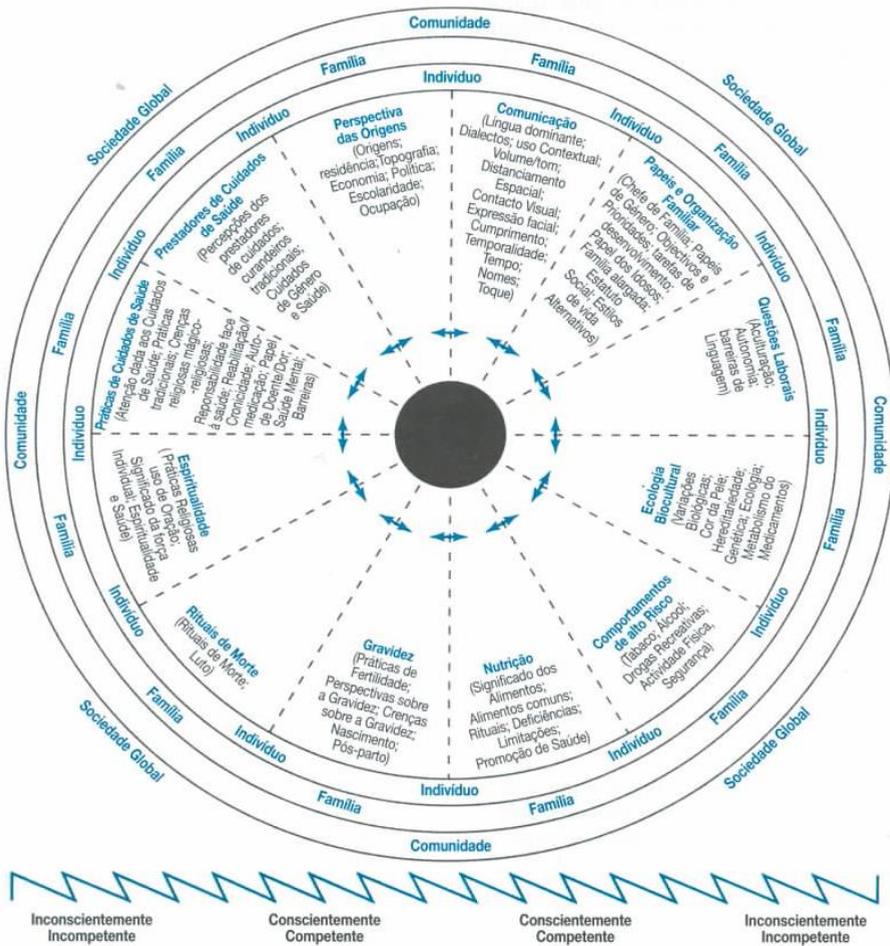
O modelo de competência de Purnell surgiu na década de 1990 para auxiliar o profissional de saúde na prestação de cuidado que favorecesse um ambiente para captar as crenças e valores presentes na sociedade. Assim a enfermagem no seu processo de cuidado visava um cuidar nos três aspetos da saúde: a primária, que visa a promoção da saúde, a secundária que envolve a prevenção e a proteção à saúde, e a terciária que incide na reabilitação por meio do multiculturalismo entre a relação profissional e utente.(Purnell L. , 2005) (Purnell L. , 2009)

Sendo assim, o modelo permite ao profissional de saúde conhecer as crenças e os valores de forma a não gerar interferência cultural, mas favorecendo o conhecimento das crenças e dos cuidados individuais dos utentes de maneira que na posse do histórico-cultural do utente, as intervenções possam ser delineadas para o aperfeiçoamento do cuidado. O modelo preza o respeito dos aspetos sociais e culturais dos dois interlocutores, do profissional e do indivíduo que necessita de cuidados, propõe a observação dos valores culturais para a efetivação de um cuidado integral para o restabelecimento da pessoa. Se os aspetos culturais não estão interligados às práticas de cuidado, o utente pode-se sentir desrespeitado pelo profissional que presta cuidados, originando a não adesão aos cuidados. (Purnell L. , 2005)

O modelo foca os aspetos *emic* e *etic* de acordo com as opiniões do utente, da família e da comunidade. O modelo pode ser usado nos cuidados de saúde primários e diferenciados. As características primárias abrangem nacionalidade, raça, género, cor da pele, idade e afiliação religiosa. As características secundárias focam o estado socioeconómico, o nível de educação, ocupação, o tempo de exercício, crenças políticas, residência urbana ou rural, estado civil, orientação sexual, tempo fora do país, razões da imigração, estado regular ou ilegal que culminam em características físicas. (Purnell L. , 2002) (Purnell L. , 2005) (Purnell L. , 2009) (Purnell & Paulanka, 2010)

No diagrama do Modelo, o círculo exterior representa a sociedade global (comunicação, política mundial, conflitos, guerras, ou seja, todos os acontecimentos que interferem na vida do indivíduo). (Figura 4)

Figura 4 Modelo Purnell de Competência Cultural



Características Primárias da Cultura: idade, geração, nacionalidade, raça, cor, género, religião.

Características Secundárias da Cultura: escolaridade; status sócio económico; status militar, crenças políticas, residência urbana versus rural, identidade do enclave, estado civil, características físicas, orientação sexual, questões de género, e razões da migração (visitante, imigrante, ausência de documentos).

Inconscientemente incompetente: não ter consciência da falta de conhecimento sobre outra cultura.

Conscientemente incompetente: ter consciência da ausência de conhecimento sobre outra cultura.

Conscientemente competente: aprender sobre a cultura do cliente, verificando as generalizações sobre a cultura do cliente, e oferecer intervenções culturalmente específicas.

Inconscientemente competente: oferecer automaticamente cuidados culturalmente congruentes a clientes de diversas culturas.

Fonte: Larry Purnell (Purnell & Paulanka, 2010)

A saúde neste modelo é definida como o bem-estar em relação aos aspetos biossociais, culturais e étnicos-culturais, levando em consideração a influência da globalização, da sociedade e dos familiares sobre o indivíduo. O segundo representa a comunidade (características físicas, sociais e simbólicas, que dá a identidade de um grupo), o terceiro círculo representa a família (duas ou mais pessoas que vivem em comum emocionalmente ou vivem em proximidade) e o interno representa a pessoa (é um ser biopsicossocial cultural e espiritual que está em constante adaptação à sua comunidade), o interior é dividido em 12 fatias – domínios culturais conceptuais. Este modelo foi delineado tendo por base disciplinas da área das humanidades e da saúde, assim como conceitos sobre o ambiente.

Os domínios apresentam setas bidirecionais as quais indicam que cada domínio conduz, afeta e é afetada pelos outros domínios, o centro do modelo, a parte escura, está vazio, pois representar aspetos desconhecidos sobre o grupo cultural. Por baixo do Modelo existe uma linha dentada que representa o conceito de cultura consciência, pois refere-se ao profissional de saúde. Estes doze domínios estão inter-relacionados e têm implicações para a saúde. A utilidade desta estrutura organizadora pode ser utilizada em qualquer contexto e comporta um raciocínio indutivo e dedutivo na análise dos domínios.

Um profissional ganha competência cultural quando obtém conhecimento e habilidades adicionais ao prestar cuidados a pessoas de culturas diversas.

De acordo com este modelo teórico, cabe aos profissionais de saúde, como prestadores de cuidados, assumirem o compromisso de compartilhar informações para o benefício daqueles que recebem cuidados, seja na prevenção primária, na secundária ou na terciária da assistência à saúde.

O Modelo de Competências Culturais de Purnell sustenta-se em teorias e pesquisas derivadas da administração, antropologia, anatomia, fisiologia, psicologia, história, linguística, nutrição, e situações práticas na enfermagem e na medicina. CITATION LPU61 \l 2070 (Purnell, 2001) (Purnell & Paulanka, 2010)

Os domínios apresentados por esta autora são:

Visão global - representa as localidades habitadas, a topografia, inclui conceitos relacionados com o país de origem, a residência atual, a economia, a política, e razões que levaram à emigração, o nível de escolaridade e a ocupação. Conhecer uma cultura implica familiarizar-se com o legado dos seus membros e compreender como a discriminação, o preconceito e a opressão influenciam os sistemas de valores e crenças da vida quotidiana. (Wilson,A., 2003) CITATION BAG04 \l 2070 (Baganha, Marques, & Gois, 2004) CITATION And06 \l 2070 (Andrade I. , 2006) CITATION ANE06 \l 2070 (Anes, 2006) CITATION Bar09 \l 2070 (Barros & Pereira, 2009) CITATION Mal11 \l 2070 (Malheiros J. , 2011) CITATION MMM11 \l 2070 (Mendes, 2011) Comunicação - está

inter-relacionada com todos os outros domínios e depende da competência da linguagem verbal e não-verbal, tais como a língua dominante e os dialetos, o tom e sentimentos, como o contacto visual, expressões faciais, o toque, o distanciamento, entre as pessoas próximas e fora do círculo conhecido. Padrões de comunicação cultural como as relações hierárquicas e crenças religiosas afetam a comunicação. CITATION Si196 \l 2070 (Silva M. , 1996) ITATION VTR99 \l 2070 (Traverso, 1999) CITATION AUD03 \l 2070 (Auderset & Nadot-Ghareem, 2003) CITATION Si105 \l 2070 (Silva M. , O, 2005) CITATION DIN06 \l 2070 (Dinarés, 2006) CITATION QUE06 \l 2070 (Querido, Salazar, & Neto, 2006)

Papéis e organização familiar - afetam os outros domínios e define as relações entre os membros do grupo e os estranhos. Conceitos relacionados com prioridades familiares, como o desenvolvimento das crianças e adolescentes, com o papel do idoso, estilos de vida alternativos. Disfunções familiares. Este domínio, surge em diversas investigações e estudos governamentais. CITATION PAL99 \l 2070 (Palma M. , 1999) ITATION Bri00 \l 2070 (Brito D. , 2000) ITATION OMS02 \l 2070 (OMS, 2002) ITATION MAR06 \l 2070 (Martins, 2003) ITATION Fon05 \l 2070 (Fonseca M. , 2005) CITATION SCH05 \l 2070 (Schraiber, 2005) CITATION CLA05 \l 2070 (Claya, 2005) ITATION MarcadorPosição1 \l 2070 (Dorothee & O` Sullivan, 2005) ITATION SIM06 \l 2070 (Simpson & Tarrant, 2006) ITATION Wol17 \l 2070 (Wolff, 2008) CITATION AND09 \l 2070 (Andrade C. , 2009) CITATION Man09 \l 2070 (Manita & Peixoto, 2009) ITATION OMS11 \l 2070 (OMS, 2011) CITATION Mar12 \l 2070 (Marques, Araújo, & Sá, 2012) ITATION DIR13 \l 2070 (DGS, 2013) ITATION Ros12 \l 2070 (Rosa M. , 2012)

Questões laborais – a cultura no local de trabalho, barreiras linguísticas, o grau de assimilação e de aculturação, e as questões relacionadas com a autonomia, diversidade e inclusão no grupo de trabalho e diferenças geracionais no mercado de trabalho. No âmbito das ciências sociais existem vários estudos que abordam aspetos de saúde. CITATION PAP03 \l 2070 (Papametriou, 2003) CITATION Hel04 \l 2070 (Hellermann, 2004) CITATION BAG04 \l 2070 (Baganha, Marques, & Gois, 2004) ITATION VER05 \l 2070 (Serranito & Santana, 2005) ITATION Pei06 \l 2070 (Peixoto J. , 2006) CITATION JEX06 \l 2070 (Sousa J. , 2006) CITATION Gó107 \l 2070 (Góis & Marques, 2007) CITATION Nie07 \l 2070 (Niessen, 2007) CITATION MarcadorPosição45 \l 2070 (Peixoto J. , 2008)

Ecologia biocultural - identifica as variações físicas biológicas, e fisiológicas específicas referentes às origens étnicas e raciais. A cor da pele, condições de doença e de saúde. Neste âmbito existem diversos estudos que podem ser consultados. CITATION Ber03 \l 2070 (Bernal, 2003) ITATION Ros031 \l 2070 (Farmhouse, 2003) ITATION MarcadorPosição46 \l 2070 (Carta B. , 2005) CITATION Pei05 \l 2070 (Peixoto S. A., 2005) CITATION God07 \l 2070 (Godinho, 2007) ITATION Fen07 \l 2070 (Fennely, 2007) ITATION Dia08 \l 2070 (Dias C. , 2008) CITATION Bac09 \l 2070 (Backstrom, 2009) ITATION Can10 \l 2070 (Canteiro & Martins, 2010) ITATION COS11 \l 2070 (Costa A. , 2011) CITATION Ana11 \l 2070 (Monteiro A. P., 2011) CITATION Alv12 \l 2070 (Alvarez, 2012)

Comportamentos de alto risco - incluem o consumo de tabaco, álcool ou drogas, ausência de atividade física, consumo excessivo de calorias, medidas de segurança e práticas de cuidados de saúde. CITATION Pon04 \l 2070 (Ponizovsky & Ritsner, 2004) CITATION Cor05 \l 2070 (Correia, 2005) ITATION OMS05 \l 2070 (OMS, 2005) CITATION Oka05 \l 2070 (Okasha, 2005) CITATION Paú05 \l 2070 (Paúl, 2005) CITATION Duc06 \l 2070 (Ducharme, 2006) CITATION Fig07 \l 2070 (Figueiredo, 2007) ITATION Dia08 \l 2070 (Dias C., 2008) ITATION Mir09 \l 2070 (Miranda, 2009) CITATION Pum11 \l 2070 (Pumariega, 2011)

Nutrição - engloba ingestão adequada de alimentos, o significado dos alimentos em termos culturais e rituais comuns, práticas dietéticas para a promoção da saúde, deficiências e limitações alimentares. CITATION Rod92 \l 2070 (Rodrigues & Moreira, 1992) ITATION Per94 \l 2070 (Peres, 1994) ITATION Per96 \l 2070 (Peres, 1996) CITATION Ayg09 \l 2070 (Aygemang, 2009) ITATION Ste99 \l 2070 (Stewart, 1999) ITATION MarcadorPosição47 \l 2070 (CNAN, 1999) ITATION Far04 \l 2070 (Faria & Carvalho, 2004)

Gravidez e práticas de nascimento - incluem as práticas de fertilidade e tabus relacionadas com a gravidez, práticas familiares e pontos de vista sobre a gravidez, práticas prescritivas, restritas e tabu na família onde vai nascer a criança. CITATION Bit95 \l 2070 (Bitar, 1995) CITATION MarcadorPosição48 \l 2070 (Ferreira, 1999) ITATION Alm00 \l 2070 (Almeida & Kantorsky, 2000) ITATION COL99 \l 2070 (Collière M. F., 2000) ITATION Cas03 \l 2070 (Castilho, 2003) CITATION Vau05 \l 2070 (Vaucher A.L.I., 2005) CITATION Gri09 \l 2070 (Grimal, 2009) ITATION SAN09 \l 2070 (Santiago, 2009) CITATION Vie09 \l 2070 (Vieira A. R., 2009) ITATION Can10 \l 2070 (Canteiro & Martins, 2010) CITATION Ram12 \l 2070 (Ramos F., 2012)

Rituais de morte - incluem como é que os indivíduos encaram a morte. Rituais e expectativas, reações à morte e ao luto. CITATION Ari00 \l 2070 (Ariés, 2000) ITATION Gon00 \l 2070 (Gonzalo, 2000) CITATION Abi01 \l 2070 (Abiven, 2001) CITATION Ree05 \l 2070 (Reesink, 2005) ITATION Dom03 \l 2070 (Domingues, 2012)

Espiritualidade implica mais do que as crenças religiosas formais, a religião dominante e a prática de oração, o significado de vida, as fontes de força individual, as crenças espirituais e as práticas dos cuidados de saúde. ITATION OMS01 \l 2070 (OMS, 2001) ITATION Mon10 \l 2070 (Monteiro A., 2010)

Prática de cuidados de saúde - inclui crenças tradicionais, mágico-religiosas e biomédicas, crenças e comportamentos de procura de cuidados de saúde, responsabilidade pelos cuidados de saúde, práticas populares e tradicionais, obstáculos aos cuidados de saúde, respostas culturais à saúde e doença e opiniões sobre transfusões e doação de órgãos. ITATION Gon03 \l 2070 (Gonçalves, 2003) ITATION MarcadorPosição13 \l 2070 (Ramos N., 2004) CITATION CMA05 \l 2070 (Margato, 2005) CITATION JEX06 \l 2070 (Sousa J., 2006) ITATION FER*1 \l 2070 (Fernandes, Pereira, & Blasques, 2007) ITATION Fer07 \l 2070 (Fernandes A., 2007) ITATION RAM07 \l 2070 (Ramos N., 2007) ITATION WHO08 \l 2070 (WHO, 2008) CITATION Bar09 \l 2070 (Barros & Pereira,

2009) ITATION Fon09 \ 2070 (Fonseca M. , 2009) ITATION Pez09 \ 2070 (Pezzoli, 2009)
 CITATION Wor09 \ 2070 (World, 2009) ITATION Obs10 \ 2070 (Observatório, 2010) ITATION
 WHO10 \ 2070 (WHO, 2010) CITATION MarcadorPosição17 \ 2070 (Sousa J. E., 2011)

Profissionais de saúde - incluem o *status*, o recurso e as percepções sobre os prestadores de cuidados de saúde tradicionais versus biomédico. ITATION PUR10 \ 2070 (Purnell & Paulanka, 2010) Estes conceitos são interpretados numa perspetiva ampla e não refletem particularidades nacionais, culturais, nem crenças étnicas e valores. Os profissionais de saúde necessitam de ajustar estes conceitos de acordo com a cultura do utente. CITATION Gua04 \ 2070 (Gualda D. , 2004) ITATION Ame06 \ 2070 (Amendoeira, D, 2006) CITATION MarcadorPosição16 \ 2070 (Lopes M. J., 2006) CITATION MAP07 \ 2070 (Pereira, 2007) ITATION MarcadorPosição50 \ 2070 (Fonseca M. , 2009) ITATION MarcadorPosição49 \ 2070 (Ramos N. , 2009) ITATION Ara13 \ 2070 (Araújo & Rego, 2013)

Este modelo permite avaliar, dentro da complexidade de culturas e grupos étnicos, os valores, as crenças, os estilos de vida e as práticas de indivíduos, famílias, e grupos com culturas diversas, o que ajuda a acreditar a competência cultural dos profissionais de saúde. ITATION CHA12 \ 2070 (Chaves, 2012)

O modelo preza pela aceitação e pelo respeito das diferenças, mantendo a individualidade do utente em relação às crenças próprias, para tal o profissional deve conhecer e entender o utente para conceber práticas de cuidados culturais, baseando-se na origem, no comportamento, nas crenças e nas atitudes dos utentes. ITATION PUR11 \ 2070 (Purnell, 2011)

No presente estudo utilizamos este modelo por considerarmos que os seus pressupostos são uma linha orientadora de análise às características fundamentais de uma cultura, em que a pessoa pode ser investigada como um ser social e cultural com todo o simbolismo transmitido culturalmente entre gerações, onde as crenças, os valores e as práticas se entrecruzam para a manutenção da saúde. ITATION HEL \ 2070 (Helman, 2009)

3 Portugal e o imigrante ucraniano

Neste capítulo procuramos reunir e analisar a informação publicada sobre o tema pertinente a este trabalho de investigação. Fazemos uma síntese das principais alusões históricas da Ucrânia para ajudar a compreender a população em estudo, assim como o desenvolvimento efetuado em Portugal no aspeto social, político e económico em relação ao acolhimento dos imigrantes ucranianos e tentamos efetuar uma reflexão às suas principais necessidades de saúde referenciadas por diversos estudiosos e políticos.

Lucinda Fonseca refere que “...em Portugal é recente a temática sobre saúde e imigração e que são raros os estudos epidemiológicos sobre este assunto. Além da

escassez de informação é também inconsistente nos processos de recolha de dados, assim como a sistematização.” ITATION FON10 | p 55 | \ 2070 (Fonseca & Silva, 2010, p. 55)

Um estudo sobre imigrantes russas revelou que as mulheres participantes sublinharam que a imigração não só lhes proporcionou um sentimento de maior independência, como aumentou a sua autoestima. ITATION Kul06 | \ 2070 (Kuliasova, 2006)

Monteiro referiu que os imigrantes oriundos da Europa de Leste são na maioria do sexo feminino, sobretudo entre os 19 e os 29 anos, o que coloca questões específicas de saúde, particularmente na área de saúde sexual e reprodutiva. ITATION MarcadorPosição52 | \ 2070 (Monteiro A. , 2006)

Portugal tem tido um papel ativo em projetos europeus, como o *HOME (Health Care and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe)*, e o *MIGHEALTHNET, website* que integra instituições académicas de 12 países europeus, com o objetivo de publicitar *wikis*, desenvolvidas em 17 países europeus, de acesso a informação sobre saúde dos imigrantes. ITATION FON09 | \ 2070 (Fonseca L. , 2009)

Os imigrantes assumem atualmente uma grande importância na comunidade portuguesa, com impacto não desprezável em domínios como o trabalho, educação, saúde e contribuições fiscais. Este novo movimento demográfico está a produzir consequências populacionais como o reequilíbrio do género em Portugal, bem como o rejuvenescimento demográfico do país. ITATION FER°1 | \ 2070 (Fernandes, Pereira, & Blasques, 2007)

Muitos estudos sobre migração têm chamado a atenção para as múltiplas transições estruturais envolvidas na migração, tais como transições do emprego, estado socioeconómico, cultura, e redes sociais. ITATION ROD | \ 2070 (Rodgers, 1998) ITATION MEL00 | \ 2070 (Meleis, 2000) CITATION MarcadorPosição20 | \ 2070 (Tamsma & Berman, 2004)

Desta forma, torna-se crucial que o enfermeiro se concentre no indivíduo não se centrando apenas numa transição, pois este poderá estar a vivenciar múltiplas transições simultaneamente.

Constatamos que nos estudos realizados nos Estados Unidos da América, no que concerne em especial à componente das mudanças e diferenças da transição, as mulheres migrantes confrontam experiências em níveis diferentes nomeadamente às expectativas que tinham antes da migração, às diferenças sentidas na alimentação, no sistema de cuidados de saúde, nos padrões sociais e nas crenças, a língua e até na forma como os Americanos mostram afeição. Há referências dos imigrantes acerca do trabalho que foi necessário para não serem afetados por todas estas diferenças e em alguns casos referiram que se tinham tornado mais americanos. ITATION MarcadorPosição53 | \ 2070 (Monteiro A. , 2006) Assim a migração muitas vezes resulta de uma diluição das diferenças anteriormente percebidas como a classe social ou

emprego. No entanto, essa indefinição não significa necessariamente que as diferenças tenham sido extintas, elas existem e são essenciais na análise das experiências da transição pois permite aos enfermeiros avaliar o nível de conforto e mestria em lidar com a mudança e com a diferença. ITATION MAL04 \l 2070 (Malynovska, 2004)

Ao avaliar as experiências de transição, é ainda importante considerar a possibilidade de fluxo e variabilidade ao longo do tempo, o que pode exigir reavaliação dos resultados. Os imigrantes tendem a considerar a sua transição como “*temporária*” apesar de em alguns casos passar a ser definitiva. Neste último caso, não significa que estejam sempre em constante mudança, mas esporadicamente poderá haver a reativação de uma experiência de transição latente.

Em relação à etnia, há um crescente corpo de literatura a desenvolver-se nesta área de imigração. Os imigrantes desenvolvem uma identidade étnica específica quando começam a viver num novo país. Quando chegam ao país de acolhimento, a sua primeira tarefa é a necessidade de encontrar uma maneira de sobreviver economicamente. Se os indivíduos têm acesso às profissões e empregos é mais provável adaptar a sua identidade a este país. Em todo o mundo, há uma relação entre a aceitação da cultura de acolhimento e o desenvolvimento de uma identidade étnica pelo imigrante, que depende essencialmente das interações entre os dois fatores.

Monteiro refere que, “(...) numa população de imigrantes de leste à escala nacional (...) em todo o país, um em cada três imigrantes esteve doente ou teve um acidente de trabalho.” Através deste evidência-se que, é no Grande Porto que a saúde dos imigrantes de leste apresenta mais debilidades, pois um em cada dois imigrantes já esteve doente. ITATION MarcadorPosição54 \p 10 \l 2070 (Monteiro A. , 2006, p. 10)

No Serviço de Jesuíta aos Refugiados, Maria José Rebelo apresentou, no congresso Saudar em Coimbra sobre o tema “*o bem-estar psicológico das mulheres imigrantes: desafios e respostas*,” resultados do apoio dado às mulheres imigrantes desde 2007. Uma das conclusões era as situações de pânico quando viam aproximar-se a data de ir ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) para renovar a autorização de residência, pelo receio que tinham de perder o contrato de trabalho. Quando o imigrante perde o trabalho fica em situação de total vulnerabilidade, pois sem trabalho é impossível renovar a autorização de residência. ITATION REB19 \l 2070 (Rebelo, 2009)

Relativamente aos sintomas mais frequentes nas 91 mulheres imigrantes acompanhadas psicologicamente no SJR, estas referiram: solidão e isolamento, baixa autoestima e autoconfiança, sintomas depressivos e ansiedade, muitas vezes em simultâneo, situações de luto e perda e ainda, numa pequena percentagem de casos, intenções suicidas. Esta entidade considera que um aspeto muito importante é o apoio psicológico a estes imigrantes, maximizar fatores protetores e encorajar os imigrantes a continuar a valorizá-los. Mais concretamente um dos fatores protetores

focado foi a espiritualidade como dimensão fundamental na prevenção de um agravamento da sua situação de bem-estar psicológico.

Nos censos de 2005 referem que nasceram 9 mil crianças filhos de imigrantes em Portugal, e isto corresponde a 8,5% da totalidade dos nascimentos desse ano, 1101 eram ucranianos e as respetivas mães demonstram que são as que têm melhor preparação em relação às outras mulheres imigrantes. Em 2007 contabilizou-se 9877 nascimentos, o que corresponde a 27 recém-nascidos por dia, de mães imigrantes. Em 2006 já havia um grande registo de nascimentos, mas em comparação ao ano de 2007, houve um acréscimo de 2197 bebés. Em 2008 nasceram em Portugal 13 802 bebés, 13% do total em que pelo menos um dos pais era estrangeiro. CITATION EUR10 | 2070 (EUROSTAT, 2011)

Desde 2002 a Associação de Apoio ao Imigrante em S. Bernardo, em Aveiro, segundo Lyudmila Bila, tem vindo a apresentar um projeto diferente, refere mesmo que é a outra face da moeda, em que diversos profissionais imigrantes prontificam-se a intervir e a colaborar gratuitamente. Desenvolveram vários projetos, sendo que no primeiro incluíram o ensino da língua portuguesa, no segundo tentaram juntar as famílias com a colaboração do Serviço Estrangeiros e Fronteiras e da Direção Geral do Trabalho, o terceiro foi criar o gabinete das equivalências através de protocolos com várias instituições. A Universidade de Aveiro aderiu ao projeto. Desta forma vários grupos profissionais puderam obter as suas equivalências, a maior parte é constituída por engenheiros, professores de Inglês, e médicos. CITATION MarcadorPosição55 | 2070 (Lyudmila, 2009)

Desenvolveram ainda o projeto "Medicina," para a prestação de cuidados nas áreas de Clínica Geral e Medicina Dentária, gratuitos e com periodicidade de um dia por semana. CITATION MarcadorPosição51 | 2070 (Lyudmila, 2010)

Este tipo de intervenções e outros semelhantes, existentes no país poderão ser bons exemplos a replicar.

Fernandes sobre a imigração e o acesso à saúde identificou boas práticas em dois projetos de intervenção na área da saúde. Identificou seis ações, que podem ser reconhecidas como boas práticas e que compõem uma resposta das equipas de Médicos do Mundo. Constituíram equipas multiétnicas que conhecem os idiomas, e estão familiarizadas com os usos e costumes, conhecem os modos de vida e as convicções e, muitas vezes, as terapêuticas alternativas praticadas, ajudando desta maneira a corrigir algumas práticas que para um profissional de saúde nacional possam passar despercebidas ou desvalorizadas por falta de conhecimentos. Para tal, o funcionamento ficou pouco burocratizado o que permitiu ao técnico ter maior disponibilidade no atendimento do utente e assim criar um ambiente mais familiar de receção e acolhimento. Este atendimento é reforçado ao longo do período de doença através de uma maior proximidade e incrementando níveis de confiança

mútua. Ficavam também disponíveis medicamentos e tratamentos de forma gratuita a pessoas que auferiam honorários muito baixos. ITATION Pau07 \l 2070 (Fernandes, 2007)

Foi igualmente uma maneira eficaz de aliviar o orçamento do utente, que ficou com mais disponibilidade para obter uma melhor alimentação ou, em alguns casos, permite que este suporte períodos por vezes longos de procura de um novo emprego. Incluiu cartas de encaminhamento que permitem anular as barreiras comunicacionais, de forma que a mensagem sobre a sintomatologia fosse entregue com mais exatidão do que oralmente.

Permitiu também que o profissional pudesse devolver as suas conclusões e indicações de terapêuticas sem correr o risco de que a mensagem fosse enviada pelo utente, que não a compreendeu totalmente.

Os imigrantes com quem os técnicos dos Médicos do Mundo contactam têm com frequência vínculos contratuais precários, frequentemente no mercado informal, e normalmente associados a tarefas muito pesadas, com elevado número de horas diárias de trabalho e de baixo rendimento. Estes vínculos laborais associam-se ainda a ausência de direitos sociais e à falta de seguros de acidentes de trabalho, bem como promovem uma nova série de fatores debilitantes no dia-a-dia, tais como uma alimentação desadequada. Também na doença, os constrangimentos económicos e legais, tais como a não comparticipação do Estado na aquisição de medicamentos, limitam o acesso ao tratamento, uma vez que a aquisição de medicamentos tem de ser, muitas vezes, preterida em função da alimentação. ITATION Rel06 \l 2070 (Observatório, 2006)

Os dados do Relatório Anual do Observatório de Acesso à Saúde nos Imigrantes, da Rede Internacional MdM referem que *“apenas um terço das pessoas que sofrem de um problema de saúde crónico beneficia de um tratamento em curso.”* (...) e que *“os obstáculos mais frequentes ao acesso e à continuidade dos cuidados de saúde, expressos pelas próprias pessoas, dizem principalmente, respeito ao desconhecimento dos seus direitos, dos locais onde se devem dirigir para receber esses cuidados, ao custo dos tratamentos, às dificuldades administrativas, ao medo de uma denúncia, à discriminação e às barreiras linguísticas e culturais.”* ITATION MarcadorPosição57 \p 16 \l 2070 (Fernandes, 2007, p. 16)

Dias, foca a necessidade de disponibilizar atividades de informação e educação para a saúde nos seus idiomas de origem dos imigrantes, e que tivessem em conta os seus padrões culturais de crenças e costumes, que serviria para atenuar ou anular alguns comportamentos de risco para a saúde, ou pelo menos promover estilos de vida mais saudáveis. ITATION MarcadorPosição56 \l 2070 (Dias S. , 2004)

Neste sentido, associado aos cuidados de saúde, devem ser criados outros tipos de respostas, tais como o apoio psicossocial.

Sousa, no seu estudo, refere que o imigrante ucraniano chega muitas vezes aos serviços de saúde em estado muito avançado da doença, depois de ter perdido o emprego por ter sido despedido por baixa produtividade ou então já em caso de emergência médica, e com fracas condições para a convalescença, com um risco permanente de perda do seu único e precário meio de subsistência. Os obstáculos acima referidos só aumentam os riscos e o acesso a um direito fundamental que é o direito à saúde. Refere ainda que terá de 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. ITATION JEX06 \l 2070 (Sousa J. , 2006) ITATION MAC06 \l 2070 (Machado, 2006)

Num estudo internacional sobre a transmissão de variantes do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), realizado em Portugal e envolvendo população natural da Europa (77%), África (18%), América do Sul (3%) e Ásia (1%), concluíram que 75% dos novos casos de sida em Portugal são pessoas que nasceram em território nacional, seguindo-se os imigrantes africanos, em terceiro os oriundos da América do Sul e em quarto lugar os imigrantes da Ásia. Os imigrantes infetados, oriundos de países africanos e do Leste europeu, 40% contraíram a doença em Portugal uma vez que têm subtipos do vírus não existentes nos países de origem. CITATION PAL05 \l 2070 (Palma, 2005) ITATION eta07 \l 2070 (Palma, 2007) CITATION MMM11 \l 2070 (Mendes, 2011)

Segundo o Quarto Inquérito Nacional de Saúde, os imigrantes apresentam um estado de saúde mais favorável que os portugueses (62,8% classificam o seu estado de saúde como bom ou muito bom); os imigrantes têm menor propensão para a incapacidade física de curta duração; e registam menor prevalência de doenças crónicas (à exceção da asma). Os profissionais de saúde referem que os imigrantes recém-chegados tendem a experimentar problemas de saúde e a ter necessidade de cuidados muito similares à população nativa. Contudo, os imigrantes parecem estar mais suscetíveis a determinados problemas de saúde e comportamentos de risco, nomeadamente insuficiências alimentares, gravidez de risco e/ou precoce, depressão e outras doenças psicológicas, alcoolismo, violência doméstica, comportamentos sexuais de risco que resultam na aquisição de doenças infecciosas (ex. HIV- Sida, Tuberculose, Hepatites, IST), acidentes de trabalho, violência intracomunidade. ITATION INE09 \l 2070 (INE I. , 2009) ITATION Sim10 \l 2070 (Simões, 2010) ITATION Sim101 \l 2070 (Simões & Ferrinho, 2010) ITATION MTS11 \l 2070 (MTSS, 2011)

3.1 Os imigrantes ucranianos

Na atualidade em Portugal, verifica-se uma grande presença da população Ucraniana. Tendo em vista um conhecimento dos hábitos culturais, tradições, estilos de vida destes povos, entre outros aspetos, pretende-se conhecer a pessoa, no seu todo, isto é, sob um ponto de vista holístico. Para que qualquer cidadão seja igualmente tratado e lhe sejam prestados cuidados de saúde adequados, é preciso conhecer a sua especificidade, como ser biopsicossocial, cultural e espiritual, no seu contexto histórico.

A Ucrânia faz parte da Europa Oriental e ganhou a sua independência após o colapso da [UNião Soviética](http://pt.wikipedia.org/wiki/União_Soviética) em 1991, tornando-se deste modo num [Estado](http://pt.wikipedia.org/wiki/Estado) soberano.

Antes de se tornar independente, era caracterizada como uma importante região industrial e agrícola da [União Soviética](http://pt.wikipedia.org/wiki/União_Soviética). Sob este regime, passou por fortes flutuações no ano 1990, inclusive a [hiperinflação](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hiperinflação) e quedas drásticas na produção económica. Após a independência, a falta de reformas estruturais, tornou a sua economia vulnerável a influências externas. Este povo teve ao longo da sua história, influência por parte de diversos grupos étnicos como os russos, romenos, bielorrussos, entre outros, sendo a língua ucraniana o idioma oficial. A partir de 1991, e com a sua independência, o governo ucraniano liberalizou a maior parte dos preços e instituiu um sistema de [privatizações](http://pt.wikipedia.org/wiki/Privatização), mas estas medidas levaram a um agravamento da situação. Em 1999 a produção caiu para menos de 40% do nível de 1991 ^{ITATION ht3 \l 2070} (Centre, 2007).

Nos finais dos anos 90 os sucessivos agravamentos políticos, e instabilidades de ordem económica, social e política, conduziram à falta de empregabilidade na Ucrânia, que associado ao encerramento das fronteiras dos países do Norte da Europa leva à procura de Portugal por uma vaga de imigrantes provenientes da Europa de Leste.

3.2 Síntese histórica da ucrânia

Para compreender a forma de ser e de estar dos imigrantes ucranianos debruçamo-nos um pouco da sua história.

D. Dionísio Lachovicz, responsável pela Pastoral dos Ucranianos no Exterior afirma que a Ucrânia é o segundo maior país da Europa. ^{CITATION DD106 \l 2070} (Lachovicz D. , 2006) Fez parte das 15 repúblicas que integravam a antiga União Soviética. Em 1939, os territórios anexados pela Polónia voltaram a ser integrados na Ucrânia. Em 1954, a Crimeia é cedida à Ucrânia.

Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), cerca de 7,5 milhões de ucranianos (25% da população) morreram. Após tornar-se independente, em 24 de Agosto de 1991, a Ucrânia adere à Comunidade de Estados Independentes (CEI) mas resiste a uma maior aproximação com essa Comunidade. Rejeita os repetidos convites de se juntar a Bielorrússia e Rússia.

A Ucrânia descrita como o celeiro da Europa (devido à sua produção de trigo), durante o governo de Kuchma sofre um grave processo de estagnação. Kuchma foi reeleito em 1999 para um segundo mandato de cinco anos. Oficialmente, a Ucrânia é um país não-alinhado, mas desempenha um papel ativo no programa Parceria pela Paz da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN). Tem como "objetivo estratégico" ser membro da União Europeia. As línguas principais são o ucraniano (oficial), russo, bielorrusso, tártaro, polaco, romeno, húngaro, búlgaro, alemão e eslovaco.

Durante séculos, o Principado de Oh foi o centro religioso e cultural da Rússia. Isso acabou no século XIII, quando as invasões mongóis o destruíram. Desde a destruição de Kyiv (Kiev) até o final da Revolução Russa (1917), a Ucrânia foi disputada e, em diferentes fases, dividida entre o Império Austro-Húngaro (oeste do país), a Rússia (leste e sul) e a Polónia (noroeste). Embora haja grande proximidade cultural e linguística entre os ucranianos e os russos, a história criou profundas divisões e rivalidades entre esses dois países. Em 1917, a Ucrânia proclamou a independência, mas em 1920 foi sufocada pelas forças bolcheviques, que pôs fim a um período de três anos de independência.

O movimento nacionalista ganhou força no leste e no centro da Ucrânia nos anos 20 e 30, quando Josef Stálin ordenou uma campanha de coletividade forçada das terras e expurgos para pôr fim às "veleidades nacionalistas," em que mais de sete milhões de ucranianos morreram de fome. Os métodos do ditador soviético ficaram marcados no inconsciente coletivo da Ucrânia, e parte de sua população acolheu bem, pelo menos inicialmente, a chegada dos nazis. Isso foi depois usado por Stálin para punir os ucranianos. Após algum tempo de invasão, a guerrilha do leste ucraniano passou a combater as forças nazis, no início da década de 50. Há duas

tradições bem distintas no leste e no oeste da Ucrânia. O leste sempre teve maior influência russa. O oeste do país (Halyczyna), que foi controlado pelo Império Austro-Húngaro, é mais aberto à Europa. Com efeito, boa parte do oeste é Greco-Católica (uniata), em comunhão com Roma, enquanto o oeste é maioritariamente cristão ortodoxo, ligado ao patriarcado russo. O primeiro presidente do país, Leonid Kravchuk, ocupou o poder num período de declínio económico e inflação galopante. Ele foi derrotado por uma pequena margem de votos por Leonid Kuchma, em eleições realizadas em 1994. CITATION DDi25 \l 2070 (Lachovicz D. , 2006) ITATION htt3 \l 2070 (Centre, 2007)

A segunda volta das eleições, vencido por Viktor Janukovicz, provocou a "revolução laranja," acompanhada pelos media de todo o mundo. Viktor Justchenko é empossado em 2005, após o terceiro turno de eleições. ITATION MAL04 \l 2070 (Malynovska, 2004)

A Religião principal é o Cristianismo. Em 988, o príncipe S. Volodymyr, deixou o paganismo e adotou o cristianismo. Ao mesmo tempo, levou para as terras eslavas uma cultura milenar influenciada pelos bizantinos.

Mais de 97% das comunidades religiosas registadas na Ucrânia são cristãs. Destes, cerca de metade pertence à tradição ortodoxa. A outra metade divide-se entre Católicos e Protestantes. Apresentam três jurisdições Ortodoxas: a Igreja Ucrâniana-Ortodoxa pertencente ao Patriarcado de Moscovo; Igreja Ucrâniana-Ortodoxa pertencente ao Patriarcado de Kyiv e Igrejas Ortodoxas autocéfalas (algumas dessas comunidades foram afiliadas ao Patriarcado de Constantinopla). Tem três jurisdições de Igrejas Católicas: A Igreja Greco-Católica Ucrâniana; A Igreja Romano Católica ucrâniana; A Igreja Católica Armena: As Comunidades Protestantes são Batistas, Associação de Pentecostais, Adventistas do 7º dia e os Luteranos. CITATION DDi06 \l 2070 (Lachovicz D. , 2006)

Têm outras religiões e agrupamentos religiosos, como as Comunidades de Testemunhas de Jeová, Comunidades de Maometanos, Comunidades Judaicas, Comunidades Haris Chisna, e Neopagãos.

A Igreja Greco-Católica ucrâniana, do rito bizantino, (GUCCI), é a maior Igreja dentro das Igrejas Orientais Católicas no mundo inteiro. Esta Igreja teve uma história muito sofrida durante todos esses quatro séculos. Todas as eparquias (dioceses), em que se expandia o império russo, foram forçadas a passarem para a Igreja Ortodoxa russa. Restaram só as eparquias que ficaram no território Austro-Húngaro. No entanto, a maior prova para essa igreja aconteceu durante o séc. XX. Em Março de 1946, por imposição de Talin, realizou-se o pseudossínodo de Levi, que forçou a reunião com a Igreja Ortodoxa Russa. Então iniciou-se um duro período de perseguição, deportações dos religiosos e fiéis para os campos de trabalhos forçados na Sibéria. Contudo, a sua estrutura hierárquica sobrevive nas catacumbas e na diáspora ucrâniana. Em Dezembro de 1989 a Igreja Greco-Católica sai das catacumbas. Na primavera de 1991, o Arcebispo-Mor da Igreja Greco-Católica, Cardeal Miloslav Lubatcivsky, volta a Lviv. Em 21 de Agosto de 2005, o

Arcebispo Mor, Cardeal Lubomyr Husar, transfere definitivamente a sede dos Greco-Católicos a Kyiv. No entanto, o maior crescimento de Institutos Religiosos Greco-Católicos dá-se nas duas últimas décadas. Atualmente há 12 Congregações religiosas masculinas e 20 congregações femininas. Quatro seminários diocesanos (Lviv, Ternopil, Drohobyc, Ivano-Frankivsk) e um dos Padres Basiliano (nos arredores de Lviv) formam os sacerdotes Greco-Católicos. CITATION DDi06 | 2070 (Lachovicz D. , 2006) (Godoy, 2008)

Outra característica da Tradição das Igrejas Orientais é o facto de admitir o sacerdócio casado. A grande maioria dos sacerdotes nas Igrejas orientais contrai matrimónio antes de serem ordenados.

Essas diferenças não impedem a inserção positiva e fecunda dos ucranianos nas comunidades locais, seja eclesiais ou civis, tendo em vista sobretudo a perspectiva de uma longa permanência ou mesmo uma estabilidade definitiva. Tudo na ótica da integração do diferente, mas sem a absorção ou assimilação dos ritos orientais.

É considerável também o número de imigrantes descristianizados, devido ao regime ateu militante do antigo sistema soviético, que, mesmo assim, não conseguiu apagar a subconsciência religiosa (significativa é a expressão: "*sou um ateu de religião ortodoxa*"). Muitos imigrantes descobrem a fê fora do país de origem. CITATION DDi06 | 2070 (Lachovicz D. , 2006)

Um costume do povo ucraniano é o uso da pëssanka, faz parte da sua história e é um marco. Consiste numa tradição de colorir ovos na época em que o Sol voltava triunfante, eliminando a neve que cobria a rica terra negra da Ucrânia. Em escavações arqueológicas, foram encontrados indícios desta arte a mais de 3000 anos antes de Cristo, sendo que naquela época, eram utilizadas ferramentas muito rústicas para se confeccionar uma pëssanka. A explicação para o interesse do ser humano antigo pelo ovo está no facto do mesmo possuir uma magia incrível, pois de uma forma simples e rude, surgiria a vida. CITATION Ana08 | 2070 (Steffen, 2008)

Um outro costume era a festa da Primavera, um evento alegre, era acesa uma grande fogueira no meio da aldeia e todos comemoravam a chegada do astro Dajbóh, no exato momento do Solstício de Primavera. Desde o início deste dia o povo estava em festa. Oferecia seus presentes ao regente Dajbóh e entre os mesmos estavam as pëssankas. Nelas estavam gravados os raios de luz que seriam oferecidos à terra, a partir desta importante data do povo antigo. Também nesta festa eram oferecidas pëssankas aos entes da natureza, como agradecimento pelas colheitas e também formulando pedidos para que a terra continuasse a produzir aquilo que necessitavam para viver. Estas pëssankas eram enterradas no campo, nas áreas de lavoura, pois deveriam ser presenteadas aos amados entes da natureza. CITATION VJK04 | 2070 (Kotviski, 2004)

Nesta era anterior ao cristianismo, o povo tinha suas crenças voltadas para aquilo que via e sentia. Era uma época em que mais do que nunca, os ucranianos estavam ligados à natureza, sua fonte de vida e energia. CITATION MarcadorPosição242 \l 2070

(Lachovicz D. , 2006)

A solução encontrada pelo clero foi a adaptação destes antigos costumes, como símbolos cristãos, ou seja, permitiam e até apoiavam o povo a manter essas tradições consideradas pagãs, mas inculciam-lhes um simbolismo correlato ao cristianismo.

A antiga e tradicional Festa da Primavera, foi transformada na Páscoa cristã, por se tratar da mesma época. O povo continuava com os antigos festejos, mas mudava-se gradualmente o sentido da ocasião festiva. As pêsankas não deixaram de existir. O povo não deixou o costume de colorir ovos para expressar os sentimentos, mas o clero religioso fez com que se abandonassem as crenças nos entes da natureza, e extinguíram os costumes tidos como pagãos. Na época da Páscoa, as pessoas passaram a fazer pêsankas para dar aos parentes e amigos respeitados, demonstrando tudo aquilo que lhes desejavam. As pequenas obras de arte também passaram a aparecer em datas importantes, como casamentos e nascimentos, como materialização das boas intenções que se queria expressar.

Na conturbada história da Ucrânia, o povo passou por muitos períodos de instabilidade social, tendo muitas vezes a miséria e a opressão imperado nos seus lares. Domínios russos, poloneses, austríacos, húngaros, duas guerras mundiais, o comunismo e as pêsankas continuam a acompanhar a vida desta gente. A Ucrânia, em 1991, ao adquirir a independência, usaram as pêsankas que, para além de terem um valor cultural, simbólico e artístico, passaram a ser também um símbolo de longevidade para uma Ucrânia livre e independente. ITATION MAL04 \l 2070

(Malynovska, 2004) CITATION DDi06 \l 2070 (Lachovicz D. , 2006) ITATION htt3 \l 2070

(Centre, 2007)

3.3 Os imigrantes ucranianos em Portugal

Até há poucos anos, o fluxo de imigrantes ucranianos para Portugal não merecia muita atenção. O número começou a crescer a partir do ano 2000. No entanto, é difícil dizer a soma exata de ucranianos presentes em Portugal no momento atual. Para alguns, a cifra poderia ultrapassar os 300 mil, espalhados por todo o território português.

Os imigrantes do Leste europeu foram atraídos a Portugal para a construção civil, aliciados por agências de viagens e redes transportadoras para fins de trabalho ilegal e informal.

Regra geral, os imigrantes ucranianos caracterizam-se pelo alto grau de escolaridade e qualificação académica. Trouxeram consigo um rico património cultural e religioso. Os ucranianos fazem parte da tradição da Igrejas do Oriente, com ritos próprios nas celebrações litúrgicas. É o "segundo pulmão" pela qual respira a Igreja de Cristo, segundo o Papa João Paulo II. A Portugal chegou um grande contingente

de Greco-Católicos, provenientes sobretudo da Ucrânia Ocidental, mas também está presente um número significativo de cristãos ortodoxos dos três grandes ramos existentes na Ucrânia: A Igreja Católica de Portugal respondeu com meios adequados a esse novo sinal dos tempos. A solidariedade cristã, o apoio humanitário aos imigrantes, a ajuda na integração na nova sociedade é uma constante. O Ex Patriarca de Lisboa, Sua Eminência D. José da Cruz Policarpo, dirigiu uma carta ao Cardeal Lubomyr Husar pedindo assistência religiosa aos ucranianos. No dia 7 de Janeiro de 2001 (Natal segundo o calendário juliano), o Padre Dionísio Lachovicz, então superior geral dos Padres Basiliano, celebrou a primeira missa aos imigrantes ucranianos na cidade de Alcanena, e providenciou a chegada dos padres Basiliano para a pastoral dos imigrantes católicos orientais na diocese de Lisboa. Em Fevereiro de 2001, chegou o primeiro missionário Basiliano. A mesma acolhida prestam também as dioceses de Leiria-Fátima, Algarve, Évora e Beja. CITATION Lac07 \l 2070 (Lachovicz D. , 2006)

A imigração do Leste europeu trouxe uma experiência eclesial e canónica própria dos ritos das Igrejas orientais. Os novos imigrantes caracterizam-se não somente por falarem uma língua diferente, como também possuem uma cultura específica, indissolavelmente ligada à tradição das igrejas orientais. Trata-se de uma efetiva identidade cultural e litúrgica, que os diferencia de outros. Essa identidade peculiar exige uma adequada cura pastoral, que, segundo diretrizes do Magistério Supremo da Igreja Católica, os preserva da absorção pura e simples no Rito Romano e nas suas relativas estruturas. E por outro lado, os imigrantes Greco-Católicos ucranianos não podem ser confundidos simplesmente com os irmãos Ortodoxos. CITATION MarcadorPosição58 \l 2070 (Lachovicz D. , 2006)

Tendo em conta as diferenças linguísticas que este povo enfrenta em Portugal, os Ucranianos vêem-se obrigados a desempenhar serviços indiferenciados, na construção civil, na limpeza, na agricultura, entre outros.

Sousa no seu estudo refere que os ucranianos são imigrantes sujeitos a ruturas a nível afetivo, psíquico e cultural; na sua maioria encontram-se sós, separados da família. Vivem em habitações partilhadas com colegas que variam entre um a oito indivíduos e algumas sem saneamento básico. Um número significativo vive em situação de sem abrigo. Diz ainda que professam a religião católica mas que um elevado número não a praticam o que revela alguma dificuldade de relacionamento com a sociedade de acolhimento. CITATION JEX06 \l 2070 (Sousa J. , 2006)

O imigrante é muitas vezes vítima de gritantes injustiças em Portugal, o transportador e empregador que o explora, o patrão sem escrúpulos que se aproveita da sua ignorância e debilidade, não respeitando os seus direitos como cidadão. CITATION JEX06 \l 2070 (Sousa J. , 2006) Ultrapassada a barreira da entrada e permanência legal no território português, e se é certo que o princípio de igualdade está consagrado na Constituição (Art.º15) e é válido para todos os residentes, na prática há ainda muito a fazer para a plena e real igualdade entre o cidadão estrangeiro e nacional.

Na realidade, a presença dos imigrantes entre nós, só pode ter um conjunto de soluções horizontais, integradas: legalização, saúde, educação, trabalho, habilitação, segurança social, participação na vida cultural, cívica e política. Se é certo que para os imigrantes em situação legal a nossa legislação consagra em quase todos os domínios o princípio de igualdade, na prática e no dia-a-dia há ainda um enorme fosso.

Em relação à cidadania, os imigrantes não podem ser vistos com olhos paternalistas e só com direitos. Ao escolher Portugal, têm também de reconhecer e aceitar os grandes princípios que informam o nosso direito e o nosso Estado, como a recusa do fundamentalismo e da violência, o princípio da igualdade entre homens e mulheres, as regras básicas da democracia, os princípios da tolerância e do respeito por pessoas, bens e símbolos nacionais. Mas, tem de ver consagrados na teoria e na prática os direitos humanos e cívicos indispensáveis para uma plena e genuína integração e participação na sociedade portuguesa.

O princípio da solidariedade deve responder aos apelos imediatos de situações gritantes de injustiça e carência, mas que se transforme em dinamismo transformador de mentalidades e estruturas, numa autêntica dinâmica de promoção da justiça. ITATION And07 \l 2070 (Almeida A. C., 2007) CITATION MarcadorPosição59 \l 2070 (Godoy, 2008)

Perante a globalização e o fenómeno migratório, tem-se vindo a verificar um aproximar cada vez maior de civilizações e no ano de 2008 a União Europeia celebrou o Ano Europeu para o Diálogo Intercultural.

Em Portugal, o discurso oficial assumido pelo Governo Português, caracteriza a imigração como um elemento positivo, reconhecendo-a como fator de desenvolvimento e como contributo essencial a vários níveis, como está expressamente referido no Plano para a Integração dos Imigrantes (PII), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 63-A/2007, de 3 de Maio.

No início dos anos 90, Portugal aderiu ao acordo de Schengen e verificou-se um crescimento anual de 7% de imigrantes legais, embora, no total, estes constituam apenas 2% da população. Em termos do impacto e da perceção pública, a presença dos imigrantes em Portugal é, portanto, pouco significativa, até ao ano 2000. A concentração destes imigrantes tende a ser no litoral e nos grandes centros urbanos do país. Significa isto que a imigração em Portugal não é, do ponto de vista do Governo Português, uma realidade meramente aceite ou tolerada, mas antes um fator de desenvolvimento reconhecido e desejado no quadro da legalidade.

Em Portugal, desde 2001, é garantido aos cidadãos estrangeiros o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal, através

do *Despacho Normativo n° 63/91, de 13 de Março* do Ministério da Saúde n° 25.360/2001.

No âmbito do papel dos Media, a Comissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial, (CICDR) órgão independente, especializado na luta contra a discriminação racial, e que funciona junto do ACIDI, subscreveu um documento em 2006, dirigido aos media e às forças de segurança, com recomendações no tocante à divulgação da nacionalidade, etnia, religião ou situação documental dos suspeitos da prática de ilícitos, com vista a evitar a criação de estereótipos pelos media junto da opinião pública. Assim, foi proposto às fontes de informação que evitassem revelar nas comunicações oficiais ou oficiosas de operações realizadas, a nacionalidade, a etnia, a religião ou a situação documental de qualquer alvo de ação policial ou de inspeção ou de presumíveis autores de ilícitos criminais ou administrativos, num quadro de respeito pela independência editorial, sempre que esta não seja um eixo explicativo do essencial da notícia.

A assunção desta postura assume uma importância decisiva sendo uma verdadeira condição para o cabal cumprimento de qualquer plano de integração dos imigrantes como fruto da cooperação de todos os agentes da sociedade portuguesa. Uma das principais preocupações dos governantes é a integração efetiva dos imigrantes nos respetivos países de destino.

A política de imigração nacional tem presente a rutura com a ideia tradicional que tendia a olhar os imigrantes como seres que deixam uma vida “para trás” com o intuito de iniciar uma outra nas sociedades recetoras.

A lógica da política portuguesa rompe claramente com esta visão binária, que se centrava no “país emissor” versus “país recetor,” na emigração e imigração, apoiando a sua ação no reconhecimento da existência de espaços sociais e comunidades marcadamente transnacionais.

O conceito de integração dos imigrantes, que claramente rejeita os modelos de exclusão e de assimilação, rejeita também a noção de imigrantes, tida como caraterizadora de grupos sedentários que desenvolvem relações estáticas, exclusivamente no lugar onde se encontram. Pelo contrário, os cidadãos imigrantes são vistos como parte de dois ou mesmo mais mundos, dinamicamente interligados, e a própria migração transnacional, como processos que os imigrantes desenvolvem e mantêm, conectando os seus lugares de origem e destino.

O Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) prevê o incentivo ao desenvolvimento de sistemas de transferências de remessas, através de instituições financeiras – bancárias ou não – públicas ou privadas, e a promoção da concorrência no mercado, de forma a gerar redução de preços e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Deste modo, o ACIDI , tem atualmente disponível na sua página eletrónica, um campo onde permite aceder aos produtos bancários dos bancos que detêm produtos específicos para os imigrantes e as condições e custos inerentes ao envio de remessas. Por outro lado, o PII prevê o estabelecimento de parcerias com os Governos dos países de origem, em articulação com as Embaixadas de Portugal, no sentido de assegurar a prestação de informações aos cidadãos que pretendam emigrar, para Portugal. A criação de condições que permitam a “migração circular,” com o retorno permanente ou temporário dos imigrantes aos seus respetivos países de origem sem perda de direitos adquiridos, é outra das ações previstas no Plano de Integração, a realizar através de acordos bilaterais.

O empreendedorismo oriundo da comunidade imigrante é outro dos aspetos que é apoiado e encorajado em Portugal. Também o envolvimento das Organizações Não-governamentais (ONG's), empresas e instituições dos países de acolhimento e de origem são considerados, neste contexto, como condições fundamentais no sentido da maximização do aproveitamento destes investimentos e do capital (físico e humano) envolvido, como é o caso, a título de exemplo, da presença, nas empresas portuguesas, de trabalhadores imigrantes de nacionalidades com as quais estas têm relações comerciais privilegiadas.

Num outro âmbito, o incentivo à criação e ao apoio de Associações de Imigrantes tem constituído outras das grandes prioridades, tendo tido o apoio financeiro às suas atividades do Alto Comissariado para a Imigração. Perante a atual globalização e o aumento do fenómeno migratório, sobretudo, de Sul para Norte, também se verifica um aproximar cada vez maior de civilizações.

3.4 Acesso aos cuidados de saúde

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) português existe desde 1979. O direito à proteção da saúde no seio de um serviço nacional de saúde universal e geral é garantido pela Constituição. Os cuidados de saúde estão, por isso, acessíveis a todos nos centros de saúde locais e nos hospitais de serviço público. Este sistema é financiado pelos impostos com base no princípio de residência. Existem taxas moderadoras tanto para as consultas médicas como para os medicamentos, de acordo com a sua classificação de utilidade terapêutica. Também existe uma taxa moderadora para os cuidados hospitalares de urgência. A consulta de especialidade em 2014 é de 7,75. ^{ITATION 28d11 \l 2070} (Conselho de Ministros, 2011) Algumas populações podem estar isentas.

Nos artigos n.º 13 e n.º 15 da Constituição Portuguesa, é reconhecido o princípio da igualdade entre todos os cidadãos e são garantidos aos nacionais de países estrangeiros que residem legalmente em território português, todos os direitos de cidadania – direitos cívicos, sociais e económicos, à exceção dos direitos políticos.

Por outro lado, a Lei n.º 134/99 de 28 de Agosto proíbe as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica. Além disso, Portugal é signatário dos principais instrumentos internacionais relativos aos direitos humanos e à proteção dos trabalhadores migrantes.

No domínio da saúde, importa sublinhar que os cidadãos estrangeiros têm direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal. As condições de acesso dos imigrantes ao SNS estão definidas no Despacho n.º 25 360/2001, de 16 de Novembro, do Ministro da Saúde.

O sistema, legalmente acessível, cria na prática, imensas dificuldades, particularmente para os sem domicílio fixo ou qualquer pessoa que manifeste uma certa marginalidade. Isso dever-se-á, entre outros motivos, a um défice importante de conhecimentos e em informação sobre os direitos.

Os imigrantes sem documentos que residam em Portugal há menos de 90 dias devem pagar o tratamento na totalidade, exceto em caso de risco para a saúde pública, por exemplo devido a uma doença contagiosa como a tuberculose, o VIH ou as IST.

O acesso à despistagem do VIH e aos tratamentos antirretrovirais está acessível a todos os residentes, independentemente do seu estatuto, mas os sem documentos receiam muitas vezes efetuar as diligências respetivas.

O ACIDI disponibiliza um conjunto de Serviços em prol do melhor acolhimento e integração dos imigrantes. Esses mesmos recursos estão disponíveis para todas as áreas relacionadas com este processo, incluindo naturalmente a Saúde. ^{ITATION DL107\I}
²⁰⁷⁰ (Dec. Lei, 2007)

Para fazer face à barreira linguística, que se colocam quando os profissionais de saúde e os seus utentes imigrantes não falam uma língua comum, através de uma linha SOS imigrante para mais de 50 idiomas. O ACIDI disponibiliza para todo o país e sem custo para quem requer este serviço, uma Bolsa de Formadores.

Uma questão que tem sido recorrente quando se aborda a questão da saúde e a imigração é o problema do acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). O Despacho 25.360/2001 e a Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD, disponível no *site* da DGS, dada a sua importância, o ACIDI colaborou com a DGS na tradução desta Circular para cinco línguas (russo, romeno, inglês, chinês e francês), com o objetivo de fazer chegar a informação aos imigrantes que não dominam a informação em português e que, por essa mesma razão, muitas vezes desconhecem os seus direitos.

Perante o reconhecimento da importância da presença de agentes de mediação intercultural nos serviços públicos, tendo como base os bons resultados conseguidos com os mediadores socioculturais que se encontram no atendimento dos Centros Nacionais e Locais de Apoio ao Imigrante, o ACIDI lançou, em Junho de 2009, o Projeto de Mediação Intercultural no Atendimento em Serviços Públicos, desenvolvido no âmbito do Fundo Europeu para a Integração de Nacionais de Países Terceiros. Outros Centros que dão enorme apoio são os CLAI's (Centro Local de Apoio ao Imigrante) que são entidades representativas na defesa dos direitos dos imigrantes e orientam quanto aos seus deveres, efetuam um atendimento personalizado e técnico. Além das questões de natureza legal, estende-se à situação socioeconómica, habitabilidade, à segurança social, à questão do emprego, à questão da sua situação de vida e às necessidades de saúde. CITATION AC107 \l 2070 (ACIDI, 2007)

Mas apesar de todos estes esforços, e da Legislação Portuguesa sobre Acesso dos Imigrantes ao Sistema Nacional Saúde existente (ANEXO I), ainda está muito aquém dos objetivos propostos, pois estes conhecimentos não chegaram à maioria dos prestadores de cuidados de saúde, nem de quem precisa, principalmente os imigrantes indocumentados, residentes há mais de 90 dias que têm direito a cuidados de saúde e não os procuram por receio. ITATION JEX06 \l 2070 (Sousa J. , 2006)

O Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) define um roteiro de compromissos concretos que afirma o Estado como o principal aliado da integração dos imigrantes, no acolhimento e integração daqueles que procuram Portugal como país de destino.

A Saúde tem uma especial relevância no âmbito da execução deste Plano, na promoção, acesso, e na igualdade de tratamento. As mulheres estrangeiras têm direito a cuidados de saúde apropriados, beneficiando dos mesmos cuidados que as cidadãs nacionais, em igualdade de circunstâncias, em situação regular ou irregular. Têm direito a cuidados de saúde apropriados no domínio da interrupção voluntária da gravidez. Foi disponibilizada informação, através de um folheto, em versão chinesa e russa, quer no domínio da interrupção da gravidez por opção da mulher, quer na perspetiva do apoio social à Maternidade e Paternidade.

Os Programas Nacionais de Saúde abrangem o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, em igualdade de tratamento que os cidadão nacionais. Com efeito, a título de exemplo, no âmbito da saúde oral, a mulher grávida estrangeira, independentemente do seu estatuto legal, tem direito ao cheque dentista, medida consagrada no Programa Nacional de Promoção da Saúde. As crianças e jovens, filhos de cidadãos estrangeiros, encontram-se, igualmente, abrangidas pelas medidas em matéria de promoção saúde e prevenção da doença, desenvolvidas no contexto da saúde escolar.

Relativamente à medida 24, do PII, em relação ao acesso à saúde de cidadãos estrangeiros em situação irregular, foi emitida pela Direcção-Geral de Saúde uma circular informativa, com efeitos a partir de 7 de Maio de 2010, que define e

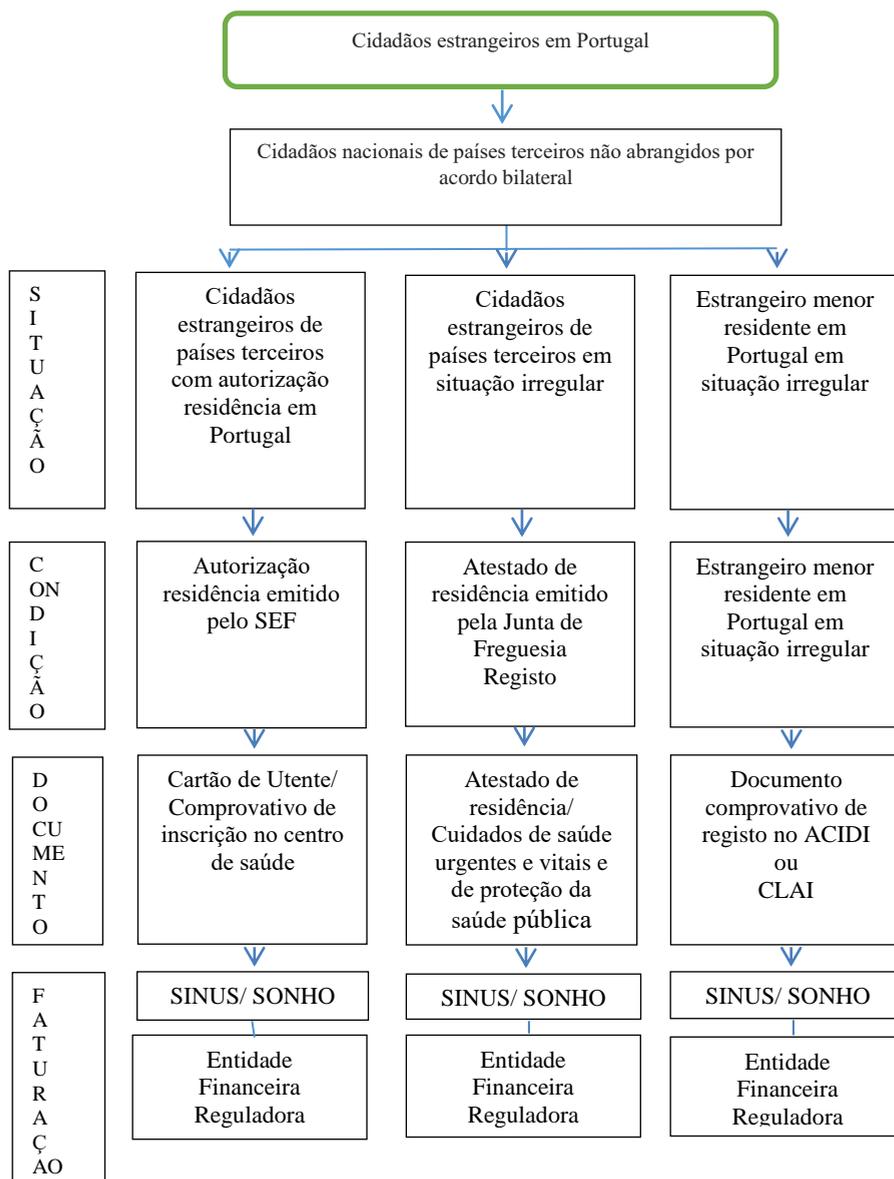
clarifica os procedimentos de acesso dos imigrantes ao SNS. Esta circular, para além de clarificar os procedimentos no domínio do acesso aos cuidados de saúde pelos cidadãos estrangeiros, clarificou as situações de acesso aos cuidados nas situações de agrupamento familiar e as questões relacionadas com o pagamento de taxas moderadoras. De forma a facilitar o acesso dos imigrantes a esta informação, a Direção Geral, em articulação com o ACIDI, procederam à tradução do teor da circular para a língua mãe da população imigrante mais representativa em Portugal. Esperam, proceder à sua divulgação junto de Consulados e Embaixadas, a qual contará com a colaboração do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Relativamente à Medida 28, do mesmo plano, sobre a existência de Mediação Intercultural no Atendimento em Serviços Públicos, o ACIDI encontra-se a implementar este Projeto que assenta, fundamentalmente, em duas ideias chave, a adequação das respostas institucionais às especificidades locais, bem como uma base conceptual alicerçada em princípios e metodologias da mediação e promoção da interculturalidade.

A preocupação com o acesso dos imigrantes e minorias étnicas à saúde encontra-se também patente na medida 29, que prevê o desenvolvimento de parcerias entre Organizações não-Governamentais e o Sistema Nacional de Saúde e outras entidades para esse efeito.

Apesar destes apoios, existe um enorme desconhecimento por parte dos profissionais de saúde dos diferentes aspetos culturais e religiosos com que temos de lidar no dia-a-dia no que respeita a alimentação, resistências a tratamentos, dificuldade na adesão terapêutica, o que gera, por vezes, constrangimentos e desconfiança mútua. ^{ITATION}
^{Bri09 | 2070} (Brito D. , 2009)

Em 2014 tivemos acesso a um manual de acolhimentos em que resume o acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros. Abrangemos aqui só o imigrante estrangeiro. (Diagrama 1)

Diagrama 1 Fluxograma sintetizado das situações de acesso do cidadão imigrante ao SNS

Fonte: Direção Geral da Saúde (Caetano, Correia, & Silveira, 2013)

Apresentaremos o mais resumidamente possível, todos os passos de acesso ao sistema de saúde:

O Despacho n.º 25 360/2001, já referenciado, estabelece os procedimentos em matéria de acesso dos cidadãos estrangeiros ao sistema de saúde e o acordo com Regulamento n.º 883/2004, os trabalhadores nacionais de um Estado-membro e respetivos membros da família que residam em Portugal podem adquirir a qualidade de utentes do Serviço Nacional de Saúde se forem titulares do Documento Portátil S1 (atestado de direito) emitido pelo Estado-Membro, com direitos ao sistema de segurança social e que deve entregar no Centro Distrital do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, IP) da área de residência.

O Centro Distrital do ISS, IP valida o Documento Portátil S1 e devolve uma cópia ao interessado e informa-o a qual Centro de Saúde se deve dirigir para apresentar o respetivo documento para proceder à inscrição como utente do SNS.

O Centro Distrital do ISS, IP informa a instituição competente do Estado-Membro emissor de que procedeu à inscrição do interessado para efeitos de acesso ao sistema de saúde. O Centro de Saúde faz a inscrição registando-o como utente do SNS no Registo Nacional de Utentes (RNU), com base no atestado de direito (S1) e disponibilizar-lhe-á o respetivo comprovativo de inscrição.

No RNU este utente deve ficar registado como residente “Migrante Português /Estrangeiro residente Seg. Estrangeiro” no campo “Tipo de utente.”

Com a inscrição do trabalhador e ou membros da família no Centro de Saúde, os mesmos têm acesso ao sistema de saúde em igualdade de tratamento com os utentes nacionais.

O imigrante ao aceder ao Serviço Nacional de Saúde tem de se fazer acompanhar: de Cartão de Utente válido ou do documento comprovativo de inscrição no Centro de Saúde; Um documento de identificação (passaporte, cartão de identidade em vigor do seu país de origem); Na receção, a administrativa que o recebe verifica se é o titular do Cartão de Utente ou se o documento coincide com a inscrição no Centro de Saúde e se o seu titular são a mesma pessoa; É aberta uma ficha de identificação para o utente com a nacionalidade, morada e os meios de contacto; Se for beneficiário do SNS e não tiver em sua posse documento comprovativo da inscrição no Centro de Saúde, pode recorrer ao sistema de saúde porque os serviços têm acesso através de plataforma eletrónica do Registo Nacional de Utentes (RNU), para confirmar a inscrição do utente, mediante a introdução dos dados presentes nos documentos de identificação; Se o RNU, não devolver resultado positivo, ou se o utente, não apresentar nenhum documento de identificação válido, este é informado que tem 10 dias para apresentar os documentos que comprovem a sua situação de beneficiário do SNS, e no 11.º dia é revisto; É utilizado o código referente à Entidade Financeira Responsável (ER), nas situações de acesso destes utentes ao sistema de

saúde; O utente pagará as taxas moderadoras aplicáveis aos cuidados de saúde prestados; A fatura correspondente aos cuidados prestados deve ser emitida deduzindo o valor da taxa moderadora paga pelo utente; Esta faturação é comunicada à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e posteriormente enviada aos respetivos Estados-Membros competentes. (Caetano, Correia, & Silveira, 2010)

O esforço do nosso Estado em colaboração ativa com a sociedade civil foi alvo de reconhecimento internacional, pois em 2007, como referenciado atrás, o MIPEX (Migration Integration Policy Index) colocou Portugal em 2º lugar, num ranking de 28 países em termos de melhores políticas de integração de imigrantes, no que respeita às políticas referentes ao acesso ao mercado de trabalho, reagrupamento familiar e combate à discriminação. Em 2009, o Relatório de desenvolvimento Humano das Nações Unidas, classificou Portugal em 1º lugar na atribuição de direitos e serviços aos estrangeiros residentes no que se refere ao “ Ultrapassar Barreiras: mobilidade e desenvolvimento humanos.” (Resolução de Conselho de Ministros, 2010)

3.5 Principais necessidades de saúde dos imigrantes

Devido à inexistência de estatísticas específicas e abrangentes de todas as doenças prevalentes nos grupos minoritários, não existem dados concretos. Tal facto advém destes grupos não recorrerem, nem usufruírem dos recursos de saúde. Maioritariamente os fatores causais desta atitude resultam do receio por estarem ilegais, desconhecimento e falta de informação. A língua não é o único obstáculo que se ergue entre o profissional de saúde e o utente. Os hábitos e as tradições são os mais difíceis de transpor.

Os imigrantes estão particularmente expostos às doenças transmissíveis, muitos deles vivem em situações degradantes, não têm família e todo o dinheiro que conseguem é para pagar as dívidas, mandar para o país de origem ou suportar o vício, na maioria dos casos o álcool; outros estão ilegais e têm medo de ser detidos e reenviados para o país de origem se forem a um Centro de Saúde ou Hospital. De acordo com Imperatori (Ex-Diretor dos Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde da DGS), existem pelo menos quatro patologias muito frequentes nos imigrantes e que podem ser de alto risco: a tuberculose, a sida, o alcoolismo e os acidentes de trabalho. (Imperatori & Giraldes, 2005)

Em Portugal, no ano de 2011, constatou-se que cerca de um terço dos novos casos de infeção VIH/SIDA foram notificados em imigrantes e ocorreram nos distritos de Lisboa e Setúbal (66,6% no distrito de Lisboa); foram referenciados no Porto cerca de 5,9% de novos casos. Em 2012, foram registados 2599 casos de tuberculose, incluindo casos novos e reincidência de tratamentos (taxa de notificação de 24,7/100000 habitantes). A incidência de tuberculose foi de 2399, ou seja, 22,8/100000 habitantes dos quais 2182 (84%) foram nacionais e 417 (16%)

estrangeiros, desconhecemos quantos destes seriam ucranianos. Porto tem uma incidência de tuberculose de 37,4/100000 habitantes. A tuberculose atingiu maioritariamente o grupo etário com idades compreendidas entre os 35-44 anos. A tuberculose afetou sobretudo os imigrantes de Leste, tal como aconteceu com o alcoolismo. (Diniz & Duarte, 2013)

Imperatori referiu que as condições de vida degradantes são responsáveis pela situação, pois refere que são características negativas de pessoas pobres, mas estas também têm a ver com a origem dos cidadãos, tais como o alcoolismo geralmente frequente nos países do Leste da Europa, onde culturalmente se bebe muito. Já a SIDA é mais comum nos africanos, embora também existam imigrantes de Leste, paquistaneses e chineses infetados, daí a necessidade de se elaborar folhetos informativos em inglês, russo e crioulo para chegar às diferentes comunidades. (Imperatori & Giraldes, 2005)

Ricardo Camacho, como responsável do Laboratório de Virologia do Hospital Egas Moniz, referiu que os imigrantes infetados com VIH já foram contagiados em Portugal. Na comunidade de Leste apenas apareceu um cidadão que era seropositivo quando deixou o seu país. O facto de imigrarem sem a família leva-os a recorrer ao serviço de prostitutas, o que também explica o contágio. (Camacho, 2003)

Outras patologias de risco são as do foro psicológico, especialmente depressões, e dermatológicas, sobretudo nos sem-abrigo. Os problemas mentais afetam cada vez mais imigrantes, especialmente os oriundos de Leste, confirmou Rosário Farmhouse, quando Diretora do Serviço de Jesuítas aos Refugiados (JRS), e explicou que é uma imigração onde faltam redes de solidariedade, onde existe um grande sentimento de solidão, não têm coragem de contactar os familiares por vergonha e por não quererem tornar-se num peso, além disso, refere que são pessoas mal alimentadas e com poucos cuidados de higiene, o que origina problemas gástricos e doenças dermatológicas. Diz ainda que, apesar de estar regulamentado que qualquer cidadão, legal ou ilegal, tem direito aos cuidados de saúde, na prática tal não se verifica. Daí, que recorram aos médicos do JRS e às carrinhas móveis de associações de apoio aos sem-abrigo. O imigrante veio para trabalhar, nega a doença, e entra num mecanismo de autodestruição. (Farmhouse, 2003)

Correia de Campos, Ministro da saúde em 2007, lembrou que ao negligenciar a saúde dos imigrantes, o país de acolhimento pode ser afetado social, política e economicamente, mas também serão afetados os países de origem devido ao crescente retorno temporário. A proteção da saúde de todas as pessoas é sinal distintivo de um estado civilizacional superior, por isso, todos os imigrantes têm o direito à saúde, mas também o dever de proteção da sua saúde. (Campos, 2007)

António Costa presidente da câmara de Lisboa, em 2011 referiu que uma abordagem global e integrada deve incluir a regulação dos fluxos migratórios, a promoção das migrações legais, a luta contra a imigração clandestina e a integração dos imigrantes

nas sociedades de acolhimento, e diz mais que é em momentos de crise financeira, como a que estamos a viver, que os valores são ameaçados. É nestes momentos que surge o egoísmo. É pelo trabalho que podemos enfrentar e ultrapassar as crises e criar melhores condições de vida. São necessárias políticas ativas que fomentem a integração e o combate à pobreza. Esse é um trabalho que tem de ser desenvolvido em parceria entre instituições públicas, nacionais e locais, associações de imigrantes e Organizações Não Governamentais. (Campos, 2007)

José Pereira Miguel, enquanto ministro também quis contrariar o mito de que os imigrantes são potenciais portadores de doenças, sublinhando que os imigrantes revelam em média, à chegada, melhores indicadores de saúde do que a população residente. *"O processo migratório é, por natureza, um processo exigente e auto seletivo em que os mais frágeis nem sequer alcançam o destino,"* precisou o governante, referindo que em alguns casos, as doenças infecciosas surgem nos migrantes devido à vulnerabilidade das condições de vida nos países de acolhimento *"...necessidade de incorporar a saúde dos migrantes e o acesso equitativo aos cuidados de saúde como aspeto central de outras políticas de saúde, tomando sempre em consideração as várias barreiras geográficas, sociais e culturais."* (320 p.⁵²) Lembrou também que há limitações da informação disponível e lacunas do conhecimento sobre a saúde dos imigrantes, pelo que recomendou uma maior vigilância epidemiológica e investigação com ênfase nas populações imigrantes específicas.

PARTE II

Estudo empírico

1 Material e métodos

Neste capítulo apresentamos a metodologia preconizada e a problemática do estudo. Definimos as etapas e os objetivos para clarificar a questão de partida, expomos a justificação para a realização deste trabalho e o desenho do estudo.

1.1 Síntese de problemática

A migração, que não é mais do que a deslocação e fixação de grupos populacionais, origina processos dinâmicos tempo-espaciais, provocando profundas mudanças a nível político-social-cultural e económico das sociedades ao longo dos tempos.

Hoje mais do que nunca com a globalização existe um aumento significativo das populações migrantes espalhadas por todo o mundo, sejam países de acolhimento, de origem ou uma mobilidade transitória. Presentemente, quase todos os países, uns mais do que outros, são países de migração, de saída e de entrada de pessoas que em algum momento das suas vidas resolveram migrar pelas mais diversas causas, quer seja pelo agravamento das condições socioeconómicas, por catástrofes naturais, explosão demográfica, quer pela presença de uma crise ou mesmo conflitos bélicos.

Apesar dos aspetos positivos, como o desenvolvimento económico que a imigração provoca, encontramos o aspeto da ilegalidade que se assume como uma realidade preocupante pelo contexto em que este fenómeno se concretiza. Estas pessoas estão sujeitas a normas que regulamentam a sua migração, como por exemplo, através de quotas anuais ou de programas de contratação temporária que, em vários casos, constituem barreiras para seu ingresso e permanência, tendo como consequência a falta de documentação de alguns migrantes. É esta irregularidade documental que alimenta a perceção negativa da imigração nos países recetores e o risco que pode acarretar para a saúde. (ONU, 2008)

Neste estudo pretendemos *conhecer os fatores que influenciam a procura de cuidados de saúde.*

A experiência do investigador nesta temática consistiu na vivência profissional do internamento de imigrantes na sua instituição e nas dificuldades sentidas na prestação de cuidados aos utentes a seu cargo, devido principalmente à barreira linguística e às consequentes dificuldades no planeamento das intervenções dos cuidados. Reconhece-se assim, a importância dos profissionais de saúde terem acesso a outros referenciais no sentido de dar resposta a intervenções de adesão, de tratamento e de cuidados enraizados numa cultura da procura do saber, para além dos biológicos. Estes factos contribuíram significativamente para aumentar o interesse nesta temática, esperando otimizar o conhecimento do grupo populacional que pretendia estudar para uma prestação de cuidados mais dirigida. Neste contexto, optamos pela realização de um estudo exploratório-descritivo. Exploratório porque é uma temática pouco explorada e com a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos para estudos posteriores. (GIL, 2002) (Fortin M. F., 2009) Descritivo porque nos interessa caracterizar o fenómeno em estudo, adotando um processo ordenado que nos oriente a percorrer uma série de etapas, desde a definição do problema à obtenção de resultados. (Fortin M. F., 2009)

Num momento inicial, utilizamos o método de investigação quantitativo, por se revelar um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis para sabermos quantos eram e como eram, tal o desconhecimento sobre este grupo de imigrantes e assim obtermos uma perspetiva mais global das dificuldades referidas pelos inquiridos, e, posteriormente o método qualitativo para ajudar a compreender o fenómeno, interpretar e analisar o meio e o objeto tal como se apresenta. Explora o significado das experiências humanas, cria possibilidades de mudança através de uma maior sensibilização e ação intencional. As pessoas comunicam os seus significados através da linguagem, de modo que as palavras e a linguagem são ferramentas fundamentais para a criação e validação dos conhecimentos. (Fortin M. F., 2009) (Taylor & Francis, 2013) (Beck, 2013)

Para o estudo do fenómeno, utilizamos uma abordagem compreensiva que visa apreender e explicitar o sentido individual, social e coletivo de acordo com a intenção proposta, dando um enfoque a uma exploração profunda, complexa e rica que caracteriza alguns fenómenos. (Bruyne, Herman, & Schoutheete, 1991) (Fortin M. F., 2009)

Assim pretendemos realçar os elos entre teoria, investigação e prática. O uso da triangulação de métodos fornece-nos novos conhecimentos relativamente ao mesmo fenómeno.

No início deste estudo, ao debruçarmo-nos na temática mergulhamos numa panóplia de conhecimentos e interesses nacionais e internacionais, leis e diretrizes que eram desconhecidos por nós e por todo o nosso meio envolvente.

Os imigrantes ucranianos com que nos temos deparado ao longo da nossa vida profissional são pessoas que apresentam, geralmente, características bastante diferentes dos restantes imigrantes e mesmo da população portuguesa, seja em termos de crenças em saúde, nas formas de estar na vida e pela dificuldade de comunicar devido à barreira linguística. De acordo com estudos consultados, os imigrantes ucranianos possuem em média, habilitações académicas superiores à população portuguesa demonstrando com frequência uma atitude dúbia face aos cuidados de saúde que oferecemos.(Fonseca & Silva, 2010)(Purnell & Paulanka, 2010) (Lyudmila, 2010)(Polit, 2011)(Polit & Beck, 2011)

Neste sentido questionamo-nos: “*As crenças culturais e de saúde dos imigrantes ucranianos interferem na procura dos cuidados de saúde?*”

De acordo com a questão de investigação, este estudo fundamenta-se na necessidade de identificar, descrever e analisar a realidade local dos imigrantes ucranianos residentes na área Metropolitana do Porto (4031 em 2009, ano de início da recolha de informação e obtemos uma amostra de 212 inquiridos), relativamente a: (i) necessidades de cuidados de saúde sentidas pelos imigrantes ucranianos; (ii) influência das crenças culturais e de saúde na procura dos cuidados de saúde pelos imigrantes ucranianos; (iii) acessibilidade de pessoas culturalmente diferentes aos serviços de saúde; (iv) contributos dos cuidados de enfermagem na procura desses cuidados.

A justificação relevante para a realização deste estudo fundamenta-se na preocupação quanto aos fatores que influenciam a procura dos cuidados de saúde dos imigrantes face aos novos desafios, nomeadamente o da globalização. Parece ser evidente para todos, que os cidadãos não têm as mesmas condições no acesso aos recursos da comunidade, como em particular, as famílias imigrantes e principalmente aqueles que não possuem documentos e que se encontram ilegais.

1.2 Desenho do estudo

Ao longo deste capítulo definimos o estudo propriamente dito, a constituição da amostra, os procedimentos utilizados na recolha de dados e as questões éticas.

Segundo Leininger é preciso que o pesquisador se dispa dos seus pré-conceitos e desenvolva um novo olhar sobre os informantes, e não assuma um conhecimento prévio e faça juízos de valor (Leininger M. , 2002) Neste contexto, percebemos que a conciliação da metodologia quantitativa com a qualitativa seria enriquecedora, a utilização dos dois métodos possibilitaram tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno, aumentando a amplitude e a profundidade do estudo. (Fortin M. F., 2009) Numa conceção mais “aberta”, “realista” e “pragmática”, surgem algumas conceções que remetem não apenas para a “triangulação” como validação cumulativa mas também como forma de integrar diferentes perspetivas no fenómeno em estudo de complementaridade. (Kelle, 2001) (Kelle & Erzberger, 2005) (Flick, 2005a) Ou, ainda, como forma de desenvolvimento, no sentido de utilizar

sequencialmente os métodos para que o recurso ao método inicial informe a utilização do segundo método. (Green, 1989)

Bogdan e Biklen referem que a investigação qualitativa caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, procurando a compreensão e não a avaliação, interessa-se pelo particularizar, enquanto a investigação quantitativa procura as generalizações. (Bogdan & Biklen, 1994)

De acordo com Polit *et al.*, um dos argumentos que apoiam o uso dos dois métodos num estudo de investigação é que as deficiências de um único método podem ser reduzidas ou ultrapassadas. (Polit, 2011)

Apesar de alguns investigadores já se terem interrogado sobre a comparação entre a pesquisa quantitativa e qualitativa, Moreira refere que “*não obstante, de todas as distinções metodológicas elaboradas, o contraste qualitativo, quantitativo tem-se revelado o mais persistente e é, na verdade, o que reflete de forma mais precisa a divisão habitual da prática de investigação.*” (Moreira, 1994, p. 94)

Segundo Minayo as duas abordagens permitem a análise das relações nos seus diferentes aspetos: a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa. (Minayo M. , 1994) (Minayo M. , 2010)

Nesta linha de pensamento optamos pela triangulação intramétodos, combinação de métodos de natureza quantitativa (operacionalizados pela elaboração de um questionário), com métodos de natureza qualitativa (operacionalizado pela técnica de análise de conteúdo das entrevistas) que fosse ao encontro aos objetivos do estudo e às características da amostra.

Para clarificar o problema em causa decidimos pela divisão do estudo em 4 etapas:

Etapa 1- Nesta etapa, procedemos à realização de entrevistas exploratórias no ACIDI, em Lisboa, no CNAI do Porto, no Centro de Saúde da Venda-Nova, no CLAI em Gaia, nos Centros de Saúde, na ARS do Porto, e a atores privilegiados que direta ou indiretamente laboram ou contactam periodicamente com os imigrantes ucranianos. Pretendíamos conhecer melhor a problemática, familiarizar-nos com os problemas deparados por outros investigadores e conhecer variáveis potencialmente confundidoras. Estas entrevistas contribuíram para obter algum conhecimento da realidade em Portugal, para clarificar conceitos, o constructo teórico, a problemática, a definição da questão de partida e o traçar dos objetivos. Fizemos uma revisão de publicações relevantes orientadas para a temática em estudo.

Etapa 2 – Nesta etapa, expõe-se a nossa opção metodológica e o percurso efetuado. Recolhemos informação para a determinação do universo em estudo, com vista à identificação da amostra representativa do setor. Definimos como população, os ucranianos residentes na região Metropolitana do Porto.

Etapa 3 – Partimos para a construção de questionário bilingue (português e ucraniano) com perguntas fechadas e abertas a versar a identificação e caracterização

dos inquiridos, englobando variáveis demográficas, socioeconómicas e questões dirigidas à sua cultura, ao acesso e obstáculos aos cuidados de saúde. Elaboramos o guião da entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi constituído por questões abertas que promovessem a análise dos doze domínios preconizados por Purnell.

Etapa 4 – Nesta última etapa, fizemos o tratamento, a apresentação e a análise dos dados quantitativos (questionário) e os dados qualitativos (entrevista semiestruturada), relacionamos os resultados, terminámos com uma síntese dos dados e uma conclusão.

Apresentamos seguidamente o desenho do estudo, (Diagrama 2) como linha condutora de todo o percurso metodológico, para ajudar e controlar as potenciais fontes de enviesamento e assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo e assim obtermos uma resposta válida à questão levantada. (Fortin M. F., 2009)

Diagrama 2 Desenho do Estudo

Os imigrantes Ucranianos e a procura de cuidados de saúde					
REVISÃO DE LITERATURA	• Purnell e Paulanka	1º Etapa	Entrevistas exploratórias ACIDI; Associações; Assistente social; Pároco (líderes religiosos); Pessoas influentes.		
			Questão de Partida Será que as crenças culturais e de saúde dos imigrantes ucranianos interferem na procura de cuidado de saúde?	Conceitos Imigrante Cuidados de enfermagem Necessidades Crenças Espiritualidade Interculturalidade	
			Finalidade Conhecer os fatores que influenciam a procura dos cuidados de saúde dos imigrantes ucranianos		
			Objetivos - Identificar as necessidades sentidas de cuidados de saúde nos imigrantes ucranianos; analisar a influência das crenças culturais e de saúde na procura dos cuidados de saúde; caracterizar a acessibilidade de pessoas culturalmente diferentes aos serviços de saúde; descrever os contributos dos cuidados de enfermagem no processo de integração do imigrante ucraniano.		
			Tipo de estudo Descritivo exploratório	População/Amostra Ucranianos Porto (4,031) amostra 500 retorno 212	Abordagem Qualitativa Quantitativa
			• Leininger	3º Etapa	Definição instrumental de colheita de dados Construção e validação do instrumento de colheita de dados (pré-teste) Questionário Entrevistas
	Colheita de dados Aplicação do questionário Bola de neve ↔ Entrevistas				
	Análise de dados SPSS Codificação Categorias Interpretação				
		4º Etapa	Apresentação dos resultados Quadros Gráficos Diagramas Diagramas		
Conclusões					

1.3 População e amostra

Com vista à identificação da amostra representativa do sector, procedemos à recolha de informação para a determinação do universo em estudo. Definimos como população, os ucranianos residentes na região Metropolitana do Porto. Iniciamos o estudo em 2009 com 4031 (2358 homens e 1673 mulheres), apesar da população ucraniana ter vindo a diminuir, em 2012 existiam 2999 (1711 homens e 1288 mulheres). Esta comunidade tem se vindo a manter em segundo lugar a seguir ao Brasil. (SEF, 2009) (INE, 2010) (SEF, 2011) (Sefstat, 2012)

A partir de uma população alvo de 4031 imigrantes ucranianos, distribuíram-se 500 questionários tendo-se conseguido um retorno de 212 questionários corretamente preenchidos. Optamos por uma amostragem não probabilística ou de conveniência e em “bola de neve,” (Fortin J. , 2006) obtida através do apoio de diversos elementos representativos da comunidade ucraniana residente na região do Porto.

1.4 Instrumentos de colheita de dados

Neste subcapítulo fazemos referência à construção dos instrumentos (o questionário e respetivo pré-teste e a entrevista) aplicados na colheita dos dados aos imigrantes ucranianos e a descrição da metodologia utilizada na recolha da informação.

Num primeiro momento iniciamos a fase de sensibilização através dos atores sociais recorrendo a elementos representativos da comunidade e assessores religiosos ortodoxos e adventistas que conviviam de perto com o grupo populacional que pretendíamos estudar, o que facilitou novos contactos e com outra confiança.

1.4.1 O questionário

O questionário é composto por 37 questões, (trinta e uma questões fechadas e seis abertas) dividido em três partes de forma a facilitar a adesão dos participantes e permitir a caracterização da amostra. Este instrumento, codificado de forma numérica, inclui dados demográficos, de saúde (acesso, cuidados que necessita, tipo de apoio, obstáculos e planeamento familiar) e religião.

Após a construção e tradução do questionário, com o apoio de um pastor ucraniano com competências linguísticas portuguesas, foi efetuado o pré-teste num grupo homólogo ao da população em estudo (6 indivíduos), tendo-se constatado a necessidade de introduzir uma alteração de pormenor, como a caracterização das habilitações. Pois, o curso base corresponde ao 6º ano português, os cursos médios representam os cursos profissionais e o superior a uma licenciatura. (Anexo II)

A amostra que se encontrava mais acessível foi constituída pelos imigrantes ucranianos residentes na região do Porto, ou que praticam o seu credo religioso em

igrejas da mesma região e que aceitaram de forma livre e esclarecida participar no estudo, respondendo ao questionário. Desde logo, ficou claro que esta abordagem não seria fácil, pois a população imigrante ucraniana habitualmente parece pouco aberta ao exterior, com situações de irregularidades migratórias, podendo justificar a sua postura como uma forma de defesa, com receio de serem denunciados.

Nessa linha concretizamos a colheita dos dados, recorrendo num primeiro tempo ao questionário entregue em duas igrejas e numa associação de ucranianos em Rio Tinto, num segundo momento através do método de “bola de neve,” no qual um imigrante dava-nos a conhecer outro, e este a outro e assim obtivemos o total de 212 questionários corretamente preenchidos, o que perfaz uma taxa de retorno de 42,4%. Esta adesão foi obtida de acordo com a procura das referidas instituições pelos imigrantes, tendo sido superior ao previsto.

No momento do levantamento dos questionários através do método “bola de neve” era solicitada a marcação de entrevista com o inquirido, em local e data combinada por este último.

1.4.2 A entrevista

O investigador ao utilizar a entrevista como método de colheita de dados utiliza um instrumento em que em simultâneo é “*observador, entrevistador e intérprete de numerosos aspetos da pesquisa...*” (Streuber & Carpenter, 2002, p. 18) onde a subjetividade é valorizada, pois seleciona as pessoas, de maneira que a amostra represente o universo que se quer descrever.

De acordo com os objetivos estipulados neste estudo, as entrevistas realizadas tiveram como objetivos, ajudar a compreender melhor e a clarificar o fenómeno em estudo, de acordo com que Fortin refere em que a entrevista deve ter como funções, “*...examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes...servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados...*” (Fortin M.-F. , 2009, p. 375) e conhecer as crenças de saúde dos ucranianos.

Optámos, como referido, pela entrevista semiestruturada, com questões preconizadas por Purnell, que vão no sentido de elucidar e complementar os dados obtidos pelo questionário, embora concedendo ao entrevistado a liberdade para abordar os assuntos com profundidade, bem como expressar as suas perceções, sentimentos e crenças de forma a levar os profissionais de saúde a melhorar a sua prestação de cuidados. Assim, as entrevistas foram efetuadas no meio que o entrevistado preferiu. Visava explorar alguns fenómenos, a fim de identificar comportamentos, convicções e práticas dos indivíduos ou grupos em situações reais.

A entrevista teve por base um guião (Anexo III) onde consideramos os doze domínios da Cultura de Purnell para nos ajudar na sua condução:

- 1- Visão global.
- 2- Comunicação.
- 3- Papéis e organização familiar.
- 4- Questões laborais.
- 5- Ecologia biocultural.
- 6- Comportamentos de alto risco.
- 7- Nutrição.
- 8- Gravidez e práticas de nascimento.
- 9- Rituais de morte.
- 10- Espiritualidade.
- 11- Práticas de cuidados de saúde - Crenças/valores/attitudes/cognições/na procura de cuidados de saúde/Formação em relação à saúde.
- 12- Profissionais de saúde. (Purnell & Paulanka, 2010)

1.5 Procedimentos

A pesquisa no terreno foi iniciada em 2009 e efetuada no ano 2010 e 2011. Iniciámos o estudo com as entrevistas exploratórias para facilitar a elaboração do questionário que segundo Lessard as questões devem ser orientadas para a resposta e terminamos com as mesmas para colmatar algumas dúvidas e validar os resultados obtidos. (Lessard-Hébert, 2008)

Os dados quantitativos foram obtidos através de questionários em português e em ucraniano. A maioria foi distribuída em ucraniano para facilitar o seu preenchimento e abranger os que não dominavam a linguagem escrita do país de acolhimento. O objetivo deste instrumento foi colher dados numa população mais abrangente do que a entrevista para se comparar os resultados com outros estudos e complementar com o método qualitativo utilizado. Polit *et al.* refere que a “triangulação” não se limita unicamente à seriedade e à validade, mas permite um retrato mais completo e holístico do fenómeno em estudo. (Polit, 2011)

Após contacto com os responsáveis da Associação Amizade de Imigrantes de Leste em Rio Tinto e das Igrejas Ortodoxa e Baptista na região do Porto obtivemos apoio para a receção e preenchimento do questionário, e marcada a data da sua recolha.

A adesão dependia da procura dos imigrantes pelas referidas instituições, o que levou mais tempo do que o previsto e foi necessário efetuar diversas viagens para efetuar os vários levantamentos. Na recolha dos questionários através de “bola de neve” aproveitávamos para solicitar a marcação de entrevista em local escolhido pelo próprio, para assim se sentir mais à vontade. Dos 500 questionários distribuídos obtivemos um total de 212 questionários corretamente preenchidos o que perfaz uma taxa de retorno inferior a 50%.

Em ciências sociais e humanas e em especial nas ciências da saúde, muitas vezes o investigador utiliza estratégias combinadas que lhe permitem quantificar ou não o observável. Como refere Maroco, uma das necessidades mais frequentes na análise

estatística passa pela comparação de parâmetros populacionais tendo por base aleatória e em que se pretende testar se o tratamento, intervenção ou manipulação tem um efeito significativo na variável resposta. (Santos Curado, Vitorino Teles, & Maroco, 2013) A investigação nas diferentes áreas do conhecimento recorre à análise de variáveis através de técnicas estatísticas que dependem da validação dos pressupostos inerentes a cada uma delas, do tipo de variáveis e da dimensão amostral. Para a interpretação dos resultados quantitativos seguimos duas etapas; na primeira estudamos cada variável de forma individual e na segunda de forma associada com o cruzamento de variáveis. Esta metodologia permitiu observar relações entre fenómenos que foram tratadas com ajuda do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20. (Larson & Farber, 2004) (Field, 2009)

Dos 212 inquiridos, onze disponibilizaram-se para efetuar a entrevista. Esta foi realizada no período compreendido entre Fevereiro e Julho de 2011, com hora e espaço marcado. Teve por base um guião com os doze domínios da Cultura de Purnell como já referenciamos.

Os dados foram codificados com um número e que corresponde ao questionário numerado [ex. Entrevista 1 (E1) corresponde ao Questionário 20 (Q20)]. As respostas destes indivíduos foram comparadas e relacionadas na análise. O guião da entrevista adaptado do modelo de Purnell (Purnell & Paulanka, 2010) facilitou a partilha de um saber experienciado e a clarificação no sentido exploratório.

Na realização da entrevista recorremo-nos ao uso de um gravador, após autorização do entrevistado, não houve necessidade de recorrer a um intérprete, pois todos os imigrantes ucranianos que entrevistamos falavam português, apesar de alguns não lerem a língua portuguesa. As entrevistas foram efetuadas no meio que o entrevistado preferiu, visavam explorar alguns fenómenos, a fim de identificar comportamentos, convicções e práticas dos indivíduos ou grupos em situações reais.

Os dados obtidos foram tratados através da análise de conteúdo segundo Bardin. (Bardin, 2010) O autor considera que a técnica de análise de conteúdo é composta por um conjunto de técnicas de análise, com recurso a textos escritos, com o objetivo de obter indicadores quantitativos ou não, que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e receção das mensagens. Segundo Triviños é utilizado para o estudo “*das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências.*” (Triviños, 2007, p. 17) O método qualitativo assume aqui um papel subsidiário, embora tenha uma função importante no processo de investigação, não só no seu desenvolvimento para a seleção de questões e desenvolvimento de códigos para categorizar as respostas, mas também na interpretação e na clarificação dos dados quantitativos.

A preocupação dominante foi a compreensão da informação obtida e não tanto a saturação dos dados. Contudo, segundo Streubert e Carpenter esta saturação é um

mito, pois nada garante que se continuasse a efetuar novas entrevistas não pudessem aparecer novos dados que até à data não teriam sido revelados, ou estudados. (Streuber & Carpenter, 2002)

Consideramos que a investigação quantitativa facilita a investigação qualitativa e vice-versa, ou, ainda, ambas podem assumir a mesma importância. (Bryman, 1988) O guião da entrevista facilitou a partilha de um saber experienciado e a clarificação no sentido exploratório. Neste estudo, as entrevistas foram efetuadas pela investigadora com o recurso à gravação em registo áudio, com posterior transcrição de dados, de forma a minimizar o risco de potenciais perdas de informação.

A capacidade de utilizar a língua portuguesa na comunicação facilitou a expressão, beneficiou a compreensão de ambas as partes, levou a uma maior aproximação, e consequentemente a um melhor acesso às suas experiências e saberes que, de outra forma não seriam demonstrados com tanta clareza. No entanto, apesar de não ter sido necessário recorrer a tradutores, foi inevitável reformular algumas palavras das questões para melhorar a compreensão, tanto da investigadora como do entrevistado. (Powers, 2006) (Fortin M.-F. , 2009)(Lakatos & Marconi, 2010) (Polit, 2011)

Todas as entrevistas foram registadas e transcritas na íntegra, além de que os textos passaram por pequenas correções linguísticas, mas, não se eliminou o carácter espontâneo das falas. Foi um trabalho bastante moroso, exaustivo mas também muito interessante.

Na caracterização do grupo dos participantes entrevistados preocupámo-nos em referir os dados que consideramos mais pertinentes para a pesquisa e para concludentemente, compreendermos os dados fornecidos.

Após a transcrição das comunicações foi efetuada a análise de conteúdo que se iniciou pela identificação das categorias e subcategorias de significação que respondiam às áreas contempladas nos objetivos do estudo. Segundo Bardin, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos, unidades de registo sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos, que engloba um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, teve por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.(Bardin, 2010)

A finalidade da análise de conteúdo das entrevistas efetuadas foi extrair assuntos e obter um entendimento profundo dos valores e crenças que dirigem as práticas dos imigrantes ucranianos, envolvendo uma interpretação, compreensão sobre o que *dizem* e o que *fazem*. Esta análise consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. O tema mais incidente é a unidade de significação que naturalmente emerge do texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura.

A análise divide-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material ou codificação e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A *Pré-análise* é a fase de organização que apresenta como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa. Aqui são retomados os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material colhido, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Esta fase decompõe-se em três tarefas, a leitura flutuante, a constituição do corpus e a reformulação de objetivos. Assim:

- *Na Leitura flutuante* efetuamos uma leitura de contacto exaustiva com o material para conhecer seu conteúdo e assim pouco a pouco, a leitura tornou-se mais precisa, em função dos objetivos e das teorias que sustentam o estudo.
- *Na Constituição do corpus*, organizamos o material para que se possa responder a algumas normas de validade: (i) a exaustividade de que todos os aspetos da entrevista foram contemplados, até se ter esgotado a totalidade do texto; (ii) a representatividade, de forma que representasse de forma fidedigna o universo em estudo; (iii) a homogeneidade em que existe a preocupação em obedecer com precisão aos temas; e (iv) pertinência, em que os conteúdos deviam ser adequados aos objetivos traçados inicialmente.
- *Na Reformulação de objetivos*, determinamos a unidade de registo, palavra ou frase, a unidade de contexto, a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registo, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.

A *Exploração do material ou codificação*, é a etapa onde transformamos os dados brutos sistematicamente e agregados em unidades, que permitiram obter uma descrição das características fulcrais ao conteúdo. É a operação onde o texto é analisado sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente.

O *Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação* constituem a etapa do tratamento dos dados, a técnica da análise temática ou categorial. De acordo com Bardin e com base nas operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrem-se os diferentes núcleos de sentido que constituíram a comunicação para posteriormente realizar o seu reagrupamento em categorias. (Bardin, 2010)

Os resultados brutos, ou seja, as categorias que foram utilizadas como unidades de análise foram submetidas a operações estatísticas simples, de maneira a permitir ressaltar as informações obtidas.

Esta técnica de investigação permitiu realizar inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto, numa lógica explicitada, sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas. No nosso estudo utilizamos a terminologia Unidade de Significação (US), Subunidade de Significação (SUS) e Unidade de Registo (UR).

1.6 Considerações éticas

Este estudo, por implicar investigação com seres humanos, teve como princípios respeitar as recomendações éticas e legais preconizados pelas principais organizações internacionais, europeias e nacionais, designadamente, a Organização Mundial de Saúde, a União Europeia, e o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida relativamente à declaração de Helsínquia.

Neste sentido, foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os participantes - organizações, serviços e pessoas.

Todos os procedimentos foram explicados aos inquiridos assim como os benefícios decorrentes da participação. Foi igualmente assegurado o direito à recusa em participar, sem que daí decorresse qualquer inconveniente para os próprios.

Aos participantes foi solicitado o consentimento livre e informado para a participação no estudo, bem como a garantia do anonimato e demais direitos, tendo presente as implicações éticas, os princípios da Autonomia, não Maleficência, Beneficência e Justiça. Utilizamos uma linguagem clara e acessível, reforçamos a proteção dos vulneráveis, como é o caso dos ilegais. Mantivemos a confiança e a negociação através de explicações francas, honestas, claras e leais sobre os propósitos da pesquisa e do seu benefício. Os inquiridos foram, ainda, informados que podiam recusar responder a qualquer questão, bem como parar a entrevista a qualquer momento ou remarcá-la.

É importante voltar a salvaguardar que foi garantida a confidencialidade das respostas, sendo obtido o consentimento escrito para efetuar a gravação em registo áudio, bem como a utilização dos dados obtidos. (Anexo III)

Neste capítulo são apresentados, de forma sequenciada, os dados obtidos através do questionário e da entrevista, iniciando pela caracterização da amostra, resultados relacionados com o acesso do imigrante ucraniano aos cuidados de saúde e análise decorrente da associação de variáveis.

2 Resultados

Neste capítulo são apresentados, de forma sequenciada, os dados obtidos através do questionário e da entrevista, iniciando pela caracterização da amostra, resultados relacionados com o acesso do imigrante ucraniano aos cuidados de saúde e análise decorrente da associação de variáveis. Por último, apresentamos os dados obtidos através das entrevistas e respetivas análises.

2.1 Procura e acesso aos cuidados de saúde

No seguimento do que já foi referido, organizamos a interpretação dos resultados em duas fases. As variáveis foram analisadas individualmente numa primeira fase e posteriormente de forma associada com o cruzamento de variáveis. Dadas as

características da amostra, na segunda fase realizamos o teste de qui-quadrado para verificar a associação das variáveis.

2.1.1 Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 212 indivíduos imigrantes ucranianos, dos quais 113 (53,3 %) do género feminino e 99 (46,7%) do género masculino. A média de idades e a moda é de 39 anos, com uma amplitude de variação entre os 17 e os 62 anos. A maioria da amostra (45,8%) situa-se no grupo etário dos 30-39 anos, predominando o sexo feminino (27,4%). Constatamos, ainda, que apenas um indivíduo tem idade superior a 60 anos e é do género masculino, (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização da amostra em função da idade e do género

Idade	Género				Total	%
	Masculino	%	Feminino	%		
[15-19]	2	0,9	0	0,0	2	0,9
[20-29]	9	4,3	14	6,6	23	10,9
[30-39]	39	18,4	58	27,4	97	45,8
[40-49]	35	16,5	31	14,6	66	31,1
[50-59]	13	6,1	10	4,7	23	10,8
[>60]	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Total	99	46,7	113	53,3	212	100,0

Conforme se observa na Tabela 2, 69,3 % (147) dos imigrantes vivem com a família, 18,9% (40) vivem com amigos/companheiros, 10,4% (22) vivem sozinhos, 1,4% (3) não responderam. De salientar que são maioritariamente os homens que vivem sozinhos 7,5% (16) ou com amigos/companheiros 10,8% (23).

Tabela 2 “Situação familiar” segundo o “género”

Situação familiar	Género		Total	%
	Masculino	Feminino		
Sozinho	16	6	22	10,4
Família	58	89	147	69,3
Amigos/companheiros	23	17	40	18,9
Não respondeu	2	1	3	1,4
Total	99	113	212	100

Da observação da Tabela 3, verificamos que a maioria da amostra tem como “*habilitações académicas*” o ensino médio (105) e o ensino superior (90), sendo que destes 49,1% (104) são do sexo feminino. Apenas 8 imigrantes possuem o ensino básico.

Tabela 3 “*Habilitações académicas*” segundo o “*género*”

Habilitações académicas	Género		Total	%
	Masculino	Feminino		
Básico	3	5	8	3,8
Médio*	52	53	105	49,5
Superior	39	51	90	42,5
Não respondeu	5	4	9	4,2
Total	99	113	212	100,0

*Técnico-profissional

Relativamente à “*situação laboral*”, verificamos que 23,1% (49) dos imigrantes estão desempregados, dos quais 34 são do sexo feminino. 163 estão a trabalhar, sendo que destes 84 são do sexo masculino. (Tabela 4)

Tabela 4 “*Situação laboral*” dos imigrantes segundo o “*género*”

Empregado	Masculino	Feminino	N	%
Não	15	34	49	23,1
Sim	84	79	163	76,9
Total	99	113	212	100,0

Relativamente ao “*rendimento mensal*” e para a totalidade da amostra, verificamos que 25,9% (55) tem um rendimento mensal compreendido entre 501 e 700€, 25% (53) tem um rendimento mensal compreendido entre 375 e 500€, que 20,3% (43) não tem rendimento mensal, que 18,4% (39) tem um rendimento mensal compreendido entre 701 e 900€, que 3,8% (8) tem rendimento mensal compreendido entre 901 e 1100€, que 2,8% (6) tem rendimento mensal compreendido entre 1101 e 1500 €, de salientar que apenas 1,4% (3) tem rendimento mensal compreendido entre 1501 e 3000 €, 2,4% (5) não respondeu à questão.

A média de rendimento mensal da amostra é de 522,6 (DP= 356,9) variando entre 0 a 3000€.

Constatamos que 65,1% (138) dos imigrantes ucranianos em estudo permaneceram em Portugal entre 6 a 8 anos, 18,4% (39) entre 9 a 11 anos e 12,9% (27) entre 3 a 5 anos e 2,8% (6) até 2 anos, 2 sujeitos (0,9%) não responderam.

Da análise da Tabela 5, verificamos que 94,3% (200) da amostra refere que estão legais em Portugal, 2,4% (5) não estão e 3,3% (7) não respondeu. De realçar que 1,4% (3) recebeu ordem para abandonar Portugal.

Tabela 5 Estado de “*legalidade*” dos imigrantes segundo a “*ordem de saída*” de Portugal

Legalidade	N	%	Ordem de saída		Total	%
			Sim	Não		
Não	5	2,4	0	208	208	98,1
Sim	200	94,3	3	0	3	1,4
Não respondeu	7	3,3	1	0	1	0,5
Total	212	100,0	4	208	212	100,0

A maioria dos elementos da amostra (54,7%) vive em habitação fixa. De realçar que 31,6% (67) são do sexo feminino, 7,1% (15) gostaria de mudar de habitação e 26,9% (57) refere viver em condições inapropriadas, (Tabela 6).

Tabela 6 “*Situação habitacional*” segundo o “*género*”

Habitação	Género					
	Masculino N	%	Feminino N	%	Total N	%
Mudar de habitação logo que possa	11	5,2	4	1,9	15	7,1
Fixa	49	23,1	67	31,6	116	54,7
Inapropriada*	33	15,6	24	11,3	57	26,9
Não respondeu	6	2,8	18	8,5	24	11,3
Total	99	46,7	113	53,3	212	100,0

Verificamos na Tabela 7, que dos 49 elementos da amostra que assinalam não ter emprego 87,8% (43) não usufruí de rendimento mensal, 12% (6) refere ter um rendimento mensal que varia entre os 375 e os 900€ apesar de não terem emprego. Dos indivíduos empregados 34% (54) usufruí entre 501 e 700€, 31,6% (50) usufruí entre 375 e 500€, 23,4% (37) usufruí entre 700 e 900€, 10,8% (17) usufruí valores iguais ou superiores a 901€.

Tabela 7 “*Situação profissional*” segundo a “*classe de rendimento*”

Classe de rendimento	Empregado				Total	%
	Não N	%	Sim N	%		
0	43	20,3	0	0,0	43	20,3
[375-500]	3	1,4	50	23,6	53	25,0
[501-700]	1	0,5	54	25,4	55	25,9
[701-900]	2	0,9	37	17,5	39	18,4
≥ 901	0	0,0	17	8,0	17	8,0
Não respondeu	0	0,0	5	2,4	5	2,4
Total	49	23,1	163	76,9	212	100,0

Na Tabela 8, verificamos que 25% (53) dos imigrantes usufruem um rendimento mensal entre os 375 e os 500€ e que desses 16,0% (34) tem como habilitações académicas o ensino médio que corresponde ao técnico profissional, 8,0% (17) tem curso superior e 0,5% (1) tem ensino básico. Os indivíduos que tem rendimento entre os 501 e os 700€ e que correspondem a 25,6% (55) da amostra possuem como habilitações académicas curso médio (13,7%), 9,4% (20) curso superior e 0,9% (2) curso básico. Os participantes sem rendimentos correspondem a 20,8% (43) e tem como habilitações académicas o curso superior (9,9%), 7,5% (16) curso médio e 2,4% (5) possui o ensino básico. Os indivíduos que tem rendimento entre os 701 e os 900€, e que correspondem a 18,4% (39), tem curso superior 8,5% (18) e com curso médio 9,0% (19). Os inquiridos com rendimento superior a 701 têm curso superior (32,2 %), 10,8% (23) tem curso médio, e com o curso básico, nenhum auferesse esse rendimento.

Tabela 8 “Classe de rendimento mensal” segundo as “habilitações académicas”

Classe de rendimento	Habilitações académicas									
	Básico	%	Médio*	%	Superior	%	Não Resp.	%	Total	%
0	5	2,4	16	7,5	21	9,9	1	0,5	43	20,8
[375-500]	1	0,5	34	16,0	17	8,0	1	0,5	53	25,0
[501-700]	2	0,9	29	13,7	20	9,4	4	1,9	55	25,6
[701-900]	0	0,0	19	9,0	18	8,5	2	0,9	39	18,4
≥ 901	0	0,0	5	2,4	11	5,2	1	0,5	17	7,8
Não resp.	0	0,0	2	0,9	3	1,4	0	0,0	5	2,4
Total	8	3,8	105	49,5	90	42,4	9	4,3	212	100,0

*Técnico-profissional

2.1.2 Acesso aos cuidados de saúde

O acesso aos cuidados de saúde é dificultado frequentemente pela ausência de informação sobre os direitos e serviços à disposição ou mesmo por falta de conhecimento ou de sensibilidade dos profissionais de saúde. A saúde é um dos pilares de desenvolvimento económico, a desigualdade no acesso aos serviços é considerada como uma ameaça aos valores sociais, económicos e aos objetivos da Europa. (Tamsma & Berman, 2004)

Relativamente ao acesso à informação, 23 imigrantes referiram não ter qualquer tipo de informação e 8,5% (18), destes já vivem em Portugal há mais de 6 anos, (Tabela 9).

Tabela 9 “Acesso à informação” segundo o “tempo de permanência”

Acesso à informação	Permanência em Portugal										Total	
	0-2 anos	%	3-5 anos	%	6-8 Anos	%	9-11 anos	%	Não resp	%	N	%
Não	2	0,9	3	1,4	8	3,8	10	4,7	0	0,0	23	10,8
Sim	4	1,9	24	11,3	130	61,3	29	13,7	1	0,5	188	88,7
Não resp.	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
Total	7	3,3	27	12,7	138	65,1	39	18,4	1	0,5	212	100,0

Da observação da Tabela 10, constatamos que a maioria dos imigrantes da nossa amostra, 88,7% (188) têm acesso à informação, sendo que a percentagem de mulheres que dizem ter acesso à informação é superior à dos homens 92,9% (104), 15 homens e 8 mulheres não têm acesso a informação e uma mulher não respondeu.

Tabela 10 “Acesso à informação” segundo o “género”

Acesso à informação	Género				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
Não	15	7,1	8	3,7	23	10,8
Sim	84	39,6	104	49,1	188	88,7
Não resp.	0	0,0	1	0,5	1	0,5
Total	99	46,7	113	53,3	212	100,0

A maioria dos inquiridos (98,6%) tem conhecimento da existência do Centro Saúde e 67,9% (144) dos imigrantes já recorreram ao mesmo, enquanto 30,2% (64) não. Quatro indivíduos não responderam.

Na Tabela 11, verificamos que referem maioritariamente o apoio de associações (150), dos amigos (73), da família (57), dos vizinhos (41), dos técnicos de saúde (15) e dos patrões (2).

Tabela 11 “Tipo de apoio no país de acolhimento”

Tipo de apoio no país de acolhimento	Sim N	%
Associações	150	70,8
Amigos	73	34,4
Família	57	26,9
Vizinhos	41	19,3
Técnicos de saúde	15	7,1
Patrões	2	0,9

Como podemos analisar na Tabela 12, 49,6% (105) dos imigrantes já recorreram ao médico, 32,6% (69) recorreram só à medicina tradicional, complementar. Ao enfermeiro e ao médico, em simultâneo, recorreram 4,2% (9) dos inquiridos, apenas ao enfermeiro recorrem 3,8% (8) sendo de realçar que 2,8% (6) não recorre a ninguém quando estão doentes.

Tabela 12 “Recursos de saúde” selecionados em situação de doença

Recursos de saúde	N	%
Médico	105	49,6
Enfermeiro	8	3,8
Medicina tradicional	69	32,6
Hospital	2	0,9
Ninguém	6	2,8
Médico e hospital	7	3,3
Médico e enfermeiro	9	4,2
Não respondeu	6	2,8
Total	212	100,0

Constatamos que 49,1% da nossa amostra recorrem simultaneamente à medicina tradicional e a outros cuidados de saúde (hospital, médico e enfermeiro). A maioria dos imigrantes ucranianos (96,2%) não menciona problemas de saúde. Apenas seis indivíduos referem problemas relacionados com diabetes, ansiedade, hipertensão arterial, cirurgia à coluna e com os filhos. Também, 13,2% (28) dos imigrantes referiram recusa de cuidados de saúde (médicos e enfermeiros), sendo, 9,9% (21) recusa médica e 3,3% (7) de enfermeiros. De realçar que 53,3% (113) não respondeu.

Da observação da Tabela 13, verificamos que 36,8% (78) da amostra se automedicam e 50,5% (107) procuram os cuidados médicos. Destes, 17,5% (37) automedicam-se.

Tabela 13 Formas de “*acesso à adesão terapêutica*” medicamentosa

Acesso à adesão terapêutica	N	%
Prescritos por médico	70	33,0
Automedicação	78	36,8
Automedica e médico	37	17,5
Não tomou medicamentos	20	9,4
Não respondeu	7	3,3
Total	212	100,0

Quando questionada quanto à dependência no autocuidado, 49,1% da amostra refere independência e 49,1% dependência parcial, quatro indivíduos não responderam.

Relativamente à satisfação das necessidades básicas, os imigrantes ucranianos aludem dificuldades relacionadas com: a ocupação dos tempos livres (60), o

sono/repouso (26), as condições para efetuarem a sua higiene (20), o vestuário (13), a alimentação (7), a falta de condições para efetuar a sua eliminação (6), a deslocação ao médico (5), a integridade cutânea (3), e a deambulação e respiração (4).

A maioria dos inquiridos (97,6%) refere estar vacinado, dos quais 198 (93,4%) fê-lo no país de origem e 6 (2,8%) no país de acolhimento. Três imigrantes não se encontram vacinados.

Quando questionados os imigrantes ucranianos relativamente ao recurso ao SNS, 57,1% (121) manifestou-se negativamente e 35,8 (76) afirmativamente. Quinze indivíduos não responderam.

Dos 212 inquiridos, 157 (74,1%) referiram existir obstáculos no acesso aos cuidados de saúde no país de acolhimento. Na Tabela 14 observamos que desses 157, sem serem as respostas exclusivas: 131(83,4%) mencionaram a barreira linguística, 62 (39,4%) os horários desfasados, 48 (30,6%) os tratamentos caros, 48 (31%) o desconhecimento dos seus direitos, e não saberem onde se dirigirem 31 (19,7%), barreira cultural, crenças não respeitadas 20 (12,7%), 7 (4,5%) referem e problemas administrativos e 4 (2,5%) mencionam medo da discriminação.

Tabela 14 “Obstáculos no acesso aos cuidados de saúde”

Obstáculos no acesso aos cuidados de saúde	N	%
Barreira linguística	131	83,4
Horários desfasados	62	39,4
Tratamentos caros	48	30,6
Desconhecimento dos direitos	31	19,7
Barreira cultural	20	12,7
Problemas administrativos	7	4,5
Medo de discriminação	4	2,5

Na Tabela 15 podemos observar que 61,8% da amostra professam uma religião cristã (87 praticam a religião ortodoxa, 22 a católica, 14 a batista, 6 a greco-católica e 2 referem serem cristãos) e 38,2% não responderam.

Tabela 15 “Religião professada”

Religião	N	%
Ortodoxa	87	41,0
Católica	22	10,5
Batista	14	6,6
Grego católica	6	2,8
Cristã	2	0,9
Não respondeu	81	38,2
Total	212	100,0

Da observação da Tabela 16, verificamos que 78,3% (166) dos imigrantes referem ter apoio espiritual e 12,3% (26) não e 9,4% (20) não respondeu.

Tabela 16 “Apoio espiritual”

Apoio espiritual	N	%
Não	26	12,3
Sim	166	78,3
Não respondeu	20	9,4
Total	212	100,0

2.1.3 Relação entre o género e os recursos socioeconómicos de saúde

Após análise descritiva dos dados provenientes do questionário importa compreender alguns fenómenos que resultam do relacionamento da variável género com as seguintes variáveis: recurso dos serviços de saúde, adesão ao planeamento familiar, recurso ao programa de planeamento familiar, empregabilidade, rendimento mensal, necessidade de cuidados e recurso aos serviços de saúde em Portugal.

Relação entre o género e o recurso aos serviços de saúde.

Como se pode observar na Tabela 17, dos 197 imigrantes ucranianos que responderam a esta questão, mais de metade 61,4% (121) não recorrem ao SNS. Dos 38,6% (76) que recorrem ao SNS, 25,4% (50) são do género feminino. Observamos que a proporção de mulheres ucranianas que recorre aos serviços de saúde em Portugal é estatisticamente significativa relativamente aos homens ($\chi^2=4,970$; $p<0,05$).

Tabela 17 Relação entre “género” e o “recurso ao Sistema Nacional de Saúde”

Género	Recorre SNS				Total	%
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
Masculino	61	30,9	26	13,2	87	44,1
Feminino	60	30,5	50	25,4	110	55,9
Total	121	61,4	76	38,6	197	100,0

$\chi^2=4,970$; $p<0,05$

Relação entre o “género” e a “adesão ao planeamento familiar”

No que concerne à adesão ao programa de planeamento familiar, constatamos que dos 212 imigrantes, 42 (19,8%) aderem e destes 35 são do género feminino. Dos 135 que não aderem ao programa, 74 são do género feminino. Dos 35 indivíduos que não responderam, 31 são do género masculino e 4 do feminino.

Quando questionados sobre a adesão ao Programa de planeamento familiar do SNS, constatamos que dos 212 imigrantes, 177 (83,4%) respondeu à questão-

Da observação da Tabela 18, verificamos que desses 177, 23,7% (42) adere ao Programa de planeamento familiar do SNS, destes 19,8% (35) é referente ao género feminino em período fértil (dos 20 aos 49 anos). Dos 68 imigrantes do género masculino apenas 7 aderiram ao Programa de planeamento familiar. Dos 109 do género feminino 74 não aderiram ao programa.

Tabela 18 Relação entre o “género” e a “adesão ao Programa de Planeamento Familiar” no SNS

Género	Adesão ao Programa de Planeamento Familiar				Total	%
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
Masculino	61	34,5	7	3,9	68	38,4
Feminino	74	41,8	35	19,8	109	61,6
Total	135	76,3	42	23,7	177	100,0

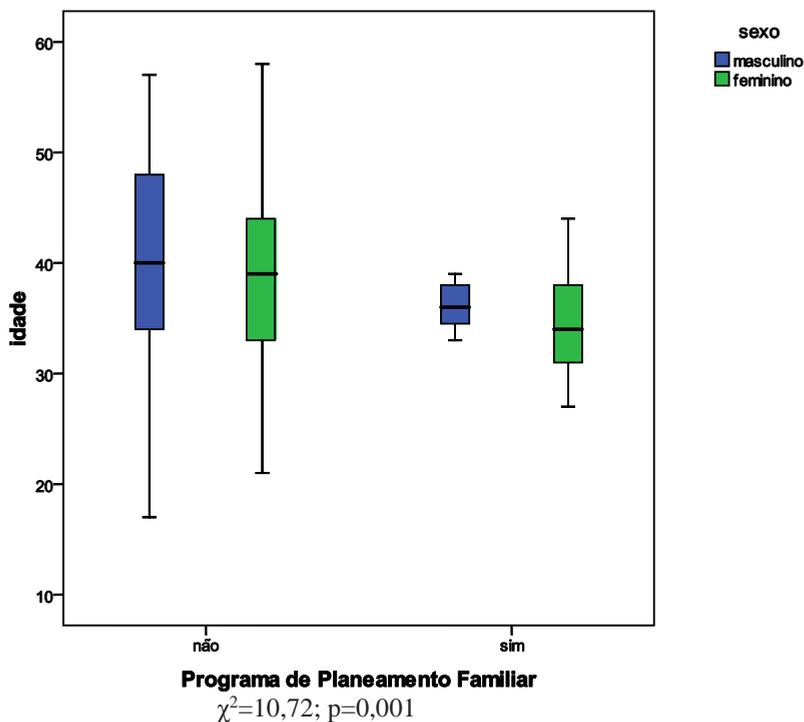
$\chi^2=39,997$ $p=0,001$

Na relação entre a variável género e o planeamento familiar, podemos concluir que a proporção das mulheres que adere ao Programa de planeamento familiar (19.8%) é estatisticamente significativo em relação ao dos homens (3.9%) ($\chi^2=39,997$ $p=0,001$).

Relação entre o “género feminino” em período fértil e o “recurso ao Programa de Planeamento Familiar”

No Gráfico 1, podemos observar a relação entre o género e o recurso ao planeamento familiar, a mediana localiza-se entre os 29 e os 49 anos (idade fértil). Verifica-se também que apenas 16,5% (35) do sexo feminino e 10,4% (7) do sexo masculino recorrem ao planeamento familiar e que 63,7% (135) não recorre. Observa-se diferenças estatisticamente significativas entre os géneros. ($\chi^2=10,72$; $p=0,001$)

Gráfico 1 – Relação entre o “período fértil do género feminino” e o “recurso ao Programa de Planeamento Familiar”



Relação entre o “género” e a” empregabilidade”

Analisando a Tabela 19 no que se refere à relação entre o género e a empregabilidade, verificamos que a proporção de homens empregados 51,5% (84) é significativamente superior ao das mulheres 48,5% (79) ($\chi^2 = 6,625$; $p=0,01$)

Tabela 19 Relação entre o “género” e a “empregabilidade”

Género	Empregado				Total	
	Não		Sim		N	%
	N	%	N	%		
Masculino	15	7,1	84	39,6	99	46,7
Feminino	34	16,0	79	37,3	113	53,3
Total	49	23,1	163	76,9	212	100,0

$\chi^2 = 6,625$; $p=0,01$

Relação entre o “género” e a classe de” rendimento mensal”

No que se refere ao rendimento mensal, dos 207 que responderam constatamos que 46.4% (96) dos participantes auferem um rendimento mensal inferior a 500 euros, sendo superior a proporção entre o sexo feminino 34.8% (72). Verifica-se que na relação entre o género e o rendimento mensal, há diferenças estatísticas significativas sendo que o género masculino tem o rendimento mensal superior. ($\chi^2=49,006$; $p=0,001$) (Tabela 20 e Gráfico 2).

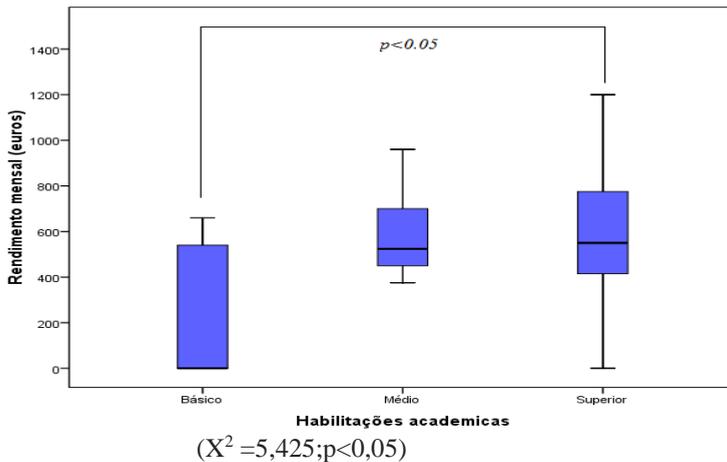
Tabela 20 Relação entre o “género” e a “classe de rendimento mensal”

Género	Classe de rendimento				Total	
	≤500€		>500€		N	%
	N	%	N	%		
Masculino	24	11.6	74	35.7	98	47.3
Feminino	72	34.8	37	17.9	109	52.7
Total	96	46.4	111	53.6	207	100,0

$\chi^2 = 49,006$; $p=0,001$

Relação entre “classe de rendimento mensal” e “habilitações académicas”

No gráfico 2, podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 8,425$; $p < 0,05$) entre o rendimento dos imigrantes que apresentam habilitações académicas básicas e média/superior, a mediana no grupo médio/superior localiza-se à volta dos 600€ e no grupo das habilitações básicas é a extremidade superior que atinge esse valor.

Gráfico 2 “Classe de rendimento “segundo as “habilitações académicas”**Relação entre o “género” e a “necessidade de cuidados de higiene”**

Ao analisarmos a Tabela 21, concluímos que a proporção de homens (70,7%) que referiram necessitar de cuidados de higiene é significativamente superior ao das mulheres (25%) ($\chi^2 = 7,106$; $p = 0,01$).

Tabela 21 Relação entre o “género” e a “necessidade de cuidados de higiene”

Cuidados de higiene	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	84	43,8	15	70,7	99	46,7
Feminino	108	56,3	5	25,0	113	53,3
Total	192	90,6	20	9,4	212	100,0

$\chi^2 = 7,106$; $p = 0,01$

Síntese dos resultados:

Os imigrantes ucranianos do nosso estudo apresentam uma média de idades de 39 anos onde predomina o sexo feminino, a maioria vive com a família mas ainda há quem viva sozinho apesar da oportunidade de agrupamento familiar.

As habilitações que detêm vão ao encontro do que referem diversos autores, metade da amostra detêm o ensino médio, 6% refere possuir o ensino básico e o restante o

ensino superior. O género feminino apresenta habilitações superiores, 24% versus 18% do género masculino, mas são as mulheres que apresentam maior taxa de desemprego (16%) em relação ao género masculino (7%). A média de rendimento mensal da amostra é de 523€ mas varia entre 0 a 3000€. E os que auferem os rendimentos mais elevados possuem curso superior e são do género masculino.

Grande maioria dos imigrantes deste estudo permanecem em Portugal há mais de 6 anos 83,9% e 26,9 % referiu viver em habitações inapropriadas.

Acesso aos cuidados de saúde

Apesar de 88,7% referir ter acesso a informação 10,8% não têm e destes 8,5% vive em Portugal há mais de 6 anos.

Quando os inquiridos se encontram num estadio de doença, 30% refere que recorre ao Centro de Saúde, mas 33% recorre às medicinas tradicionais complementares, 3% não recorre a ninguém, 49 % recorre em simultâneo à medicina tradicional e a outros cuidados de saúde (hospital, médico e enfermeiro). É de realçar que 96% dos inquiridos não mencionam problemas de saúde.

As patologias mais referidas foram: a diabetes, ansiedade, hipertensão arterial, cirurgia à coluna e problemas de saúde com os filhos.

A automedicação surge com uma percentagem de 37% e a procura do médico em simultâneo com a automedicação aparece-nos com 18%.

Na questão da satisfação das necessidades básicas surge como dificuldades: em primeiro lugar, como ocupar os tempos livres (28%) e em segundo, o sono e repouso (12%).

A adesão ao planeamento familiar é obtida em 23.7% dos inquiridos maioritariamente pelo género feminino (19.8%).

Em relação aos obstáculos no acesso aos cuidados de saúde, a maioria refere existir (74%), sobressai a barreira linguística (83%), seguida dos horários desfasados em relação aos tempos livres laborais (39%), 31% dos inquiridos referiram os tratamentos efetuados caros; mencionaram desconhecer os seus direitos e não saberem onde se dirigir 20%, 13% refere que existe barreira cultural e as suas crenças não são respeitadas, 5% refere problemas administrativos e por último 3% menciona existência de discriminação.

2.2 Procura e crenças sobre saúde

Tal como Huberman e Miles para ajudar a compreensão e análise dos dados obtidos, sentimos necessidade de complementar essa apresentação não só com o recurso ao texto narrativo, mas também a representações ilustrativas, uma vez que possibilita a

interpretação do trabalho desenvolvido de forma clara e objetiva, proporcionando uma leitura mais agradável e fluente. (Huberman & Miles, 1991)

Reconhecemos que o percurso sofreu intempéries, foi necessário dar especial importância à leitura e releitura das entrevistas, levando-nos à necessidade de ler e reler bem como refletir profundamente sobre as mesmas.

A utilização das figuras, quadros, diagramas e tabelas matrizes, auxiliou na clarificação e visualização dos dados com maior facilidade, procedendo-se à análise detalhada. Este processo foi possível com o apoio de duas pessoas creditadas para validar e testar a fidelidade do sistema tal como preconiza Vala (Vala, 2005) O tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consistiu em colocar em relevo as informações fornecidas pela análise através da quantificação simples, ou mais complexa. Empregamos os domínios de Purnell como meio facilitador, para a apresentação dos dados e melhor compreensão dos registos extraídos das entrevistas. (Oliveira D. C., 2008) Nesse sentido, realizamos 11 entrevistas a imigrantes ucranianos que faziam parte da amostra do estudo quantitativo e que se prontificaram em colaborar nesta investigação após o preenchimento do questionário. Desta forma procuramos entender como os entrevistados interpretam os aspetos do contexto sociocultural e de saúde em que estão envolvidos e obtivemos informação utilizando a linguagem do informante, indo ao encontro do nosso propósito. (Bogdan & Biklen, 1994)

Para o efeito durante as entrevistas recorremos a um guião que facilitou a colocação das questões, deixando o entrevistado à vontade e que nos permitisse fazer as adaptações consideradas necessárias no decurso da mesma. Essa técnica possibilitou a elaboração de um quadro que englobasse as principais características dos imigrantes ucranianos.

Após a caracterização dos imigrantes entrevistados apresentamos os resultados, decorrentes das onze entrevistas, organizados segundo os domínios culturais de Purnell.

2.2.1 Caracterização da amostra

No quadro 2 podemos observar a caracterização dos imigrantes ucranianos que se disponibilizaram a serem entrevistados. Nele se resumem as variáveis sociodemográficas como: a idade, o género, as habilitações literárias, o tempo de permanência e o rendimento que o imigrante usufrui.

A média de idades dos entrevistados situa-se nos 42 anos. Na amostra predomina o sexo feminino, 7 (64%).

Quadro 2 – Caracterização dos imigrantes ucranianos entrevistados

Entrevista	Questi-onário	Idade	Gênero	Habilitações	Tempo de permanência	Trabalho/rendimento
E1	Q17	54	Feminino	Curso Médio	6 anos	Ordenado mínimo
E2	Q87	43	Feminino.	Curso Médio	7 anos	Ordenado mínimo
E3	Q90	43	Masculino	Curso Básico	6 anos	Precário
E4	Q1	31	Feminino	Curso Médio	6 anos	Desempregado, fundo desemprego
E5	Q43	49	Masculino	Curso Médio	7 anos	Ordenado mínimo
E6	Q197	45	Masculino	Curso Superior	8 anos	5 vezes superior ao ordenado mínimo
E7	Q210	48	Masculino	Curso Superior	10 anos	6 vezes superior ao ordenado mínimo
E8	Q131	35	Feminino	Curso Superior	10 anos	Estuda
E9	Q115	28	Feminino	Curso Superior	4 anos	Não trabalha
E10	Q170	42	Feminino	Curso Superior	5 anos	½ horário (400€)
E11	Q212	40	Feminino	Curso Superior	10 anos	6 vezes superior ao ordenado mínimo

Conforme se constata no Quadro 2, as habilitações académicas dos entrevistados, ganham maior forma quando falamos do curso superior, atingindo uma percentagem de 58% (6), seguido do curso médio com 34% (4) e com uma menor percentagem o curso básico com 8% (1), indo ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos. (Ramos N. , 2006)(Sousa J. , 2006)(Fonseca & Gorai, 2007) (Lyudmila, 2009)(Purnell & Paulanka, 2010) (Monteiro A. P., 2011)(Sousa J. E., 2011)

2.2.2 Domínios culturais de Purnell

Apesar de utilizarmos o guião de entrevista de acordo com os domínios de Purnell, não foi fácil obter informação que fosse ao encontro do preconizado pelo autor e aos objetivos traçados por nós. Os entrevistados concediam maior relevo às suas preocupações dominantes, como o sofrimento que passaram ou passam para se manterem a si e à família que se encontra no país de acolhimento e à que deixaram no seu país de origem, a Ucrânia, como os filhos e os pais.

Conhecer uma cultura implica compreender como a discriminação, preconceito e a opressão influencia o sistema de valores e crenças na vida quotidiana. (Purnell & Paulanka, 2010) (Purnell, 2011)

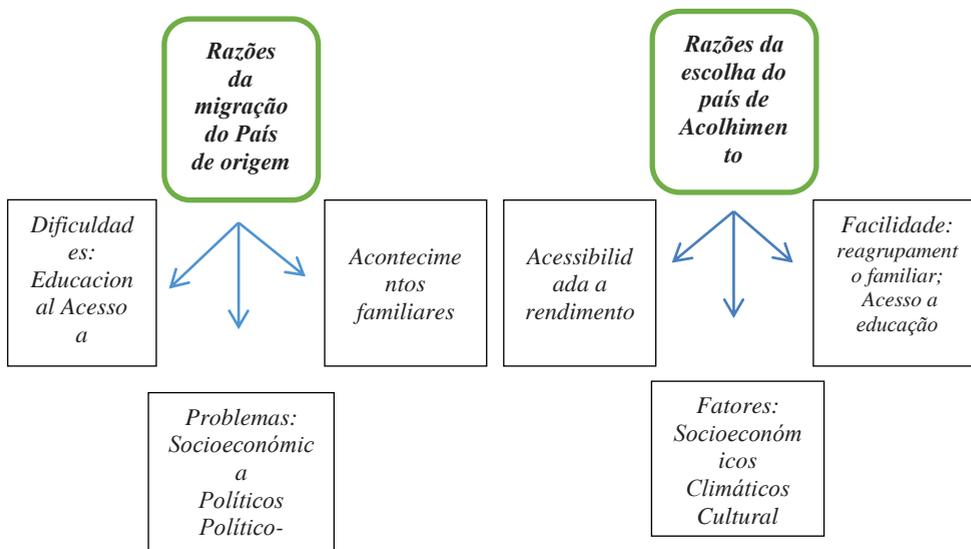
Os doze domínios de Purnell constituíram-se numa mais-valia para avaliar os atributos culturais dos imigrantes ucranianos na região, definidos *a priori*, servindo como fio condutor, o que contribuiu para a ordenação e a organização dos dados transcritos.

Os dados serão apresentados em diagramas e quadros para facilitar a sua visualização e compreensão. As categorias e as unidades de significação serão realçadas em itálico.

Domínio cultural - visão global

O domínio “Visão global”, também conhecido como Visão do Mundo ou mesmo Herança, inclui conceitos relacionados com a perspectiva das origens dos participantes, das razões que os levaram à migração e à escolha do país de acolhimento. (Anexo V) Neste domínio, das unidades de registo emergiram duas categorias: *Razões da migração do País de origem* e *Razões da escolha do país de acolhimento*. A primeira categoria abrange seis Unidades de Significação: *os problemas socioeconómicos, políticos, político-religiosos, dificuldade educacional, dificuldade de acesso a remuneração e acontecimentos familiares* (Diagrama 3).

Diagrama 3 Domínio Cultural - Visão Global - Categorias e Unidades de Significação



No quadro 3 relativo ao domínio “Visão global,” todos os entrevistados referiram como razões de migração do país de origem, problemas socioeconómicos, destes 7 (64%) relacionados com falta de recursos económicas e alguns mesmo por passarem fome referido por 4 (36%). Inquiridos. Um exemplo de uma unidade de registo, fome: “*Eu e marido tivemos de emigrar, na Ucrânia passava fome.*” (E1)

A *dificuldade de acesso à remuneração* abrange 10 (91%) dos inquiridos, 8 (73%) referiram dificuldade de sobrevivência, 2 (18 %) porque se encontravam

desempregados. Ex: “*As razões para imigrar foram económicas. Tinha emprego mas o vencimento era muito inferior ao que queríamos ter.*” (E4) *Como veterinários ganhávamos 30 euros e pagavam em bens. O dinheiro, não dava para nada, pagavam com trigo.*” (E10); “*Na Ucrânia ordenado de médico-cirurgião não dá para viver dignamente.*” (E7)

Entre outras, das razões referidas, (Quadro 3) são os problemas políticos apontados por 5 (45%) dos entrevistados e 4 (36%) referem as dificuldades educacionais. Unidade de registo dos problemas políticos na Ucrânia: “*A política na Ucrânia é muito diferente, o país está mal, sempre, sempre e não se sabe quando melhora.*” (E5)

A Unidade de Significação *política religiosa* emergiu como uma das razões da migração: “*Pior no soviético era não se poder ir à igreja, dizer a verdade.*” (E10); “*não tínhamos Deus, nada, só comunismo, era só o Deus deles, e nós não acreditávamos.*” (E4)

Quadro 3 Unidades e Subunidades de Significação do Domínio cultural - Visão global, na Categoria – “*Razões da migração do país de origem*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Problemas Socioeconómicos</i>	Fome	4		
	Falta de recursos económicos	7	2	
<i>Problemas Políticos</i>	.....	5	----	
<i>Problemas Político - religiosos</i>	.....	2		
<i>Dificuldade educacional</i>		4	----	
<i>Dificuldade de acesso à remuneração</i>	Sobrevivência	8		
	Desempregado	2	2	
<i>Acontecimentos familiares</i>	.....	3	----	6

Em relação à categoria “*razões da escolha do país de acolhimento*” - (Portugal), no quadro 4 podemos observar que emergiram 6 unidades de significação, a totalidade dos inquiridos consideram que no país de acolhimento têm melhor acessibilidade de rendimento. Dentro desta unidade, emergem cinco subunidades de significação: possibilidade de subsídio do estado e ou apoio de família e de possibilidade de rendimento, ambas referidas por 4 dos inquiridos. É de realçar que os que têm emprego com alto rendimento, 3 (27%) são os que obtiveram reconhecimento da formação académica. E 6 (55%) escolheram este país de acolhimento pela facilidade de acesso à educação. Estes inquiridos escolheram Portugal por fatores culturais, ser

um povo acolhedor e facilitar o reagrupamento familiar (36%); por último, na Unidade de Significação “fatores climáticos”, 3 (27%) dos inquiridos consideram Portugal menos frio no Inverno do que a Ucrânia.

Quadro 4 Unidades de Significação no Domínio Cultural Visão global, Categoria “*Razões da escolha do país de acolhimento*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Fatores Socioeconómicos</i>	.....	2	---	
<i>Fatores climáticos</i>	.....	3	---	
<i>Fatores culturais</i>	.....	4	---	
<i>Reagrupamento familiar</i>	.....	4	---	
<i>Acesso à educação</i>	.....	6	---	
<i>Acessibilidade a rendimento</i>	Possibilidade de subsídio do estado e apoio familiar	4		
	Possibilidade a um rendimento	7		
	Acesso a formação para melhor remuneração	2		
	Reconhecimento da formação académica	3	5	6

Seguidamente, para melhor compreensão, apresentamos as expressões do discurso mais significativas:

Fatores socioeconómicos: “*O futuro em Portugal é bom, Portugal tem mais futuro que a Ucrânia.*” (E3)

Reagrupamento familiar: “*Legalizar foi fácil pelo reagrupamento familiar.*” (E9)

Acesso à educação: “*Filhos cá podem estudar, lá é difícil.*” (E8)

Acessibilidade de rendimento: “*Fiz exames e comecei a trabalhar no centro saúde de Baião*” (E7). [Ordenado 6 vezes superior ao ordenado mínimo].”*Vim por saber que havia falta de médicos, mas sabia que era difícil a equiparação [conseguiu].*”(E6)

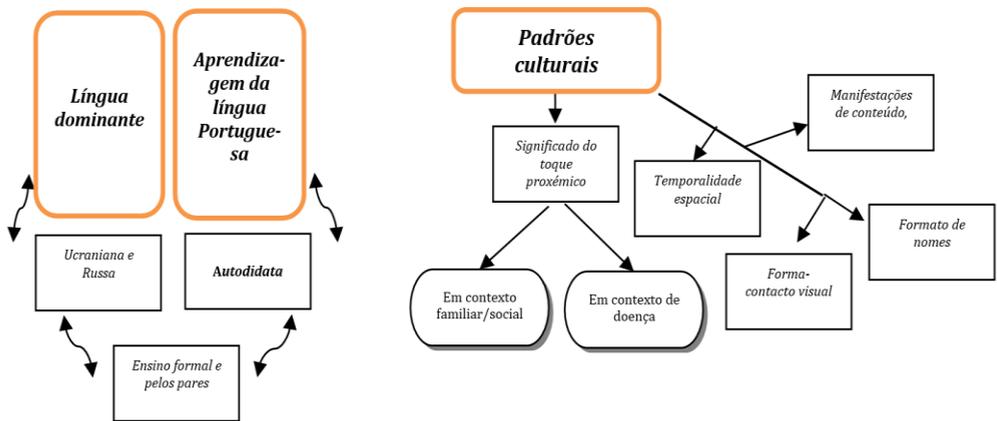
Domínio cultural – A comunicação verbal e não-verbal

O Domínio “*Cultural de Comunicação*” é um dos domínios mais complexos, uma vez que está relacionado com os outros domínios e dependente das competências da linguagem dominante, dialetos, variações da para-linguagem, dos padrões de comunicação cultural, práticas de distanciamento corporal e saudações: “*As relações hierárquicas, género e crenças religiosas afetam também a comunicação.*” (Purnell & Paulanka, 2010, p. 28)

A linguagem é de extrema importância, uma vez que está associada à identidade de um povo e pode caracterizar barreiras socioculturais quando não é dominada pela sociedade e pelo indivíduo. (Anexo VI)

No **Napaka! Vira sklicevanja ni bilo mogoče najti.**, podemos observar três categorias, unidades e subunidades que emergiram no domínio cultural - A Comunicação - Linguagem verbal e não-verbal.

Diagrama 4 Domínio Cultural – A Comunicação verbal e não-verbal – Categorias, Unidades e Subunidades de Significação



No domínio da comunicação emergiram três categorias: a *língua dominante*; a *aprendizagem da língua do país de acolhimento-português* e os *padrões culturais*.

Podemos observar através do Quadro 5, que as *línguas dominantes* são a ucraniana e a russa (100%). Todos os ucranianos dominam a língua russa e referem como razão, a Ucrânia só se ter tornado independente da União Soviética em 1991/92. Até essa altura a língua dominante era a Russa e não se podia falar a língua ucraniana: “*Há 15 anos a língua na Ucrânia era só russa, agora quando a Ucrânia se libertou da Rússia é só ucraniana.*” (E5) Mencionaram que alguns imigrantes dominam melhor a língua russa do que a ucraniana.

Quadro 5 Categorias, Unidades e Subunidades de Significação no Domínio Cultural Comunicação – “*Barreira da língua*”

Categorias	Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Língua dominante</i>	<i>Ucraniana e Russa</i>	.....	11	---	1
<i>Aprendizagem da língua do país de acolhimento - o português</i>	<i>Autodidata</i>	.....	3	---	
	<i>Ensino formal</i>	.....	2	---	
	<i>Ensino com os pares</i>	.....	2	---	3
<i>Padrões culturais</i>	<i>Significado do toque proxémico</i>	Em contexto Familiar/social	9		
		Em contexto de doença	1	4	
	<i>Manifestações de conteúdo</i>	Afeto	3	1	
	<i>Em relação à forma</i>	Contacto visual	1	1	
	<i>Temporalidade espacial</i>	Vive o presente	2		
		Pontualidade	3	2	
	<i>Formato para nomes</i>	.....	3	---	5

A frequência do ensino formal, financiado pela União Europeia, para os imigrantes aprenderem o português era considerado muito importante, porque era uma aprendizagem mais fidedigna: “*Procurei escolas para falar português. Nós falamos português mas não lemos, e damos uma conotação diferente à palavra.*” (E8)

A aprendizagem segundo os inquiridos foi efetuada de formas diferentes, de forma autodidata referido por 3 (27%) inquiridos, a frequentar escolas financiadas pela União Europeia mencionado por 2 (18%) e em igual valor referem que a aprendizagem foi efetuada com os seus pares e a ajuda de portugueses.

Só um inquirido dominava a língua portuguesa quase na perfeição, mas referiu que necessitou de muito estudo catalisado pela exigência da profissão de professora: “*A língua foi ultrapassada com muito estudo. Com a escola, a união europeia tinha cursos de vários níveis. Fizemos esse curso. Tive de fazer exame para fazer a equivalência à licenciatura.*” (E11)

Ainda neste domínio, e na categoria *Padrões culturais*, emergiram 4 unidades de significação, o *Significado do toque proxémico*, com duas subunidades: em contexto familiar/social 9 (82%) dos inquiridos referem que o beijo e o abraço devem ser usados só em família na intimidade, o aperto de mão é o cumprimento mais correto para usar oficialmente e o abraço “*a bater nas costas*” é considerado agressivo pelos ucranianos, o que contrasta com a prática dominante entre os autóctones, onde é considerado caloroso, um sinal de afeto e incentivado pelos portugueses. Por último

e em relação ao contexto da pessoa doente, um inquirido referiu que não se deve tocar, como prevenção de possível contágio.

Nas *manifestações de conteúdo*, 3 (27%) dos entrevistados referem que o imigrante ucraniano é reservado e os mais velhos não demonstram afetividade em público, assim como em *relação à forma*, um imigrante referiu gostar de manter o contacto visual quando conversa com os profissionais de saúde.

Em relação à Unidade de Significação *Temporalidade espacial*, 2 (18%) dos inquiridos vivem o presente, pois o futuro é incerto, e 3 (27%) dizem que por princípio são pontuais. Como uma última Unidade de Significação emergente é o *Formato para nomes*, em que o imigrante ucraniano em sinal de respeito, considera que o uso do título que cada indivíduo adquiriu deve ser respeitado, o “Sr.”; o “Dr.” entre outros (3 referiram este facto).

São de referir as crenças que emergiram das unidades de registo em relação ao toque proxémico. Assim:

- Como Crença Cultural de Comunicação surge o “*beijo*,” interdito entre os géneros no meio profissional: “*O beijo é só para a família, amigos a sério.*” (E7)
- O Aperto de mão, como cumprimento oficial - “*Entre os sexos não se cumprimenta de beijo é só com aperto de mão.* (E6) *Os homens apertam sempre as mãos. As mulheres oficialmente podem apertar a mão.*” (E11)
- O abraço não deve ser usado no género feminino: “*No cumprimento, não há abraços a bater nas mulheres e só com pessoas que se conhecem muito bem.*” (E6)
- As manifestações de conteúdo, como o afeto, não devem ser demonstradas em público: “*Os mais velhos não demonstram afeto em público.*” (E6)
- O contacto visual deve ser mantido numa conversação: “*Com os profissionais gosta de falar com olhos nos olhos.*” (E3)
- Em contexto de doença, preocupam-se com a prevenção de contágio: “*Quando estamos doentes, não se deve tocar, muitas vezes temos que usar a máscara.*” (E10)
- Formato para os nomes: “*Eu tratar [patrão] por Dr., ele ter de tratar eu por Sr.ª.*” (E1)

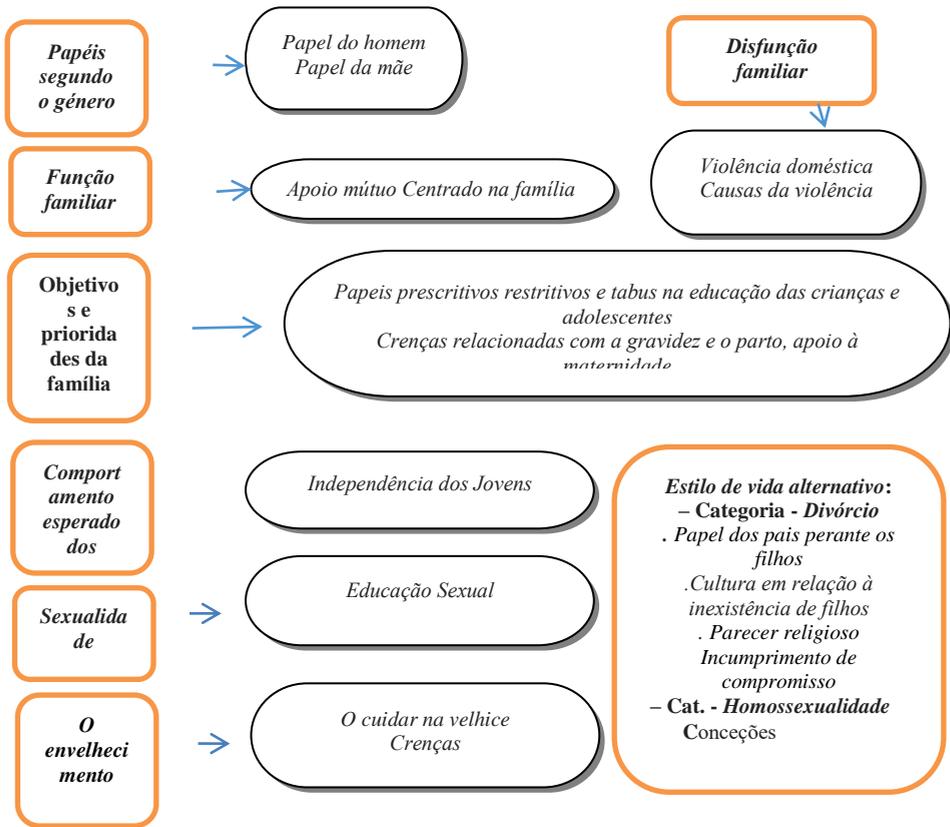
Domínio cultural – Papéis e organização familiar

Este domínio afeta os outros domínios, uma vez que define as relações entre os membros do grupo e os outros. Abrange a família alargada, os papéis ligados ao género, as prioridades familiares e as normas de comportamento dos seus membros. A família funciona assim como o local do poder, do exemplo e do centro do saber. (Anexo VII)

A família nuclear é constituída pelos avós, pais e os filhos. Os ucranianos atribuem muito valor à família como uma unidade e ao facto de trabalharem todos para o bem comum, a família. Os avós são os conselheiros e aqueles que ajudam a criar os netos.

No domínio *Papéis e a organização familiar* emergem nove categorias e dezasseis unidades de significação. (Diagrama 5)

Diagrama 4 Domínio Cultural – Papéis e Organização Familiar - Categorias e Unidades de Significação



Na categoria *Papéis segundo o gênero*, emergem duas unidades de significação, *Papel do homem e o papel da mãe*, ambas com três subunidades de significação. (Quadro 6)

Na cultura ucraniana cabe ao pai ser o responsável pelo apoio financeiro referido por 4 (36%) imigrantes, mas a mãe preocupa-se em ajudar e tenta arranjar trabalho, apesar de ter outras tarefas da sua responsabilidade: *“Ajuda financeira do meu marido foi quando veio nos primeiros dois anos.”* (E8)

Na relação com o casal, 2 (18%) dos inquiridos consideram que a mulher tem a primazia no lar, onde lhe cabe a responsabilidade pela educação dos filhos, referido por 4 (36%), ao imigrar o homem tem de ajudar em casa, pois não tem a família alargada para ajudar, sustentadas pelas expressões transcritas: *“O homem ajuda nas tarefas domésticas, mas escolhem o que mais gostam de fazer.”* (E9); *“Todos os homens ucranianos não gostam dos serviços domésticos, fazem por obrigação, porque são obrigados a fazer.”* (E7).

O homem ucraniano, ao imigrar tem de partilhar as tarefas domésticas, pois falta a presença das pessoas mais velhas para dar o apoio a que estavam habituados na Ucrânia. Esta ideia é sustentada por 36% dos inquiridos.

Quadro 6 Unidades de Significação em relação à Categoria *“Papéis segundo o gênero”*

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Papel do homem</i>	Suporte financeiro	4		
	Responsável da família	3		
	Partilha das tarefas domésticas	4	3	
<i>Papel da mãe</i>	Educação dos filhos	4		
	Assegurar as tarefas domésticas	2		
	Liberdade de decisão	2	3	2

Segundo 3 (27%) dos inquiridos, o homem é o mentor da decisão mas 2 (18%) referem que cabe à mulher a liberdade de decisão: *“Os homens gostam de mostrar que são mais brutos, mais violentos, mas a mulher é quem manda.”* (E8). Ainda nesta linha de pensamento, usam um provérbio ucraniano para caracterizar a relação de poder no matrimónio: *“O marido é a cabeça e a mulher o pescoço, o homem olha para onde a mulher quer.”* (E8)

Na categoria *Função da família*, (Quadro 7), emerge uma só Unidade de Significação, *o apoio o centrado na família* e cinco subunidades de significação, em

que 8 (73%) dos inquiridos referem os filhos como o núcleo familiar: “*Tudo o que fazemos na vida é para a família. A família é o principal.*” (E6); “*Somos muito agarrados aos filhos, tentamos criá-los dando o melhor aos filhos. Damos uma qualidade alta aos nossos meninos.*” (E9)

Quadro 7 Unidade e Subunidades de Significação da Categoria “*Função da família*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
Apoio centrado na família	Nos filhos	8		
	Na família alargada	4		
	Ultrapassar dificuldades	4		
	Manter laços	5		
	Tomada de decisão	2	6	1

A Subunidade de Significação *Família alargada* é realçada por 4 (36%) dos inquiridos no desejo de reagrupar os ascendentes, e na importância dada à família alargada: “*Enviar dinheiro para os meus pais e de meu marido*” (E1); “*Gostava de juntar a minha família, [desejo] trazer a minha mãe mas não sei se vai ser possível.*” (E3); “*Na Ucrânia existia o peso da família.*” (E11)

Lutar para ultrapassar as dificuldades é referido por 4 (36) inquiridos, referindo-se à melhoria das habilitações académicas para conseguirem empregos com melhor remuneração e fazer assim face às despesas, e ajudar os filhos a conseguirem um futuro mais promissor: “*Tenho um curso superior em economia, mas estou a tirar outro cá. Trabalhei durante 2 anos e juntei dinheiro para estudar*”. (E8); “*Só me vou sentir realizado quando conseguir ter uma boa profissão*”. (E3); “*Imigrar ...para pôr filhos a estudar.*” (E7)

Cerca de 50% dos inquiridos tentam a todo o custo *manter os laços familiares*. Uns deslocam-se todos os anos à terra Natal, outros de dois em dois anos e referem comunicarem-se pelos meios de comunicação de que dispõem.

Como já foi referido, na *tomada de decisão*, o marido é o mentor da casa, mas existe uma cumplicidade mútua no poder de decisão: “*Quem toma conta das decisões familiares é a família em conjunto. O pai geralmente toma a decisão, mas quem tem razão é esse que domina.*” (E3) É na *tomada de decisão* que a família ucraniana se junta para decidir qualquer assunto, sendo dada à família a primazia como o núcleo e razão de viver.

A *violência doméstica* é uma realidade vivida e é raramente denunciada pelas mulheres ucranianas. (Quadro 8). Nove (82%) dos inquiridos referem que existe violência doméstica no seio familiar dos ucranianos. No entanto, nenhum dos

inquiridos confessou que esta situação se verificava na sua família: “O homem quando não consegue tomar conta da família, mete-se a beber e bate na mulher.” (E1); “Violência doméstica é claro que existe. Em qualquer família acontece. Não é todos os dias mas praticamente todos têm.” (E3)

Quadro 8 Unidade de Significação da Categoria “Disfunção familiar”

Unidades Significação (US)	U.R.	Total US
<i>Violência doméstica</i>	9	
<i>Causas da violência familiar</i>	3	2

As causas da violência doméstica referidas por 3 (27%) dos entrevistados e segundo as transcrições das entrevistas são o consumo exagerado do álcool e os problemas financeiros: “Na Ucrânia há bastante violência devido ao álcool e aos problemas financeiros.” (E6); “A violência doméstica surge com os problemas econômicos, já não conseguem fazer o sustento da casa, começam a ter problemas psicológicos e bebem.” (E9)

Neste domínio, incluem-se segundo Purnell os “Objetivos e prioridades da família” que definimos como categoria, onde as expressões do discurso foram classificadas em subunidades de significação e agrupadas de acordo com esta autora nos “papéis prescritivos, restritivos e tabus na educação das crianças e adolescentes” como Unidade de Significação. As subunidades que emergiram foram: *a procura do saber ensinar para atingir harmonia familiar; ensinar a obedecer aos pais e aos mais velhos e ter regras para obter resultados positivos na comunidade; ajudar a alcançar níveis superiores; e gestão de stresse.* (Quadro 9).

Quadro 9 Unidade de Significação Papéis prescritivos, restritivos e tabus na educação das crianças e adolescentes na Categoria “Objetivos e prioridades da família”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Papéis prescritivos, restritivos e tabus na Educação das crianças e adolescentes</i>	Saber ensinar para atingir harmonia familiar	5		
	Ensinar a obedecer aos pais e aos mais velhos e ter regras para obter resultados positivos na comunidade	7		
	Ajudar a alcançar níveis superiores	4		
	Gestão de stresse	1	4	1

Nesta Unidade de Significação, identificamos os *papéis prescritivos, restritivos e tabus na educação das crianças e adolescentes.* É referenciado por 7 (64%) inquiridos que consideram primordial *ensinar os filhos a obedecer aos pais e aos*

mais velhos, reconhecendo a necessidade de os filhos cumprirem regras para obterem resultados positivos na comunidade: “Na nossa cultura, na minha casa, respeito pais, crianças...” (E4); “Na primeira infância, a família ucraniana, quer que elas sejam bem-educadas.” (E8)

Verificamos ainda que 5 (45%) dos inquiridos consideram que é necessário saber ensinar, e atingir a harmonia familiar: *“Na Ucrânia, na TV aprende-se tudo. Estou atento ao filho. Leio para educar com valor, carinho e respeito pelos outros.” (E3); “Queremos que os nossos filhos sejam os mais inteligentes do mundo. Que deixem as fraldas cedo.” (E8)*

Apesar de estarem a vivenciar dificuldades de acesso a trabalhos de acordo com as habilitações académicas que usufruem, 4 (36%) dos inquiridos continuam a incentivar-se, a si próprios e aos filhos, que é do estudo que advém a sabedoria e a possibilidade de ter acesso a melhores oportunidades e assim alcançar níveis superiores: *“Damos uma qualidade alta aos nossos meninos. (E9); “Filha com 17 anos estuda, aqui pode ter futuro ... “Como o meu marido ganhava bem colocamos filha num colégio.” (E10)*

Em relação à Subunidade de Significação *Gestão de stresse*, foi realçada por uma inquirida, professora a exercer, a ênfase no uso frequente de atividade física, sempre que as crianças estão tensas ou com dificuldade de concentração, seguindo a prática usada no seu país de origem: *“Quando as crianças estão tensas e com dificuldade de concentração, fazemos uma paragem e fazemos exercício, saltamos e fazemos ginástica.” (E11)*

Ainda nesta mesma categoria, *objetivos e prioridades da família*, observamos, de acordo com o quadro 10, que emergiram 4 subunidades de significação relativas à unidade de significação, *crenças relacionadas a maternidade*: o parto; o apoio à maternidade na Ucrânia; o apoio no crescimento da criança e práticas religiosas usadas.

Quadro 10 Unidade de Significação Crenças relacionadas a maternidade, na Categoria – *“Objetivos e prioridades da família”*

Unidades Significação (US)	Subunidades significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Crenças relacionadas com a maternidade</i>	Parto	1		
	Apoio à maternidade na Ucrânia	3		
	Apoio no crescimento da criança	3		
	Práticas religiosas	2	4	1

O apoio à maternidade na Ucrânia foi referido por 3 (27%) dos inquiridos. Os primeiros anos de vida da criança, na Ucrânia, são valorizados. A mãe fica em casa três anos para amamentar, cuidar, estimular o desenvolvimento da criança, levá-la a passear pelos jardins, envolvê-la num ambiente saudável e acolhedor: “*Quando nasce uma criança, uma coisa boa é ficarmos em casa 3 anos com a criança. A ganhar na mesma.*” (E4); *Eu sempre que posso saio com os meus filhos, no jardim, pois eles precisam de ar livre, e ensinar o mundo*”. (E9)

O apoio ao longo do crescimento da criança é efetuado pelos padrinhos e avós, referido por 3 (27%) dos entrevistados: “*Quando nasce uma criança os padrinhos ajudam.*” (E3); “*Quem ajuda com a criança é a mãe, a sogra, os avós, sempre ajudam.*” (E4); “*Os bebés são muito frágeis, na Ucrânia temos cuidados extremos, com a ajuda dos avós.*” (E8.)

Como prática ancestral, durante o parto, o pai não pode estar presente no nascimento do filho, referido por um inquirido do género masculino e também pai: “*A criança nasce sozinha com a mãe, antigamente o pai não podia estar presente.*” (E3)

Por último as *práticas religiosas* foram focadas por dois inquiridos que as remetem a cultura idêntica à autóctone: “*No batizado veste-se roupas bonitas e faz-se uma festa como o aniversário e junta-se a família toda, como em Portugal.*” (E3)

Aos jovens são atribuídas tarefas específicas desde tenra idade, de acordo com o género. Às meninas tarefas domésticas e aos meninos tarefas que necessitem de maior esforço físico, as meninas são da responsabilidade da mãe e os meninos do pai: “*O ensino feito aos filhos é de acordo a dar apoio uns aos outros, à família alargada e os filhos devem ajudar os pais.*” (E3); “*Lá as crianças começam cedo a fazer tarefas domésticas. O seu quarto é o início.*” (E6)

As crianças e os adolescentes têm práticas prescritivas impostas para atingirem um equilíbrio familiar harmonioso e práticas restritivas, do que não devem fazer para conseguirem resultados positivos: “*Não pode falar e rir quando se come. A educação era assim.*” (E3); “*O ensino feito aos filhos é de acordo a dar apoio uns aos outros, à família alargada e os filhos devem ajudar os pais.*” (E3)

No quadro 11, em relação à categoria *comportamento esperado dos jovens* surgem como unidade de significação *autonomia dos jovens*, e como subunidades emancipação aos 18 anos e o casamento referenciado por 3 (27%) dos inquiridos e os conflitos devido a problemas económicos mencionados por 2 (18%). Eram estes os principais fatores que os levava a tornarem-se independentes aos 18 anos.

Quadro 11 Unidade e Subunidades de Significação relativas à Categoria “*Comportamento esperado dos jovens*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R .	Total SUS	Total US
<i>Autonomia dos jovens</i>	Emancipação, 18 anos	3		
	Casamento	3		
	Conflitos devido a problemas económicos	2	3	1

Autonomia - A *sexualidade* também está incluída no domínio papéis e organização familiar, sendo uma categoria que é considerada pelos entrevistados como um “*tabu*” no seio familiar (Quadro 12). Esta categoria apresenta uma só unidade de significação e duas subunidades referidas por 2 (18%) dos inquiridos. Os próprios entrevistados responderam somente à questão apresentada, tendo-se verificado que a *Educação sexual* na escola não era oficial mas sim da responsabilidade da enfermeira adjunta à escola (em que o ensino nessa área era realizado quando solicitado como depreendemos pelas afirmações). A enfermeira na escola tem um papel preponderante nesse âmbito. Dois entrevistados referiram não ter tido esse ensino na escola.

Quadro 12 Unidade de Significação e Subunidades relativas à Categoria “*Sexualidade*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Educação Sexual</i>	Na família	2		
	Na escola	2	2	1

Um outro tema que Purnell insere neste domínio é o “*Envelhecimento*”. Nesta categoria emerge o *Cuidar no envelhecimento* como unidade de significação e quatro subunidades. Na Ucrânia o envelhecimento não se assume como um problema, uma vez que na cultura educacional da família compete aos filhos cuidarem dos seus pais idosos até estes falecerem. Dos 11 entrevistados, 5 (45%) referiram que existe um grande respeito pelos pais e que os filhos devem tomar conta dos seus pais idosos. De acordo com 4 (36%) inquiridos, a velhice deve ser preparada e 3 (27%) referem que os filhos emigrados apoiam monetariamente os seus ascendentes.

Na Ucrânia, o nível económico é mais baixo do que no país de acolhimento, os idosos não procuram cuidados de saúde por ficar oneroso, o que implica uma esperança de vida menor (Quadro 13): “*Esposa ficou a tomar conta da mãe que sofre do coração, pessoas velhas é muito difícil, precisa de ajuda, vai pouco ao hospital, fica caro.*” (E5)

Quadro 13 Unidades e Subunidades de Significação relativas à Categoria “Envelhecimento”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Tota l SUS	Tot al US
<i>Cuidar no envelhecimento</i>	Preparação	4		
	Solidariedade intergeracional	5		
	Apoio dos filhos emigrados	3		
	Crenças sobre a velhice	1	4	1

Existe ainda uma cultura de resistência aos lares para idosos: “*Não quero ir para um lar. Quero viver perto da minha filha, nós compramos um apartamento por baixo, e quero viver perto dela. E ajudar a criar filhos. E estou preocupada com a minha filha e quero estar perto para ajudar.*” (E10); “*Os velhos cuidam-se em casa. Só vão para lares quando não têm ninguém, Não sei como vai ser no meu caso. Se enviarei dinheiro para tomarem conta deles. Se irei tomar conta deles.*” (E9) “*A obrigação dos filhos é apoiarem os pais. Colocar em lares é antiético.*” (E8)

Só um inquirido referiu a possibilidade dos idosos recorrerem aos lares: “*Na Ucrânia os velhos ficam em casa e vão também para lares. São colocados pelas famílias e pelo próprio idoso. Cada vez há mais lares.*” (E3)

Com a emigração os idosos apresentam um sentimento de perda: “*Tinha três filhos e está sem nenhum. Ela diz que pensava que descansava quando fosse velha e tem de trabalhar e de fazer de mãe dos netos.*” (E10)

Purnell defende ainda a inserção neste domínio dos estilos de vida alternativos, como o “*divórcio e a homossexualidade.*” Nos entrevistados, na categoria “*divórcio*”, emergiram 4 unidades de significação: *o papel dos pais perante os filhos; cultura em relação à inexistência de filhos; parecer religioso e incumprimento de compromisso.* (Quadro 14). Relatam que na Ucrânia se verifica uma elevada taxa de divórcios, talvez pela violência doméstica, ou pela razão das mulheres se terem tornado mais independentes após a independência da Ucrânia.

Quadro 14 - Unidades de Significação relativas à Categoria “Divórcio”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
Papel dos pais perante os filhos	Custódia dada à mãe	3		
Cultura em relação à inexistência de filhos	Infertilidade	3		
Parecer religioso	Recusa	2		
Incumprimento de compromisso	.....	1		4

Se existe infertilidade num dos cônjuges, referido por 3 (27%), é razão para divórcio, pois ter filhos é uma condição do casamento. Referem não haver casamento perfeito sem filhos: *“Quando o casal não dá filhos é muito mau.”* (E3); *“Depende do casal mas geralmente separam-se.”* (E3); *“Antigamente casais sem filhos era uma tragédia, uns adaptavam-se outros separavam-se.”* (E10)

Das unidades de registo observa-se que o divórcio é aceite quando não existe amor ou filhos: *“Mas quando duas pessoas não têm amor devem-se divorciar.”* (E6)

Em relação à custódia dos filhos é referido por 3 (27%) inquiridos que ‘geralmente é pertença das mães *“...são pertença das mães enquanto pequenos (...) Lá há muitos divórcios, os filhos habitualmente é a mãe que fica com eles.”* (E6)

O papel da religião é não aceitar o divórcio referenciado por 2 (18%) dos inquiridos: *“O divórcio perante a religião não deve existir”.* (E6); *“A religião não aceita o divórcio.”* (E7)

Um inquirido considera o casamento como um compromisso, pois os filhos devem ser criados pelos dois cônjuges: *“Não gosto do divórcio. Devemos respeitar os compromissos. Não existem pessoas perfeitas. Por isso devem trabalhar para respeitar os filhos em comum e dividir as responsabilidades.”* (E11)

A *“Homossexualidade”*, um outro estilo de vida alternativo neste domínio preconizado por Purnell, é menos aceite do que o divórcio. Apesar da grande informação, a homossexualidade na Ucrânia não é admitida, este estilo de vida alternativo é estigmatizado pela grande maioria da população, como uma homofobia e uma doença. Este tipo de comportamento é escondido da família e amigos, não negam que exista mas referem que são discriminados pela sociedade. (Quadro 15).

Quadro 15 – Subunidades de Significação relativas à Categoria “*Estilo de vida alternativo homossexualidade*”

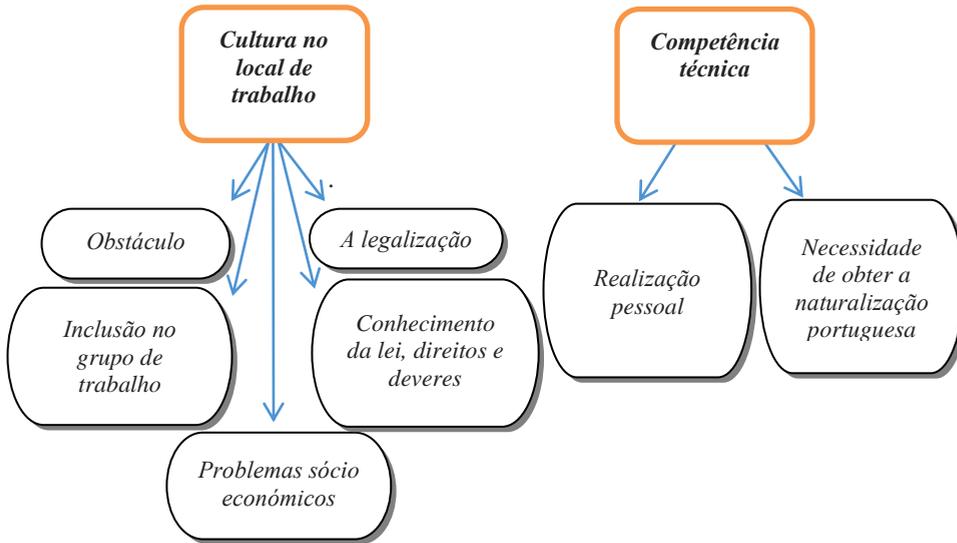
Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R .	Total SUS	Total US
Conceções quanto à homossexualidade	Homofobia	4		
	Ser uma doença	1		
	Recusa da igualdade de direitos	1	3	1

Algumas expressões que traduzem bem, o quadro acima: “*Uma relação gay, acho um absurdo, não passo cartão a isso. É melhor mulher com homem, senão é anormal.*” (E3); “*Existe homossexualidade mas não é bem aceite logo não se manifesta.*” (E6); “*Coitados, eu considero que são doentes, não aceito que lutem pela igualdade, pela adoção, pelo casamento, não aceito, é doentio.*” (E11)

Domínio cultural – Questões laborais

Neste domínio, encontra-se a relação entre as formas do trabalho do indivíduo, a família e a sociedade. Nesta fase dá-se a fusão da autonomia e a aculturação, onde as diversas culturas interferem no processo do trabalho. (Anexo VIII)

Neste domínio emergiram duas categorias: *Cultura no local de trabalho e a Competência técnica*. As unidades de significação que emergiram na primeira categoria foram: *obstáculo; a inclusão no grupo de trabalho; conhecimento da lei, direitos e deveres; a legalização; problemas socioeconómicos*; da segunda: *A realização pessoal; e a necessidade de obter a naturalização portuguesa*. (Diagrama 6)

Diagrama 5 Domínio Cultural – Questões laborais- Categorias e Unidades de Significação

No quadro 16, a categoria *Cultura no trabalho no local de trabalho no país de acolhimento*, das 16 subunidades de significação que emergiram das unidades de registo, foram agrupadas em cinco unidade de significação: a primeira, *obstáculo*, com uma subunidade de registo, barreira linguística. A segunda, *inclusão no grupo de trabalho* engloba seis subunidades: a permanência no país de acolhimento ser mais longo do que o esperado, referenciado por todos os entrevistados; três subunidades, com o valor de 5 (45%) referiram a estabilidade, os amigos, o respeito e o não sentir discriminação por parte do grupo de trabalho, a quinta, o acolhimento do povo português oferecer bem-estar pessoal, social e psicológico foi referenciado por 6 (55%) dos inquiridos, a sexta e última, sentido de pertença, 4 (36%) referiram sentirem-se melhor no país de acolhimento do que no de origem, uma afirmou que “*está cá para ficar.*” A terceira unidade de significação, *o conhecimento da lei, direitos e deveres*, surgem em valor igual, 2 (18%) referem ter conhecimentos e outros 2 não., 1 dos entrevistados afirma que: “*Os ucranianos não sabem, não têm informação sobre os direitos aos cuidados de saúde.*” (E8)

Quadro 16 Unidades e Subunidades de Significação relativas à Categoria “*Cultura no local de trabalho*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Tot al SUS	Tota l US
<i>Obstáculo</i>	Barreira linguística	11	1	
<i>Inclusão no grupo de trabalho</i>	Estabilidade	5		
	Amigos	5		
	Respeito e não sentir discriminação	5		
	Acolhimento do povo português	6		
	Permanência ser superior ao esperado	11		
	Sentido de pertença	4	6	
<i>Conhecimento da lei, direitos e deveres</i>	Conhecimento	2		
	Desconhecimento	2	2	
<i>Legalização</i>	Necessidade de estar legal	4	1	
<i>Problemas socioeconômicos</i>	Ordenado baixo (mínimo)	2		
	Exploração no trabalho	4		
	Relação difícil, discriminação	3		
	Desemprego	1		
	Tempo para frequentar aulas de português	7		
	Respeito	4	6	5

A quarta unidade de significação, a *legalização*, foi focada por 4 (36%) entrevistados como uma necessidade de estar legal no país de acolhimento. A última e quinta unidade de significação, *problemas socioeconômicos*, abrange seis subunidades: tempo para frequentarem aulas de português; 7 (64%) referem não terem tido essa possibilidade, por falta de tempo para aproveitar essa oportunidade; a exploração no trabalho e o respeito é referido por 4 (36%) dos inquiridos, 3 (27%) consideram a relação no trabalho difícil e a existência de discriminação; ordenado baixo (mínimo) é apontado por 2 (18%) dos inquiridos e por último o desemprego é mencionado apenas por um entrevistado. (Quadro 16)

A categoria *Competência técnica*, (Quadro 17), é constituída por duas unidades de significação, *a realização pessoal* com seis subunidades: ter a equiparação é referido por 4 (36%) inquiridos; usufruir de uma boa profissão é mencionado por 3 (27%); 2 (18%) mencionam a facilidade de emigrar; e o frequentar formação, ser recompensado, bem-estar/ter emprego é referido por 1 (9%.) Na unidade de significação, *necessidade de obter a naturalização*, 2 (18%) referem a necessidade de emigrar de Portugal e o mesmo número menciona motivos burocráticos.

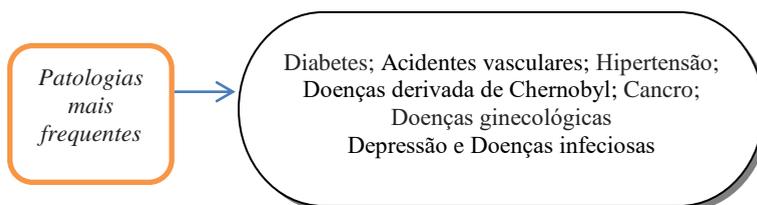
Quadro 17 Unidades de Significação relativas ao Domínio Questões laborais na Categoria “*Competência técnica*”

Unidades Significação (US)	Subunidades significação (SUS)	U.R	Total SUS	Total US
<i>Realização pessoal</i>	Usufruir de uma boa profissão	3		
	Frequentar formação	1		
	Ter a equiparação	4		
	Ser recompensado	1		
	Bem-estar, ter emprego	1		
	Poder emigrar	2	6	
<i>Necessidade de obter a naturalização</i>	Para emigrar	2		
	Por motivos burocráticos	2	2	2

Domínio cultural – Ecologia biocultural

Este domínio identifica variações, físicas e biológicas específicas referentes à origem étnica e racial, condições de saúde e doença. Procura também reconhecer e explicar as doenças de cunho genético e hereditário. Os ucranianos são predominantemente caucasianos, o que facilita a sua integração, aceitação e assimilação cultural. A cor de pele é semelhante ao do povo português. (Anexo IX)

Diagrama 6 Domínio Cultural – Ecologia biocultural- Categoria – “*Patologias e situações de saúde dos imigrantes ucranianos*” - Unidade e Subunidades de Significação



As patologias que surgiram com maior frequência (Diagrama 7 e Quadro 18) foram as patologias do foro psiquiátrico, mencionado por 6 (55%) dos inquiridos mas sem concederem muito realce. O cancro e a diabetes foram citados por 2 (18%) dos entrevistados e por um as patologias: acidentes vasculares cerebrais, hipertensão, doenças infecciosas (tuberculose e do sistema imunológico humano causado pelo vírus da imunodeficiência humana) e as doenças resultantes do acidente de Chernobyl.

Quadro 18 Unidades de Significação em relação às “*Patologias e situações de saúde dos imigrantes ucranianos*”

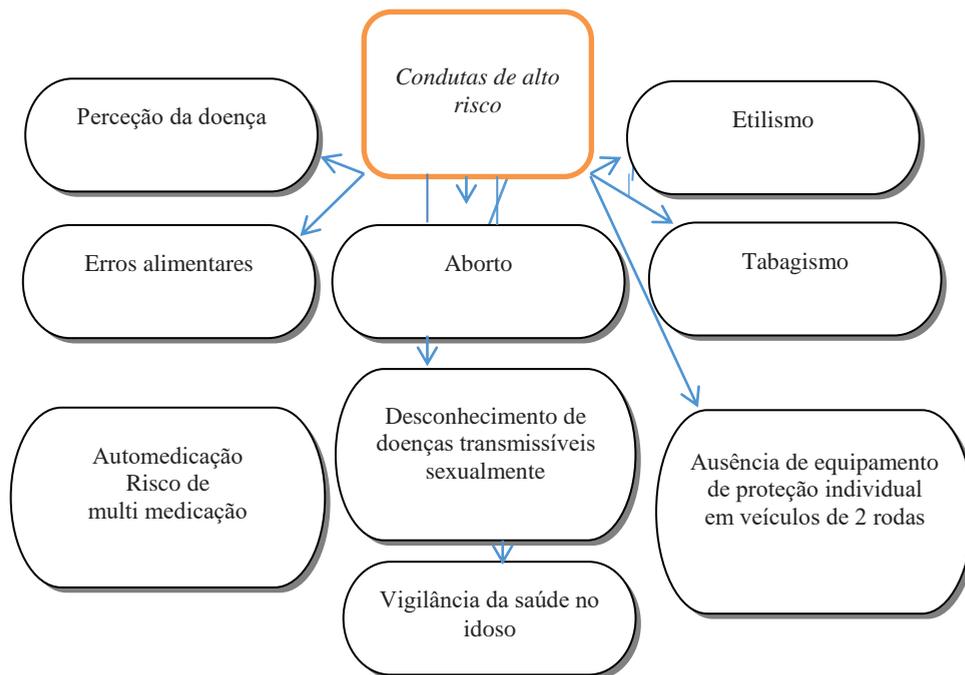
Unidades Significação (US)	Subunidades significação (SUS)	U.R	Total SUS	Total US
<i>Patologias mais frequentes</i>	Diabetes	2		
	Hipertensão	1		
	AVC's	1		
	Doenças ligadas a Chernobyl	1		
	Depressão	6		
	Cancro	2		
	Doenças infecciosas	1		
	Doenças ginecológicas	1	8	1

Domínio cultural – Comportamentos de alto risco

O domínio Cultural de “*Comportamento de alto risco*” preconizado por Purnell deve avaliar hábitos culturais que ofereçam riscos para a saúde do indivíduo, como o etilismo, tabagismo, consumo de drogas, ausência de atividade física, ingestão em excesso de calorias, prática de condução não seguras, falta de medidas de prevenção face ao HIV e às ISTs e atividades recreativas de alto risco.

Neste domínio emergiu apenas uma categoria, *Procedimentos de risco para a saúde dos imigrantes ucranianos*, com uma única unidade de significação associada, *Condutas de alto risco*. As unidades de registo foram agrupadas em nove subunidades de significação. (Diagrama 8)

Diagrama 7 Domínio Comportamento de alto risco- Categoria – “Procedimentos de risco para a saúde dos imigrantes ucranianos”- Unidade e Subunidades de Significação



De acordo com o quadro 19, das nove subunidades de significação, por ordem decrescente o etilismo apresenta-se com o maior número de registos 6 (55%); seguido pelo aborto e falta de vigilância da saúde no idoso 4 (36%); automedicação - risco de multi-medicação, erros alimentares e tabagismo 3 (27%); existência de desconhecimento de infeções transmissíveis sexualmente por parte dos imigrantes ucranianos 2 (18%); é prática nos imigrantes a ausência do uso de equipamento de proteção individual em veículos de duas rodas 1 (9%).

Quadro 19 Unidades de Significação em relação à Categoria “*Procedimentos de risco para a saúde dos imigrantes ucranianos*”

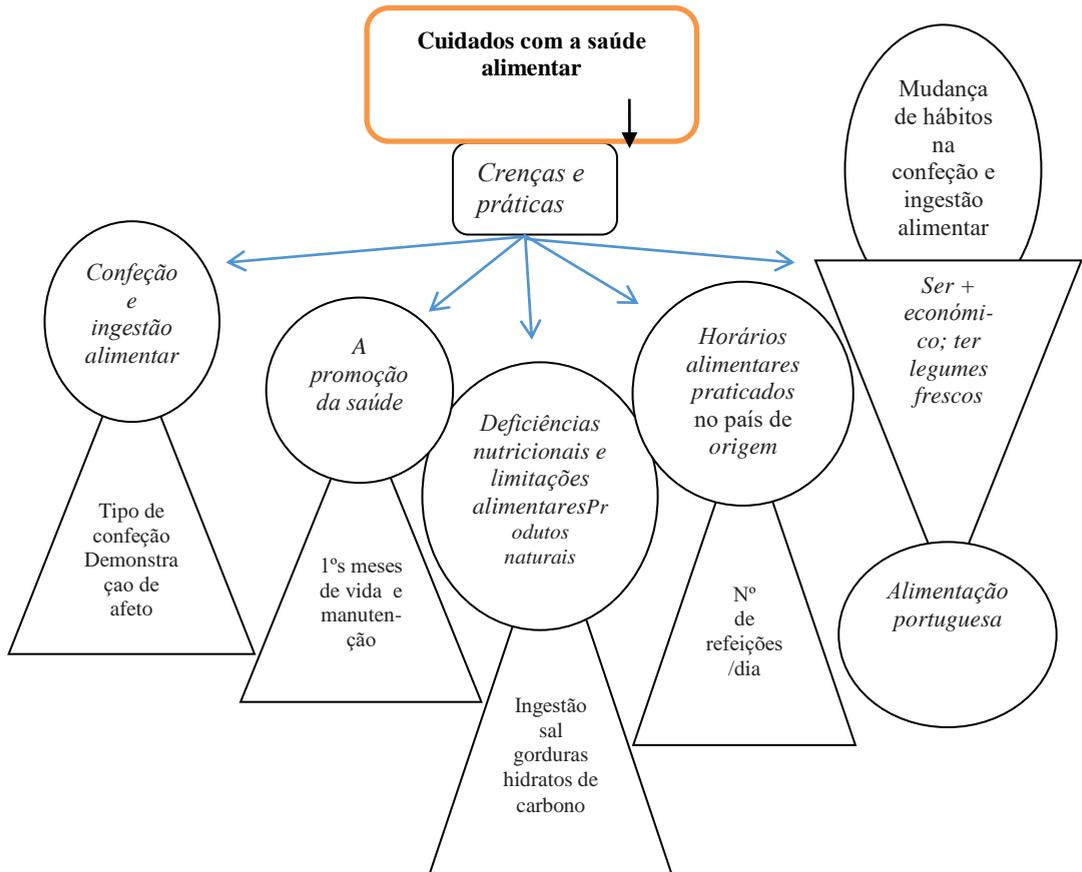
Unidades Significação (US)	Subunidades significação (SUS)	U.R	Total SUS	Total US
<i>Condutas de alto risco</i>	Perceção da doença	3		
	Automedicação	3		
	Risco de multi medicação	3		
	Erros alimentares	3		
	Etilismo	6		
	Tabagismo	3		
	Aborto	4		
	Falta de vigilância da saúde no idoso	4		
	Desconhecimento de infeções transmissíveis sexualmente	2		
Ausência de equipamento de proteção individual em veículos de 2 rodas	1	9	1	

Domínio cultural – Nutrição

O domínio cultural da Nutrição vai mais além do que a referência a uma alimentação adequada. Engloba o significado dos alimentos em termos culturais, envolve rituais e tabus alimentares, deficiências nutricionais, alimentos para a promoção da saúde e bem-estar, manutenção e restabelecimento do estado de saúde. (Anexo XI)

Neste domínio, “*Nutrição*” emerge a categoria – *Cuidados com a saúde alimentar* - que agrupa seis unidades de significação: *Crenças e práticas relacionadas com a confeção e ingestão; Práticas dietéticas para a promoção da saúde; Deficiências nutricionais e limitações alimentares; Horário alimentar praticado no país de origem; Alimentação portuguesa* e mudanças de hábitos na *confeção e ingestão alimentar*. (Diagrama 9)

Diagrama 8 Domínio Cultural Nutrição- Categoria – “*Cuidados com a saúde alimentar-Crenças e Práticas*” - Unidade e Subunidades de Significação



No quadro 20, observamos que na unidade de significação *crenças relacionadas com a confeção e ingestão*, 5 (45%) dos entrevistados, referiram crenças em relação ao tipo de confeção. Ainda nesta unidade, 2 (18%) mencionam que oferecer uma refeição é uma demonstração de afeto e amor.

As Práticas dietéticas para a *promoção da saúde* agrupam quatro subunidades de significação: Alimentos leves se está doente, em que 5 (45%) referiram ter cuidados para prevenir as doenças, “*Estamos cá para trabalhar e não estar doentes, por isso se tem má disposição faz sopa branca e chá e passa,*” (E1). Por outro lado, 2 (18%) dos entrevistados mencionam que mantêm alimentos oriundos do seu país, assim como a forma de confeção, (adquirem os produtos em estabelecimentos ucranianos existentes em Portugal) e 1 (9%) entrevistado mencionou a importância de cuidados

com a alimentação nos primeiros meses de vida da criança. Em relação à unidade de significação, *deficiências nutricionais e limitações alimentares*, 4 (36%) mencionam que fazem uma ingestão de sal e gorduras elevadas e 2 (27%) de hidratos de carbono.

Os horários alimentares praticados no país de origem, emerge como unidade de significação com uma só subunidade, o número de refeições por dia, em que 6 (55%) aludem que confeccionavam duas refeições por dia. Já na unidade de significação *alimentação portuguesa* surgem três subunidades, em que 5 (45%) consideram ter uma cultura diferente e 4 (36%) referem uma cultura semelhante e usufruem de alimentos mais económicos e legumes frescos. Por fim 8 (73%) dos entrevistados confirmam nos seus hábitos mudanças na confeção e ingestão alimentar.

Quadro 20 – Unidades e Subunidades de Significação em relação ao Domínio - Nutrição – Categoria “*Cuidados com a saúde alimentar*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
Crenças relacionadas com a confeção e ingestão	Tipo de confeção	5		
	Demonstração de afeto e amor	2	2	
Práticas dietéticas para a promoção da saúde	Alimentos leves na doença	5		
	Cuidados nos 1 ^{os} meses de vida	1		
	Confeção de alimentos	2		
	Manutenção de alimentação do país de origem	2	4	
Deficiências nutricionais e limitações alimentares	Ingestão de sal	4		
	Ingestão de gorduras	4		
	Ingestão de Hidratos de carbono	3	3	
Horários alimentares praticados no país de origem	Número de refeições dia	6	1	
Alimentação portuguesa	Cultura semelhante	4		
	Cultura diferente	5		
	+Económica e legumes frescos	4	3	
Mudança de hábitos na confeção e ingestão alimentar	.....	8	1	6

Como *crenças* nas unidades de registo assinalamos:

- No tipo de *confeção e ingestão alimentar*: a aquisição de produtos alimentares ucranianos, por considerarem terem maior acesso a diferentes cereais e assim substituírem o arroz e a batata; a confeção de produtos lácteos artesanalmente, como o iogurte e o queijo fresco; o uso de produtos de abelha como o mel e o pólen de mel; e oferecerem a refeição como demonstração de afeto.

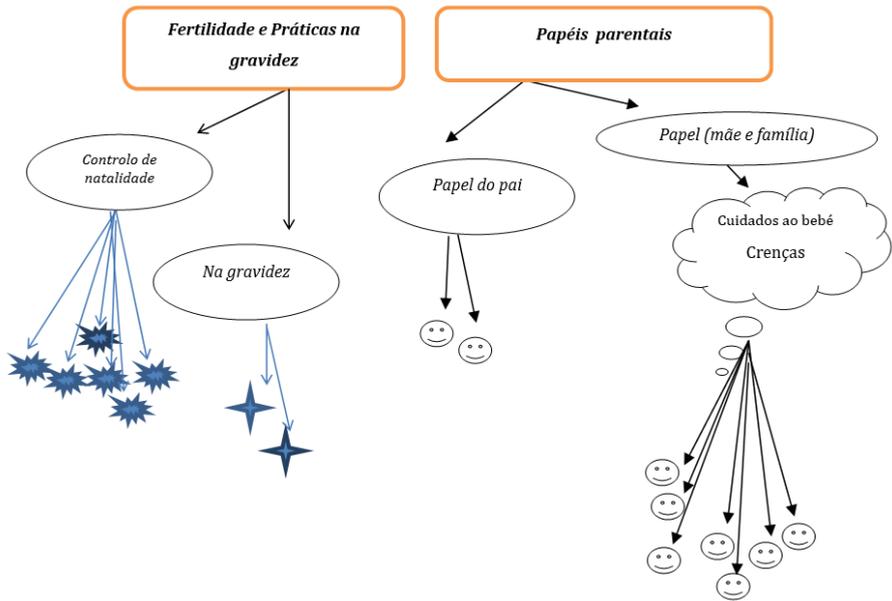
- Como *práticas na promoção da saúde*: uso de sopa branca e chás quando estão doentes, flocos de aveia, cereais e peixe; chá preto para a diarreia; chá de barba de milho para as doenças urinárias; e o uso de chá de ervas como urge, jasmim e limão para acalmar o estomago, sem açúcar, adoçado com mel.
- *Cuidados na alimentação da criança nos primeiros meses*: amamentação até aos oito meses; aos 7, 8 meses a 1ª papa, fruta, maçã assada; sopa com carne aos 8,9 meses; e entre o almoço e o jantar, o lanche recorrendo ao queijo natural.
- *Deficiências nutricionais em excesso*: ingestão de sal, gorduras e hidratos de carbono em quantidade elevada. “Para a preparação de fumado, colocamos em água com sal.” (E7); “Salmoura de legumes.” (E10); “Chouriços e conservação dos produtos, as famílias são obrigadas a fazer por causa do clima, para ter de comer no Inverno.” (E8); “Curgetes, beringelas, cenoura, pimentos, Um bocadinho frito.” (E10)
- *Horário alimentar praticado*: hábito de efetuarem duas refeições por dia. “Na Ucrânia só se come 2 vezes almoça-se às 8 horas e só se volta a comer às cinco horas.” (E5)
- *Mudança de hábitos*: diminuição da quantidade de sal e gorduras, início de uso de azeite; uso de saladas; confeção de carnes brancas; evitam doces na alimentação; e ingestão de mais fruta. “Cá a alimentação é mais saudável porque cá tenho tudo, legumes e é mais barata. Lá, era tudo conservas, comida de farinha. Comíamos mais comida forte, com gordura porque no Inverno é muito frio.” (E10)

Domínio cultural – Gravidez e práticas de nascimento

Este domínio engloba as práticas relacionadas com crenças e tabus presentes quanto a fertilidade, perspetivas da gravidez, parto e pós-parto, com ênfase nas práticas prescritivas e restritivas e vivências. (Anexo XII)

Como já foi referido anteriormente, a mulher grávida na sociedade ucraniana tem um enorme respeito, pela importância que dão à família e às crianças. Assim, neste domínio emergem duas categorias: *Fertilidade e práticas na gravidez*, com duas unidades de significação: *Controlo de natalidade e práticas na gravidez*. A primeira abrange seis subunidades de significação e a segunda duas. A categoria, *Papéis parentais* agrupa duas unidades de significação, uma, *o papel do pai* com duas subunidades de significação e a outra *o papel da mãe e família no nascimento* que agrupou sete subunidades de significação, (Diagrama 10).

Diagrama 9 Domínio Cultural – “Gravidez” – Categorias e Unidades de Significação e número de Subunidades



No quadro 21 podemos observar as unidades de registo agrupadas em categorias, unidades e subunidades de significação. A categoria *fertilidade e cuidados na gravidez* tem como unidades de significação, *o controlo de natalidade* e *as práticas na gravidez*. Na unidade de significação, *controlo de natalidade*, observamos que as subunidades de significação pilula e o aborto foram mencionadas por 4 (36%) dos entrevistados; os preservativos e a esterilização por 3 (27%) e a responsabilidade do controlo da *natalidade*, é referido por 3 (27%) inquiridos que consideraram que compete à mulher essa responsabilidade. Em relação à unidade de significação, *práticas na gravidez*, encontramos os conceitos sociais e os cuidados à grávida como subunidades de significação, ambas referenciadas por 5 (45%) dos entrevistados onde elevam a importância da gravidez, assim como os cuidados necessários à grávida.

Quadro 21 Domínio “Gravidez e puerpério” - Categorias, Unidades e Subunidades de Significação

Categorias	Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U. R.	Total SUS	Total US
<i>Fertilidade e cuidados na gravidez</i>	<i>Controlo de natalidade</i>	Pilula	4		
		Dispositivo uterino	1		
		Preservativos	3		
		Esterilização	3		
		Aborto	4		
	<i>Na gravidez</i>	Responsabilidade da mulher	3	6	
		Conceitos sociais	5		
<i>Papeis parentais</i>	<i>Papel do Pai</i>	Cuidados à grávida	5	2	2
		Ajuda	4		
	<i>Papel da mãe e da família no nascimento</i>	Pai não acompanha por cultura	5	2	
		Apoio	6		
		Cuidados ao cordão umbilical	4		
		Cuidados de relaxamento	3		
		Banho	2		
		O uso da chupeta	2		
		Amamentação	3		
		Aprendizagem de como cuidar do bebé	3	7	2

A categoria, *Práticas parentais*, engloba duas unidades de significação, *o papel do pai*, com a subunidade de ajuda mencionado por 4 (36%) inquiridos, em que o pai não acompanha a gravidez por razões culturais, sendo referenciado por 5 (45%) dos entrevistados e a unidade de significação, *o papel da mãe e da família no nascimento*, em que 6 (55%) referem a importância do apoio da mãe e da família alargada do género feminino no nascimento; os cuidados ao umbigo foram mencionados por 4 (36%), a amamentação e a aprendizagem de como cuidar do bebé e os cuidados de relaxamento à criança foram citados por 3 (27%); com a mesma percentagem encontramos as subunidades de significação, o banho e o uso da chupeta aludido por 2 (18%) dos imigrantes entrevistados. Pela observação das unidades de registo das onze entrevistas efetuadas consideramos que a família ucraniana demonstra uma grande preocupação pelo bem-estar do recém-nascido.

Realçamos que todos os entrevistados referem que o parto pode ser executado em casa mas com bons profissionais.

Apesar dos problemas económicos e financeiros que o país atravessa, o recém-nascido continua a ter direito à mãe para o acompanhar nos primeiros três anos de vida.

Como conclusão das Crenças culturais no domínio gravidez que emergiram das unidades de registo mencionamos:

Durante a gravidez - Não cortar o cabelo; não comprar roupa durante a gravidez; evitar comprimidos para o enjoo; não administrar antibióticos e uso de chás “*Não cortar cabelo Não comprar roupa durante a gravidez. Evitar comprimidos para o enjoo. Não tomar antibióticos, procurar apoio das ervanárias.*” (E8)

Banho à criança - Banho com água fervida com ervas calmantes e antisséticas (cidreira, camomila, e outras.) e “*pó roxo*”. “*Quando a criança nasce os 1^{os} banhos são de chá fervidos com água. Cidreira, camomila. Muita erva que costumamos apanhar para dar aos nossos bebés, para os acalmar e servir como antissépticos.*” (E11); “*Colocamos um pó roxo para desinfetar, só uma migalhinha para ficar com uma cor clarinha.*” (E11)

Tratamento ao cordão umbilical - efetuado com a ajuda das avós, não podem molhar e desinfetam com um “*líquido verde*” “*Não se pode por água no umbigo, desinfeta-se com um líquido verde*”. (E11 “*Quem trata o umbigo é a mãe com a ajuda da avó.*” (E3)

Amamentação - Mencionam a importância de amamentar até aos 3 anos. “*A mãe fica três anos em casa a cuidar do bebé.*” (E3); “*Quando a criança nasce, damos a mama até aos 3 anos.*” (E4)

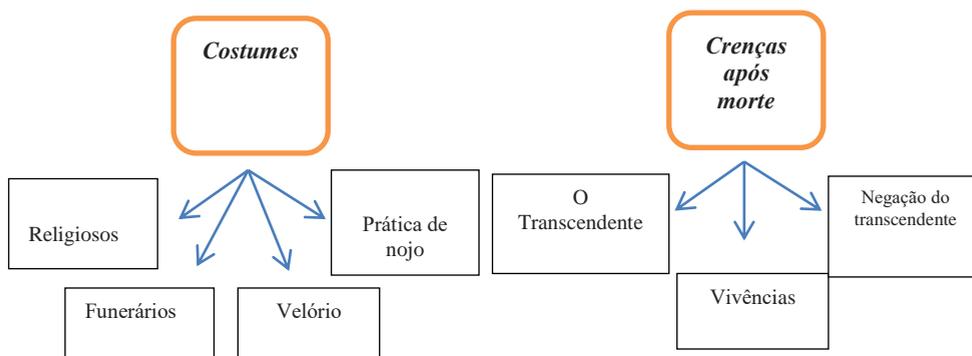
Cuidados de relaxamento - Fazem massagem e cantam para o bebé na gravidez e depois de nascimento. “*Nós fazemos massagem, cantamos canções dedicadas à idade da criança. Cantar para a criança desde a gravidez faz muito bem.*” (E11)

Cuidados de saúde no domicílio - Acompanhamento pelos profissionais de saúde, nos cuidados ao bebé, no domicílio. “*Vinham muitas vezes a casa o médico e a enfermeira ensinar a massagem, ver se a cabecinha estava bem. Vinham muitas vezes.*” (E11)

Domínio cultural – Rituais de morte

O domínio cultural dos rituais de morte inclui como os cidadãos e a sociedade de uma comunidade encaram a morte, os rituais de preparação, as práticas de velório, o funerário e o luto. (Anexo XIII)

Neste domínio a categoria é denominada com o mesmo nome do domínio, tendo emergido duas unidades de significação, *costumes e crenças após morte* e as respetivas subunidades de significação. (Diagrama 11)

Diagrama 10 Domínio Cultural e Categoria “*Rituais de Morte*”, Unidades e Subunidades de Significação

De acordo com o quadro 22, emergiram 7 unidades de significação, em que quatro se referem aos *costumes* e três às *crenças após a morte*. Referente às quatro subunidades: os religiosos foram referenciados por 5 (45%) dos inquiridos, com o mesmo valor de 1 (9%) mencionaram o costume funerário ser idêntico ao português, pois atualmente usam urnas e antigamente não; o velório tem a duração de três dias e as práticas de nojo remetem-se essencialmente a não ouvir música durante nove dias e manter o luto durante um ano.

Quadro 22 Unidades de Significação relativas à Categoria “*Rituais de morte*”

Unidades Significação (US)	Subunidades significação (SUS)	U.R	Total SUS	Total US
<i>Costumes</i>	Religiosos	5		
	Funerários	1		
	Velório de 3 dias	1		
	Práticas de nojo	1	4	
Crenças após a morte	O Transcendente	5		
	Negação do transcendente	1		
	Vivências negativas	5	3	2

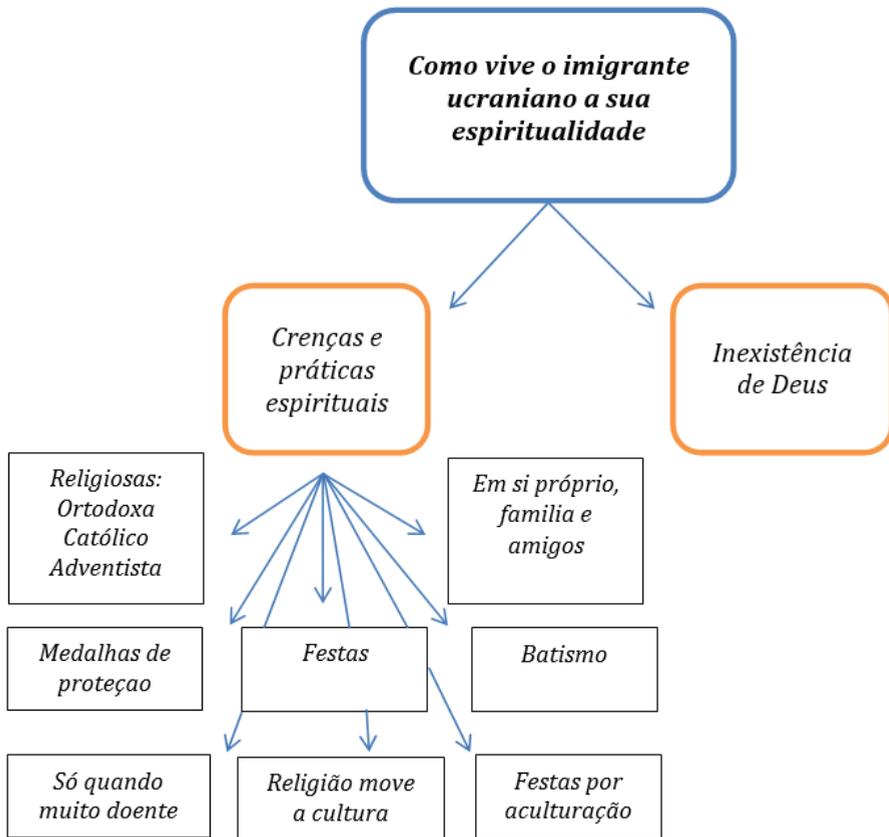
Em relação à unidade de significação Crenças após a morte, agrupou três subunidades de significação, o transcendente e as vivências negativas mencionadas por 5 (45%) entrevistados e a negação do transcendente referenciado por 1 (9%).

Domínio cultural – Espiritualidade

Este domínio abrange mais do que as práticas e as crenças religiosas, tais como a fé e a oração, uma vez que a religião parece ter uma forte influência e condicionar as práticas de nutrição e as práticas de cuidados de saúde. (Anexo XIV)

Neste domínio emergiu a categoria *Como vive o imigrante ucraniano a sua espiritualidade* que engloba duas unidades de significação, as *crenças espirituais* e a *Inexistência de Deus*. (Diagrama 12)

Diagrama 11 Domínio Espiritualidade, Categoria- “*Como vive o imigrante ucraniano a sua espiritualidade*” - Unidades e Subunidades de Significação



No Quadro 23, podemos observar que a unidade, “*Crenças e práticas espirituais*” abrange oito subunidades de significação: religiosas (ortodoxa, católica e adventista) referidas por 9 (82%) dos inquiridos; 4 (36%) referiram a procura do apoio espiritual em si próprio, família e amigos; com o valor de 1 (9%) inquirido foi referido o uso de medalhas de proteção, o recurso a apoio espiritual quando estão muito doentes e a religião move a cultura, 6 (55%) referiram a comemoração de festas religiosas do país de origem, 4 (36%) referiram o batismo e festas por aculturação é referido somente por um entrevistado. De salientar ainda que emergiu a unidade de significação, inexistência de Deus mencionado por 2 (18%) inquiridos.

Quadro 23 Unidades e Significação em relação à Categoria “*Como vive o imigrante ucraniano a sua espiritualidade*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Crenças e práticas espirituais</i>	Religiosas (ortodoxa, católica e adventista)	9		
	Medalhas de proteção	1		
	Só quando muito doente	1		
	A religião move a cultura	1		
	Em si próprio, família e amigos	4		
	Festas	4		
	Batismo	6		
	Festas por aculturação	1	8	
<i>Inexistência de Deus</i>	.....	2		2

Crenças e comportamentos na procura de proteção à saúde que mais se salientou:

- Medalhas de proteção: “*Em relação aos rituais os ucranianos também usam como os portugueses medalhas de proteção.*” (E6)
- O batizado ser um ritual efetuado logo nos primeiros meses de vida: “*O batizado é feito logo nos primeiros meses. E comungam já com uma gota de vinho com água.*” (E9); *O padre faz um ritual, para a mãe também. Tem que ter um lenço e faz oração na cabeça da mãe.* (E10)

Festas:

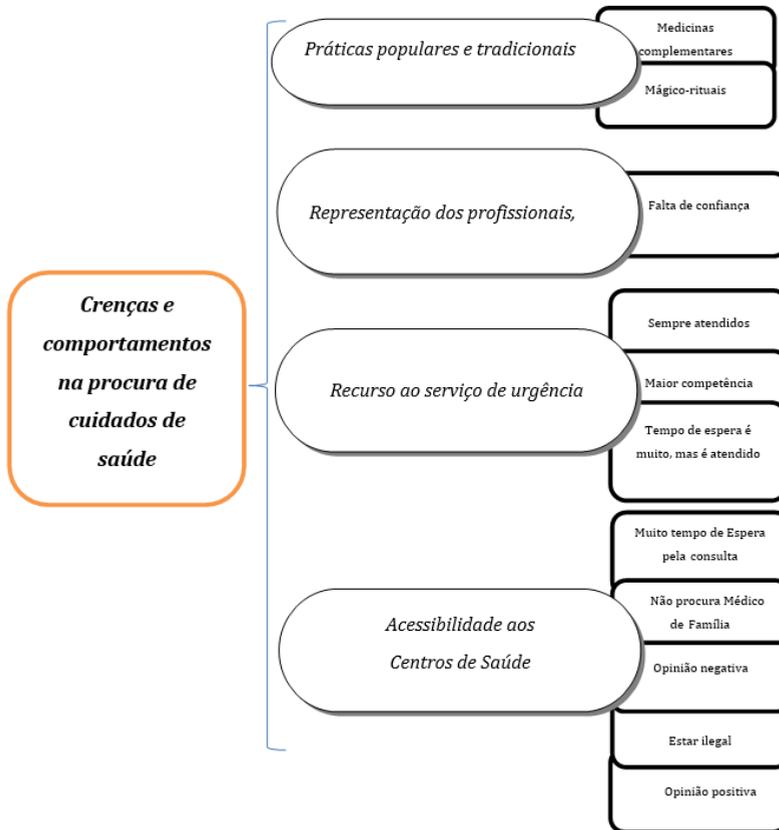
- Restrição de alimentos na quaresma: “*Na quaresma não comemos alimentos com gordura animal, quarenta dias antes pelo menos oito dias antes. A maioria faz isso.*” (E8)
- No Ano Novo: “*Fazemos comida, levamos para a igreja e depois comemos todos. Nosso padre molha as nossas comidas, fazemos páscoas, chouriços, pessânkas como tradição.*” (E4)

Domínio cultural – Práticas de cuidados de saúde

Este domínio é um foco de cuidados de saúde que abrange segundo Purnell “As *Crenças tradicionais mágico-religiosas e biomédicas, a responsabilidade individual pela saúde, as práticas de automedicação, os pontos de vista sobre saúde mental e reabilitação e as barreiras para a manutenção da saúde*”. (Anexo XV)

Figuram neste domínio duas categorias, as *Crenças e o comportamento na procura de cuidados de saúde*, com quatro unidades de significação (Diagrama 13) e os “*Obstáculos à procura dos cuidados de saúde,*” com sete unidades de significação. (Diagrama 14)

Diagrama 12 Domínio Cultural Práticas de Cuidados de Saúde – Categoria – “*Crenças e comportamentos na procura de cuidados de saúde*” – Unidades e Subunidades de Significação



De acordo com o Quadro 24 observamos que em relação à categoria *Crenças e comportamentos na procura de cuidados de saúde*, das quatro unidades de significação, as *Práticas populares e tradicionais*, emergiram das unidades de registo com duas subunidades, as Medicinas complementares referenciadas por 5 (45%) dos entrevistados e as práticas mágico-rituais, representadas por 3 (27%); a *Representação dos profissionais, como recurso para resolução dos problemas de saúde*, foi referida por 2 (18%) dos entrevistados, aludindo a falta de confiança nos profissionais de saúde; o *Recurso ao serviço de urgência*, agrupa três subunidades de significação, onde a maior competência dos profissionais de saúde foi referido por 5 (45%) inquiridos; ser sempre atendido apesar do tempo de espera foi referenciado por 3 (27%) e 1 (9%) dos entrevistados mencionou que no serviço de urgência são sempre atendidos. Em relação à unidade de significação *Acessibilidade aos centros de saúde*, é constituída por unidades de registo agrupadas em cinco subunidades: muito tempo de espera pela consulta referido por 4 (36%) inquiridos, não procura o médico de família foi referenciado por 3 (27%) e em relação à opinião sobre os centros de saúde, com o valor de 2 (18%) têm uma opinião positiva e negativa e 1 (9%) inquirido referiu que os imigrantes ucranianos não procuram por estarem ilegais.

Quadro 24 Unidades e Subunidades de Significação em relação à Categoria “*Crenças e comportamentos na procura de cuidados de saúde*”

Unidades Significação (US)	Subunidades significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Práticas populares e tradicionais</i>	Medicinas complementares	5		
	Mágico-rituais	3	2	
<i>Representação dos profissionais,</i>	Falta de confiança	2	1	
<i>Recurso ao serviço de urgência</i>	Sempre atendidos	1		
	Maior competência	5		
	Tempo de espera é muito mas é atendido	3	3	
<i>Acessibilidade aos Centros de Saúde</i>	Muito tempo de espera pela consulta	4		
	Não procura Médico de Família	3		
	Opinião negativa	2		
	Opinião positiva	2		
	Estar ilegal	1	5	4

No Diagrama 14, como já referenciado, apresentamos a categoria *Obstáculos à procura dos cuidados de saúde*, que engloba sete unidades de significação: *Crenças de prestação de cuidados de saúde no país de origem antes da independência*; *Crenças de prestação de cuidados de saúde no país de origem após a independência*; *Crenças em relação aos métodos anticoncepcionais*; *Prática de adesão ao aborto*; *Prática de não adesão à esterilização*; *Acessibilidade aos cuidados de saúde no país de acolhimento* e *Soluções que utilizam para ultrapassar esses obstáculos*.

Diagrama 13 Domínio Cultural Práticas de Cuidados de Saúde – Categoria - “*Obstáculos à procura dos cuidados de saúde*” - Unidades e Subunidades de Significação



Em relação à categoria *Obstáculos à procura dos cuidados de saúde*, na unidade de significação, *Crenças de prestação de cuidados de saúde no país de origem antes da independência*, emerge três subunidades: uma relativa ao sistema e às práticas dos cuidados em que com o mesmo valor de 2 (18%) inquiridos referem que usufruíam cuidados de qualidade atempadamente; e 1 (9%) referiu crenças terapêuticas (Quadro 25). Exemplo de cuidados referidos como de qualidade: “*Só a partir de 2 anos íamos fazer as vacinas. O médico vinha muitas vezes a casa, ver se a cabecinha estava bem.*” (E11)

Quadro 25 Unidades e Subunidades de Significação em relação à Categoria “*Obstáculos à procura dos cuidados de saúde*”

Unidades Significação (US)	Subunidades Significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
<i>Crenças de prestação de cuidados de saúde no país de origem antes da independência</i>	Relativamente ao sistema	2		
	Nas práticas	2		
	Terapêuticas	1	3	
<i>Crenças de prestação de cuidados de saúde no país de origem após a independência</i>	Relativamente ao sistema	3		
	Nas práticas profissionais	2	2	
<i>Crenças em relação aos métodos anticoncepcionais</i>	Contraceção oral é nociva à saúde	4		
	Desconfiança nos Preservativos	3		
	Práticas naturais	2	4	
<i>Prática de adesão ao aborto</i>	.....	5	---	
<i>Prática de não adesão à esterilização</i>	.....	2	---	
<i>Acessibilidade aos cuidados de saúde no país de acolhimento</i>	Custo dispendioso	3		
	Disponibilidade: Horários desfasados do horário laboral	3	2	
Soluções para os obstáculos	Procura de profissionais que dominem a língua ucraniana	2		
	Uso de intérpretes	2		
	Automedicação	5		
	Procura o país de origem	2	4	7

As *Crenças de prestação de cuidados de saúde no país de origem após a independência*, surgiu com duas unidades de significação: a unidade relativa ao sistema referenciada por 3 (27%) inquiridos que mencionam que presentemente no seu país (Ucrânia), apesar de ser gratuito os cuidados de saúde públicos, têm de pagar para serem bem tratados: “*Na Ucrânia não precisa de pagar nada, mas se queres carinho e ser bem tratada, tens de pagar tudo, médico, enfermeiros e tudo.*” (E10) Relativamente às práticas dos profissionais 2 (18%) entrevistados consideram os profissionais competentes apesar de existir muita destruição na Ucrânia.

As *Crenças em relação aos métodos anticoncepcionais*, agrupa três subunidades de significação: a contraceção oral, considerada nociva por 4 (36%) dos inquiridos, desconfiança nos preservativos por 3 (27%) e o recurso a práticas naturais foram referenciados por 2 (18%) entrevistados.

Em relação à Unidade de significação *Prática de adesão ao aborto*, 5 (45%) referem ser uma prática utilizada pelas mulheres ucranianas no controlo de gravidez. Na *adesão à prática de esterilização*, 2 (18%) referem a *não adesão* e contam que não era uma prática usada no país de origem. *“O aborto antes fazia-se com facilidade, agora não. Eu também fiz, essa parte era fechada, as mães não falavam, nada sabíamos sobre isso.”* (E10)

Uma outra crença que emergiu das unidades de registo foi a *Acessibilidade aos cuidados de saúde no país de acolhimento*” como unidade de significação, com duas subunidades: Custo dispendioso e a disponibilidade (horários desfasados do horário laboral) referido nas duas subunidades por 3 (27%) dos entrevistados.

Por fim e última unidade de significação *Soluções para os obstáculos*, agrupa três subunidades: o recurso à automedicação referido por 3 (27%) dos inquiridos, o recurso a intérpretes e profissionais proficientes foi mencionado por 2 (18%) entrevistados, enquanto, que 1 (9%) referiu procurar apoio no país de origem.

Como crenças culturais, sintetizámos como principais:

- O recurso a práticas mágico-rituais: *“Eu ia ficar sem pé porque estava infetado, minha mãe levou a outra pessoa que sabe curar as pessoas, sem ser profissional e curou-me em cinco dias.”* ... *“Já procurei outros profissionais, quando tenho doença que os médicos não conseguem curar.”* (E3); O uso de medalhas de proteção: *“Em relação a rituais os ucranianos também usam como os portugueses medalhas de proteção.”* (E6)
- Crenças em relação aos métodos anticoncepcionais: Contraceção oral nociva à saúde *“A contraceção era paga na Ucrânia, não queremos a pilula, tem substâncias químicas, traz problemas de varizes, as mulheres sentem-se mal com a pilula.* (E8); Desconfiança nos preservativos - *“Preservativos fura,”* (E3); *“Não usamos preservativos pois eles são ineficazes.”* (E7) Crenças culturais derivadas de práticas populares tradicionais: Uso de Chás: *“Chá de camomila, antissépticos”* (E8); *“Chá de menta e chá verde”*(E10.); *Lá há mais variedades de chás, tem como base o chá preto, para dar energia, fica mais forte; Chá de erva para acalmar o estomago, chá preto misturado com outros, urge, jasmim. Ferve bem fervido, com folhinhas. Eu não bebo com açúcar, mas há quem coloque mel, limão.”* (E11); *“Barba de milho para doenças urinárias.”* (E10)
- Problemas intestinais: *“Carvão vegetal lá é muito barato, para problemas de intestino. E não tem efeitos colaterais para diarreias.”* (E8) *“Para obstipação-ameixa seca, chá, laranja, kiwi, cólicas – chá de poncho.”* (E8)

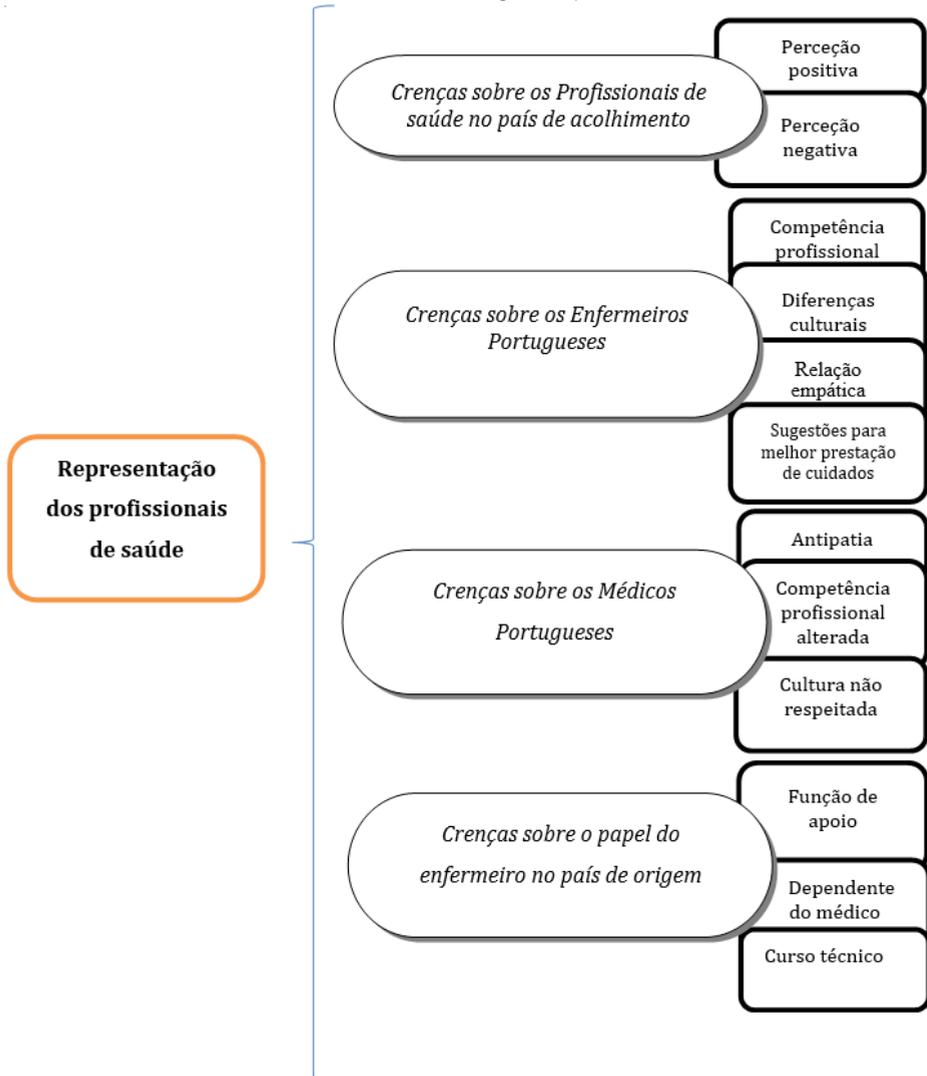
- Uso de Produtos de abelhas: “*Gasto muito mel e produtos de abelha. De manha tomar 1 colher de pólen de mel. Ajuda muito. Tem muito mineral, faz imunidade muito mais forte. Para mulher de mais de 40 anos faz muito bem. Uma colher em jejum faz a profilática. Quando tomamos não temos tosse, nem essas coisas.*” (E10)

Domínio cultural – Profissionais de saúde

Este domínio cultural que envolve “*os profissionais de saúde*”, de acordo com Purnell inclui principalmente as percepções dos imigrantes ucranianos relativamente aos *prestadores de cuidados de saúde*, tendo em conta os seus valores, crenças e atitudes. Este domínio encontra-se interligado com todos os anteriores. É preciso considerar que os profissionais apesar de deterem cursos superiores e conhecimentos científicos muitas vezes têm dificuldade em separar-se dos seus próprios valores, das suas crenças, de práticas populares e tradicionais.

Neste domínio cultural relativamente aos prestadores de cuidados emergiu a categoria *Representações dos profissionais de saúde*, agrupa quatro unidades de significação: *crenças sobre os profissionais de saúde no país de acolhimento, os enfermeiros portugueses, os médicos portugueses e o papel do enfermeiro no país de origem*. (Diagrama 15), (Anexo XVI).

Diagrama 14 Domínio Cultural Prestadores de cuidados de saúde- Categoria, Unidades e Subunidades de Significação



Das quatro unidades de significação referidas, emergiram das unidades de registo crenças sobre os prestadores de cuidados no país de origem e de acolhimento. No quadro 26, podemos observar que na opinião sobre os enfermeiros ucranianos no país de origem, com o mesmo valor de 2 (18%) inquiridos consideram o papel do enfermeiro na Ucrânia de colaborador do médico e com função de apoio; 1 (9%) refere que é um curso técnico com a duração de dois anos, e é considerado um

pequeno programa do Curso de Medicina. “*Papel do enfermeiro é só de apoio.*” (E7); “*O enfermeiro lá cumpre ordens do médico.*” (E6)

Quadro 26 Domínio Cultural Prestadores de Cuidados de Saúde, Unidades e Subunidades de Significação da Categoria *Representação dos Profissionais de Saúde*

Unidades Significação (US)	Subunidades significação (SUS)	U.R.	Total SUS	Total US
Crenças sobre os profissionais de saúde no país de acolhimento	Perceção Positiva	4		
	Perceção negativa	3	2	
Crenças sobre os Enfermeiros Portugueses	Competência profissional	3		
	Relação empática	3		
	Diferenças culturais	1		
	Propostas de melhoria	1		
Crenças sobre os Médicos portugueses	Competência profissional alterada	2	4	
	Antipatia	2		
	Cultura não respeitada	1	3	
Crenças sobre o papel do enfermeiro no país de origem	Função de apoio	2		
	Dependente do médico	2		
	Curso técnico	1	3	4

Em relação à perceção sobre os profissionais de saúde no país de acolhimento, 4 (36%) dos inquiridos consideraram positiva, 3 (27%) negativa, em que estas subunidades foram agrupadas na unidade de significação *crenças sobre os profissionais de saúde no país de acolhimento*. As *crenças sobre os enfermeiros portugueses* estão agrupadas em quatro subunidades de significação: os enfermeiros detêm competência profissional; a relação empática é referida por 3 (27%) dos inquiridos: “*Os enfermeiros sabem mais cá que lá. As enfermeiras são especialistas, elas sabem o que fazer.*” (E10). A existência de diferenças culturais referida por 1 (9%) inquirido que deu sugestões para uma melhor prestação: “*A consulta de enfermagem deve ser aberta, explicar o porquê das coisas, melhorar a desconfiança. Tentar colocar problemas para tentar resolver e personalizar o serviço.*” (E8)

Um entrevistado referiu que os enfermeiros não conhecem a cultura ucraniana, nem os imigrantes ucranianos sabem os conhecimentos que os enfermeiros portugueses detêm: “*A enfermeira não percebe a nossa cultura., nem sabemos os conhecimentos que ela tem.*” (E9)

Por fim, em relação às *crenças sobre os médicos portugueses*, emergiram três subunidades de significação: a *competência profissional alterada* (uso elevado de antibióticos) referenciada por 2 (18%) dos entrevistados, a mesma percentagem surge na subunidade *antipatia*, caracterizada pelo comportamento de superioridade

que os médicos utilizam na relação; 1 (9%) inquirido referiu que os médicos não respeitam a cultura do imigrante e que não gostam que se lhes faça questões. *“Quando vou ao médico, sinto a superioridade dos médicos. Aqui muita superioridade dos médico, não explicam, o ucraniano quer perceber e perguntam e tentam procurar conhecimentos, fora e quando vem ao médico trás alguns conhecimentos e médico não gosta.”* (E8) *“Médicos mais velhos acham que são grandes pessoas, de grande letra, têm de ser mais simples mais humildes e falarem conosco.”* ... *“Os médicos usam antibióticos tudo por nada.”* (E9)

Os entrevistados relativamente a este domínio consideram os enfermeiros portugueses com melhor preparação que os enfermeiros ucranianos, pois adquiriram respeito pelas suas práticas e por deterem uma licenciatura. Este estudo aponta a importância dada à enfermagem pelos ucranianos. Estes resultados vêm ao encontro das evidências percebidas por diversos autores, em que a sociedade atual exige, cada vez mais, que os enfermeiros sejam capazes de desempenhar o processo de cuidados com maior eficácia, que detenham mais conhecimentos, maior capacidade de responder aos problemas da população, que possuam maior competência, técnica, de ensino e cultural. (Lopes N. M., 2001) (Margato, 2005) (Pereira, 2007)

3 Discussão dos resultados

Neste capítulo procedemos à análise dos resultados sob a perspectiva do Modelo de Competência Cultural de Purnell e Paulanka, comparando os dados obtidos pelo questionário, tendo presente os objetivos e os domínios preconizados pelas autoras. Na caracterização da amostra total (N=212) comparada com a subamostra (n=11) dos entrevistados, verificamos que a média das suas idades se localiza nos 39 anos, enquanto no subgrupo dos entrevistados voluntários, a média de idades é de 42 anos (moda de 43 anos), encontrando-se assim uma aproximação na média de idades entre os dois grupos (vide Tabela 1 e Quadro 2).

Domínio visão global

Destacamos as habilitações académicas dos entrevistados, em que 92% refere ter habilitações técnico profissionais e/ou superiores, com maior expressão para o curso superior, atingindo uma percentagem de 54,5% (n=11), e 42,5% dos inquiridos (N=212), seguido do curso médio com 36,4%, e 49,5% respetivamente (vide Quadro 2 e Tabela 3). De salientar que os entrevistados valorizam o nível de escolaridade por considerarem ser garantia de um futuro melhor para a família, de melhor *status* social, possibilitando a obtenção dum emprego de qualidade.

Ao analisarmos os resultados (vide Tabela 8) na distribuição da amostra (N=212) por *habilitações académicas e classe de rendimento mensal*, podemos concluir que 35,5% dos que possuem curso superior e 24,8% dos que possuem cursos técnicos usufruem de rendimento igual ou superior a 701 €, e dos que detêm o curso básico, nenhum aufereste este rendimento. Os dados obtidos vão ao encontro de diversos estudos. (Rocha, 1995) (Ramos N. , 2006) (Sousa J. , 2006)(Fonseca & Gorai, 2007)

(Lyudmila, 2009)(Purnell & Paulanka, 2010) (Monteiro A. P., 2011) (Sousa J. E., 2011)

Os resultados obtidos são consensuais entre os autores que referem que são os motivos de ordem económica que determinam a tomada de decisão dos indivíduos e dos grupos para efetuarem os movimentos migratórios. O fenómeno migratório é explicado pela existência de um salário superior e de melhores condições de vida no país de destino. Este faz-se no sentido de zonas com fracas oportunidades para zonas de oportunidades mais elevadas. (Rocha, 1995) (Purnell & Paulanka, 2010)

Os locais de origem e de destino são fatores de repulsão e de atração.

Os entrevistados referem que a educação escolar é fundamental no seu desenvolvimento e é uma preocupação dominante na educação dos seus filhos. Quatro dos entrevistados referem a educação escolar e os programas de formação como um “capital pedagógico”, que os impele para a migração e que garante o retorno do investimento. Unidade de registo exemplificativa- “*Agora lá não se consegue estudar.*” (E6); “*Na Ucrânia era muito difícil ganhar para educar os filhos, Aqui estamos muito bem.*” (E9) (Anexo V)

Após a análise dos resultados, podemos afirmar que na população deste estudo as principais razões da escolha de Portugal, como país de acolhimento, são: ser *um povo acolhedor*; a facilidade do *reagrupamento familiar*; a facilidade de *acesso à Educação e os fatores climáticos*, (os entrevistados consideram o clima menos frio no Inverno).(Rosário & Santos, 2008) (Giddens, 2010)(Marques J. , 2010)(Gois, 2010)

Uma outra razão destacada foi a possibilidade de efetuar a equiparação das habilitações académicas, como nos casos de dois médicos e de uma professora licenciada em música, todos muito bem colocados a usufruir rendimentos muito superiores à média. (Rocha, 1995) (Purnell & Paulanka, 2010)

Ainda neste domínio, verificamos que, apesar da facilidade de reagrupamento familiar, 10% (21) dos imigrantes inquiridos viviam sozinhos (Tabela 2). O reagrupamento familiar foi facilitado pelo regime jurídico nacional português, aprovado pela Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho, regulamentada pelo Decreto Regulamentar nº 84/2007, de 5 de Novembro e alterada, pela Lei nº 29/2012, de 9 de Agosto, que justifica a tendência para a reunificação familiar, e consequente aumento do nível de presença de crianças e jovens. (Malheiros J. , 2011)

Todos os entrevistados assumem que a aprendizagem da língua é uma necessidade para o prolongamento da residência em Portugal, assim como a autorização de residência, o que significa uma maior possibilidade de amealharem mais dinheiro para um dia regressarem ao país de origem.

Em relação à habitação, dos 212 inquiridos, 26,9% refere viver em condições inapropriadas (Tabela 6). (Sousa J. , 2006) (Monteiro A. , 2006) (Observatório, 2010) (Monteiro A. P., 2011)

Constatamos que em relação à satisfação das necessidades básicas, os imigrantes ucranianos referem dificuldades na ocupação dos tempos livres (28,3%); no sono/repouso (12,3%); na prática da sua higiene (9,4%) e das condições para efetuar a sua eliminação (dejeções) (2,8) que estão relacionadas com as condições habitacionais nomeadamente no que se refere à salubridade e às acessibilidades. Estes dados coincidem com os do observatório da Imigração. No que diz respeito às novas vagas imigratórias, especialmente em relação aos brasileiros e aos nacionais dos países do Leste Europeu, verificou-se uma deterioração das suas condições de alojamento durante os anos 90. (Lei, nº18/2004) (Malheiros & Vala, 2004a) (Malheiros J. , 2011)

Por último, a escassez da oferta do mercado de arrendamento coloca igualmente dificuldades às comunidades e famílias imigrantes, sobretudo aquelas que chegaram em períodos mais recentes, acrescentando a circunstância das práticas de discriminação de que estas são alvo.

O Programa Especial de Reabilitação (PER) foi um programa estrutural que assumiu como objetivo a erradicação definitiva de barracas existentes nos municípios das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, mediante o realojamento em habitações condignas das famílias. (Malheiros & Fonseca, 2011, p. 73) No entanto, essas medidas foram insuficientes para colmatar os défices sentidos pelos grupos mais vulneráveis, principalmente os imigrantes de rendimentos mais baixos, que continuaram a enfrentar dificuldades, quer no acesso à habitação, quer nas condições de alojamento.

É importante referir que nos censos de 2001, a população ucraniana a residir em alojamentos familiares sobrelotados, no grande Porto, apresentava uma taxa superior (76,53%) em relação à nacional (68,3%). (Brito, Duarte, & Viana, 2011)

Nos dados obtidos quando relacionamos as variáveis “*género*” e “*empregabilidade*”, (Tabela 19), verificamos que a proporção de homens empregados (39,6%) não é significativamente superior à das mulheres (37,3%) ($\chi^2=6,625$; $p=0,01$). Podemos também afirmar na relação entre o “*género*” e o “*rendimento mensal*” (Tabela 20), que a proporção de homens com rendimento mensal acima dos 500€ (35,7%) é significativamente superior à das mulheres (17,9%) ($\chi^2=49,006$; $p=0,001$), apesar da diferença de habilitações académicas média/superior não ser significativa mas superior no género feminino (homens 44,8%, mulheres 51,2,1%) ($\chi^2=1,007$; $p=0,605$). Este facto está de acordo com o que se observa na população portuguesa em que nas mesmas funções as mulheres usufruem de vencimentos inferiores aos dos homens. (Brito, Duarte, & Viana, 2011)

Domínio cultural de comunicação

Os imigrantes ucranianos consideram a aprendizagem da língua portuguesa difícil e utilizaram diversos recursos para ultrapassar essa dificuldade, tais como o uso do dicionário, a frequência de escolas, o recurso a pessoas que dominam a linguagem russa e exames escolares.

Frequentar a escola formal foi considerado por estes imigrantes muito importante por ser uma aprendizagem fidedigna, como se pode constatar - “*Procurei escolas para falar português. Nós falamos português mas não lemos, e damos uma conotação diferente à palavra*” (E8), (Anexo VI).

A aprendizagem da língua portuguesa, segundo os inquiridos, foi efetuada de diferentes formas: de forma autodidata, ensino formal, e aprendizagem com pares.

Os imigrantes de leste, e os que não pertencem à comunidade europeia, aprendem português com vista a uma integração administrativa que lhes exige sucesso no teste de português para a “renovação de vistos”, ou seja, a concessão de autorização de residência permanente, de forma a prolongarem a sua estadia em Portugal que implica a atribuição do estatuto de imigrante “extracomunitário”.

O desconhecimento de crenças culturais na comunicação poderá trazer desconforto aos interlocutores e alterar, ou mesmo comprometer qualquer relação. As regras culturais estabelecem como os indivíduos se devem comportar em grupo, e essas regras de convivência, quando seguidas, organizam socialmente o comportamento daqueles presentes à situação. (Purnell & Paulanka, 2010)

Durante o processo interativo, os comportamentos verbais e não-verbais dos envolvidos são fortes potenciais de comunicação, em que até o silêncio como resposta pode ser passível de interpretações diversas na dinâmica de conversação. (Traverso, 1999)

Neste âmbito podemos afirmar que numa comunicação intercultural devemos ter em conta as crenças do imigrante ucraniano. Neste estudo, como *crenças* foram realçadas neste domínio: o *beijo* ser interdito entre os géneros no meio profissional; o uso do *aperto de mão* no meio oficial; o *abraço* não ser usado no género feminino, senão na intimidade, assim como manifestações de afeto. Na cultura ucraniana, o *contato visual* deve ser uma prática na comunicação.

Saber comunicar é uma competência fundamental e um parâmetro essencial na função de cuidar. Nadot afirma que os enfermeiros ocupam um lugar estratégico no sistema de saúde, pois a complexidade da prática exige, desde a comunicação interpessoal no ato de cuidar, até à gestão da informação, no fazer convergir atividades de diversos atores, equipas e serviços. (Nadot, 2003)

O enfermeiro é como um intermediário cultural nos cuidados, que desenvolve a sua atividade no seio de um espaço-tempo singular. (Dinarés, 2006)

O enfermeiro encontra-se entre o cuidado e a pessoa, a pessoa e os outros (familiares, médicos, doentes, outros profissionais da saúde, administrativos, assessores religiosos), a mediação entre o corpo, o tempo e espaço, mediação entre o sentido dado às contradições do presente, mediação entre a vida social, entre o mundo natural e o sagrado (sentido da vida, da morte, do sofrimento). (Leininger M., 2002) (Purnell & Paulanka, 2010)

Gerir a comunicação exige um esforço mental e emocional, em que é necessária uma competência cultural. Sob stresse, para gerir uma prestação de cuidados, é preciso perceber, triar, hierarquizar, organizar, armazenar, recuperar e representar a informação, de forma, a que se possa transformar essa informação em atos e ou palavras. Para tal, o profissional de saúde necessita de ter competências de transmissão linguística e cultural para que o sentido da mensagem esteja consoante as referências e repertórios dos destinatários. (Auderset & Nadot-Gharem, 2003)

A interação entre o profissional de saúde e a pessoa doente pressupõe um processo relacional, em que cada um dos intervenientes realiza a partir das significações que atribuem à comunicação verbal e não-verbal, que são influenciadas pela cultura, onde estão inseridos. (Ramos N., 2004)(Ramos N., 2007). (Ramos N., 2008)

Alguns autores referem que a maior parte da comunicação faz-se através da componente não-verbal, facto que o profissional de saúde terá de ter em conta na interação com o doente. O ser muito efusivo ou abrupto interfere na comunicação com o doente, bem como os sinais que pode emitir, como evitar o olhar, acenar com a cabeça, podem ser interpretados pelo doente como descrédito em relação às capacidades do doente para lidar com a situação. As emoções que dominam o doente e o profissional de saúde - medo, raiva, felicidade, alegria, excitação, angústia - acabam por influenciar o processo comunicacional. A comunicação não-verbal ajuda o homem a exprimir os seus sentimentos e pensamentos, revelando também a coerência entre a intenção e o discurso. (Leininger M., 2002)(Silva M., O, 2005)(Querido, Salazar, & Neto, 2006) (Purnell & Paulanka, 2010)

Júlia Paes afirma que o ser humano, para expressar as suas necessidades, possui em simultâneo duas capacidades, a linguagem verbal e não-verbal. Esta última tem de ter em conta a modalidade da voz (paralinguagem), o uso do espaço pelo homem (proxémica), a linguagem do toque, a sua duração, o local e tempo de contato, além de formas de aproximação (tacésica), as características físicas, a forma e aparência do corpo, os fatores do meio ambiente e a linguagem do corpo (cinésica). (Silva M., 2005)

A comunicação não-verbal descobre-se na multiplicidade de sinais, no olhar, na expressão facial, nas roupas, na postura, no espaço que ocupa e no que a pessoa deseja transmitir. Devemos ter em conta que um sorriso, um acenar positivo de cabeça, o contato com os olhos, o toque no lugar certo (braço, ombro ou mão), o uso

adequado do silêncio e da voz suave, são sinais facilitadores dos relacionamentos interpessoais e da comunicação efetiva.

O conteúdo da nossa comunicação está intimamente ligado ao nosso referencial de cultura, e o enfermeiro tem uma cultura própria, e é importante saber que quanto mais informações possuímos sobre a pessoa que cuidamos, maior é a habilidade de nos correlacionarmos e melhor será o desempenho no aspeto da informação e do conteúdo. (Silva M. , 1996)

Domínio cultural – papéis e organização familiar

Neste domínio encontramos as relações de género, a importância dos papéis familiares e algumas práticas de cuidado. Para a maioria dos nossos entrevistados a família é a única razão de viver. Apesar de algumas famílias se encontrarem a viver no seio de outras para dividirem as despesas, a família é o núcleo e a razão da migração. (Fonseca L. , 2009) (Brito, Duarte, & Viana, 2011)

O homem ucraniano, ao migrar tem de ajudar nas tarefas domésticas, pois falta a presença das pessoas mais velhas para dar o apoio a que estavam habituados na Ucrânia. (Sousa J. , 2006)(Ramos N. , 2008)

A tomada de decisão, por respeito e cultura, cabe ao homem, que conta com o apoio centrado na família, onde existe uma cumplicidade mútua no poder de decisão. No entanto, no que diz respeito ao planeamento familiar, cabe à mulher a tomada de decisão.

As famílias ucranianas apresentam um padrão misto, em que existe a passagem de conhecimentos, através dos seus ancestrais, onde a mulher é responsável por fornecer e adquirir esses conhecimentos e pela formação formal como preocupação dominante na preparação do ser humano para atingir um equilíbrio seguro de harmonia e bem-estar. Por meio da história e pelas entrevistas efetuadas, foi possível documentar que cabe às mulheres a responsabilidade da promoção do cuidado, do autocuidado, dos cuidados à família, pela educação dos filhos. Não é em vão, que é um direito social na Ucrânia, o acompanhamento da criança pela mãe do nascimento até aos três anos de vida.

Registamos, através das entrevistas realizadas, a influência do conhecimento intergeracional perpassado, direcionado para o crescimento e harmonia da família. Nesta linha de pensamento, observamos, pelas unidades de registo, os objetivos e prioridades da família, em que a gravidez, o parto e a maternidade assumem elevada importância, assim como o apoio ao crescimento da criança.

Portugal aprovou, desde 2004, um conjunto de compromissos que valorizam a família como unidade social relevante no contexto do desenvolvimento da sociedade. Assim, foram definidos 100 compromissos, que atendiam diferentes

realidades das famílias portuguesas, que se distribuíam pelas seguintes áreas da vida familiar: conjugalidade e parentalidade; infância e juventude; educação e formação; envelhecimento; trabalho; comunidade, cultura e lazer; saúde; sociedade de informação e segurança social. Este documento, emitido pelo governo português, integra orientações e objetivos que visam o desenvolvimento de programas integrados noutros planos e programas nacionais, traduzindo o reconhecimento da importância de medidas efetivas de valorização da família.

O conceito de família, por mais que esta se tenha modificado ao longo dos tempos, quer na sua estrutura, nas formas de exercer as suas funções, quer nos seus papéis intrafamiliares em relação ao apoio nas condições materiais e culturais de sobrevivência e na função geracional, continua a ser a instituição primordial do cuidado e da educação dos filhos, especialmente nos seus primeiros anos de vida. É desta forma que os imigrantes entrevistados sentem e verbalizam.

A todos os níveis de cuidados, os objetivos apontam para a redução de riscos para a saúde, promoção da saúde e fortalecimento das capacidades da família para se adaptar, face aos seus processos de transição, numa abordagem ecossistémica, que engloba os fatores de stresse, os fatores de fortalecimento como recursos e a intervenção na crise no sentido da adaptação. (Dorothee & O` Sullivan, 2005)

Apesar da enorme transformação ocorrida na nossa sociedade, as práticas de cuidados aos indivíduos afirmam que hoje, mais do que nunca, a família tem de ser o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, e que os enfermeiros têm o compromisso de integrar as famílias nesses cuidados. (Martins, 2003) (Simpson & Tarrant, 2006)

A educação é um tema demasiado importante para a família ucraniana, pois dá relevo à formação dos pais para facilitar a aprendizagem dos filhos aos estudos e ao respeito pelos mais velhos. Consideram que em Portugal não se dá o mesmo valor, conotado nas expressões das entrevistas.

Sempre que as crianças estão tensas ou com dificuldade de concentração, fazem uma pausa e fazem ginástica para relaxar, prática usual referida no seu país de origem. Preocupam-se em fazer tudo da melhor forma, dando muita importância à educação na primeira infância, em que as crianças são ensinadas a obedecer e respeitar os pais e as pessoas mais velhas, visando alcançar classificações elevadas nos estudos e incentivadas a completar um curso universitário ou um curso técnico.

Num contexto de proximidade, o enfermeiro no país de origem é o profissional que mais visita as famílias no seu contexto domiciliário, tendo um papel privilegiado na promoção do bom funcionamento da família e na adoção de estilos de vida saudáveis. (Palma M. , 1999)

O objetivo da promoção da saúde é “*aperfeiçoar ou manter o bem-estar físico, emocional e espiritual da unidade familiar e dos seus membros*” (centrando-se no grupo familiar e nos membros da família. (Anexo VII) (Potter, 2011, p. 163)

Em relação ao “*comportamento esperado dos jovens*”, faz parte da cultura ucraniana as mulheres casarem cedo, por volta dos 20 anos e terem filhos. Referem que com 21 anos já são consideradas velhas para casar. São incentivadas a continuar a estudar e a seguir uma carreira profissional após o casamento, Pois as avós e as mães tornam-se as principais cuidadoras das crianças.

Na sociedade ucraniana quando os jovens adultos atingem os 18 anos, ou terminam os estudos, saem geralmente de casa dos pais. Se se mantiverem em casa dos pais, devem contribuir para as despesas e respeitarem os seus progenitores. A falta de emprego e as dificuldades no país de origem, associadas à subcultura dos jovens, com os seus valores, crenças e práticas, que podem não estar em harmonia com a dos seus educadores, podem provocar conflitos geracionais. Com a emigração a realidade é outra, passando de uma família alargada, com todos os valores de passagem de conhecimentos de geração em geração, para uma família nuclear ou parental, desprovida desse habitual apoio, o que dificulta a integração no país de acolhimento.

Cuidar da família tem vindo a ser uma das preocupações da enfermagem, pois é na família que se promove a saúde e, por esse motivo, deve investir na aquisição de competências que lhe permita cuidar da família como um todo. (Andrade L. , 2008) Cuidar da família alargada é cuidar dos pais, sogros, idosos, é “*cuidar na velhice*”. O envelhecimento na Ucrânia era visto como algo natural, em que toda a família se ajudava, os filhos cuidavam dos seus idosos, geralmente a filha mais nova ficava a viver com os pais e cuidava deles. Referem que a esperança de vida é menor do que em Portugal, colocaram como razão os idosos não procurarem cuidados de saúde por não terem poder económico.

O estado de saúde das pessoas está relacionado com o seu estatuto social: as pessoas com menos habilitações, menos qualificadas ou com menor rendimento, tendem a morrer em idade mais jovem e registam uma maior prevalência da maioria dos problemas de saúde. (Potter, 2011). (Europeias, 2009)

Com a migração este contexto modificou-se, surge a preocupação daqueles que deixaram os seus idosos desamparados e os filhos para estes os criarem. Nas entrevistas, cinco inquiridos referiram que os filhos devem tomar conta dos pais e três deles enviam apoio monetário para terem quem os cuide.

Enquanto há saúde, existe maior probabilidade de manutenção da independência, que proporciona às pessoas mais facilidade e disposição para preencher o seu tempo, manter as relações sociais e realizar diversas atividades. O abandono dá-se mais facilmente na velhice, quando o idoso deixa de poder trabalhar. Para muitos idosos esta fase é encarada com revolta, porque perdem o seu papel e a sua autonomia,

tendo que recorrer à família ou amigos mais próximos para procurar ajuda. Por isso, correm o risco de ser excluídos, desvalorizados e desrespeitados pela comunidade.(Leininger M. , 2002)(Sousa J. , 2006)(Ramos N. , 2009)(Purnell & Paulanka, 2010) (Teixeira, 2010)(Monteiro A. P., 2011)(Purnell, 2011)(Rosa M. , 2012)

Hoje, esta situação assume-se como uma preocupação dos imigrantes, pois deixaram os seus pais. Julgavam que regressariam após uns anos, mas agora consideram difícil regressar, pois a política económica não melhora na Ucrânia, o que dificulta o seu regresso. Os que tinham deixado os filhos com os avós, através da lei de agrupamento familiar e de legalização facilitada, trouxeram-nos para junto de si e os pais ficaram sós. Grande parte dos imigrantes enviam dinheiro, mas referem que é um profundo sofrimento, esse abandono forçado, essa mudança de cultura.

Em relação à “*Violência doméstica*” - Podemos constatar que é uma realidade no seio da família ucraniana. Referem que a principal causa são os problemas económicos e o recurso ao álcool, como fuga para ajudar a esquecer os problemas. A mulher ucraniana imigrante sofre a *violência* de diversas formas, está longe da família, muitas vezes indocumentada e sente-se impossibilitada de recorrer a instituições de apoio, logo, não denuncia as agressões.

A *violência doméstica* emerge das expressões do discurso como uma categoria inserida no domínio dos papéis e organização familiar, preconizada por Purnell, mas consideramos, não como um papel ou uma organização, mas sim como uma disfunção que surge no meio familiar e com todas as vicissitudes que implica. Durante as entrevistas, não era um item que surgisse sem ser abordado pela investigadora. Os homens falam da violência como algo natural, que acontece ao longo dos tempos, enquanto as mulheres tentam dar-lhe pouco ênfase, relevando como causa primordial da *violência* as dificuldades económicas. A *violência*, geralmente, decorre dos conflitos de autoridade, das lutas pelo poder, da vontade de domínio da falta de poder económico “*onde não há pão, todos ralham e ninguém tem razão*” de posse e de aniquilamento do outro ou dos seus bens. (Minayo M. , 1994)(Manita & Peixoto, 2009)

A problemática familiar é complexa e necessita de uma compreensão que leve em conta a sua inserção no contexto socioeconómico e o momento do ciclo vivido. Investigar a situação evolutiva de uma família pode esclarecer situações de conflito que possam estar a afetar as condições de saúde. A compreensão do profissional quanto à família pode possibilitar o entendimento do mundo familiar, bem como a relação entre os membros e entre outras instituições sociais. (Elsen, 1994)

Apesar de toda a complexidade e diversidade de estruturas e funções estabelecidas e desempenhadas em cada grupo familiar, podemos identificar a existência, ou não, de uma família saudável. Embora seja diferente refletir sobre a saúde da família e a saúde dos seus membros, devemos estar atentos à qualidade das relações entre os diferentes membros, da comunicação funcional entre estes, do desenvolvimento das potencialidades, da segurança, da proteção de crenças, de valores, de conhecimentos e práticas compartilhadas e aprendidas através das interações com outras famílias e

com a sociedade, bem como de tarefas ou papéis a serem desempenhados para o bem-estar do grupo familiar (Zimerman & Osório, 1997)

Em geral, a situação social e económica da família repercute, na sua dinâmica, o favorecimento ou desagregamento dos seus membros. Deve considerar-se que a família que não mantém a sua funcionalidade, nem sempre é capaz de superar mudanças, crises familiares nem adaptar-se a mudanças inerentes à vida. Por outro lado, as famílias que possuem uma forma agressiva e pernicioso de relacionamento, que funcionam com um sistema fechado em termos de comunicação, afetarão certamente a integridade física, moral e emocional dos seus membros. A efetiva relação entre os profissionais de saúde e as mulheres vítimas de violência só acontecerá no momento em que houver uma relação empática entre o utente e o profissional. (Andrade C. , 2009)

A *violência doméstica* ocorre em todas as classes e grupos sociais, nos casos de violência contra a mulher, não apenas na forma física, mas também psicológica. A violência contra a mulher é uma manifestação da desigualdade de género presente na sociedade que ainda preserva valores masculinos que sobrelevam valores e direitos femininos. É definida como atos que correspondem a agressões físicas ou sua ameaça, a maus tratos psicológicos. Quando referida como violência doméstica, são atos cometidos por um membro da família ou pessoa que habite, ou tenha habitado, o mesmo domicílio. Nesse caso, as mulheres podem estar envolvidas na situação, ou como vítimas, ou como agressoras. (Schraiber, 2005)(Manita & Peixoto, 2009)

Em Portugal têm-se desenvolvido, a nível governamental, várias estratégias e políticas, que visam a proteção e a promoção dos direitos e integração das populações migrantes, nomeadamente das famílias e mulheres.

O Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) integrou no Plano para a Integração dos Imigrantes várias medidas tendo em vista a promoção relativa a problemas de género e dos direitos das mulheres migrantes. Nomeadamente, foram criados folhetos sobre a Violência Doméstica, disponíveis para consulta, dirigidos às comunidades imigrantes. Esta foi uma iniciativa da CIG e do ACIDI enquadradas no cumprimento do IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e os folhetos produzidos em português, russo, romeno, mandarim, inglês, ucraniano e francês, cuja distribuição foi efetuada nos diferentes Centros Nacionais e associações de imigrantes, entre outras entidades.

O divórcio na comunidade ucraniana é aceite por infertilidade ou inexistência de amor entre os cônjuges. Um casamento só pode ser considerado perfeito, segundo a sua referência, com a existência de filhos. A sua falta é razão para divórcio. Segundo referem através das entrevistas, na Ucrânia há muitos divórcios, e por norma as crianças pequenas são pertença das mães.

A infertilidade é um problema global de saúde pública afetando, segundo a OMS, aproximadamente 8 a 10% dos casais, sobretudo casais jovens, sendo uma afeição de

ambos, pois contribuem individualmente em 30%, e em conjunto 90% (30% origem feminina, 30% origem masculina e 30% origem mista) para as causas da infertilidade. Estima-se que em 10% dos casos não é possível determinar as causas da infertilidade. (DGS, 2013) Nos países da Europa de Leste, a ocorrência de interrupções da gravidez repetidas contribuiu em muito para o aumento da infertilidade. Na realidade, debater a infertilidade requer um olhar mais profundo sobre as suas consequências, reconhecidas em 1991 pela OMS, como um problema de saúde pública de natureza global, e com importante impacto social, podendo afetar o elemento feminino e/ou masculino do casal, perturbando o bem-estar familiar e pessoal, interferindo na produtividade e gastos em saúde. (OMS, 2011) Num estudo desenvolvido em 2005/2006, na Suíça, com o objetivo de comparar a prevalência de Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) entre migrantes indocumentadas e a prevalência em mulheres com residência legal permanente, concluiu-se que foi três vezes mais frequente nas migrantes indocumentadas do que no *grupo controlo*, indicando a necessidade de desenvolver programas de monitorização de IST para subgrupos de população com necessidades específicas. (Wolff H. , 2008)

Em relação à “*homossexualidade*”, esta é tabu para os ucranianos, com diversos preconceitos, logo não aceite e escondida da família e das relações próximas.

Domínio cultural – questões laborais

Ser imigrante noutra país significa possuir um novo estatuto jurídico-legal, um iniciar de novas relações interpessoais num novo universo pleno de símbolos de diferentes significados, e se a língua não é dominada, a integração e inclusão no meio laboral, só é ultrapassada com muito trabalho, ajuda dos seus pares e dos autóctones.

Como tal, a dificuldade mais reportada neste estudo pelos entrevistados é a barreira linguística, por considerarem a língua portuguesa difícil. Então, para conseguirem inserir-se no mundo do trabalho e atingir melhores ocupações, têm de investir na aprendizagem da língua do país de acolhimento.

Neste âmbito, no que respeita à aprendizagem da língua portuguesa, têm sido proporcionados à comunidade imigrante, um pouco por todo o país, cursos de português para estrangeiros, quer por entidades oficiais (IEFP e ACIDI) quer, sobretudo, pela sociedade civil (Igreja Católica, IPSS, associações, organizações diversas e escolas). Contudo, estes cursos têm sido em número manifestamente insuficiente, mormente se atendermos a que a língua é apontada, e de forma destacada, como uma das principais dificuldades encontradas pela recente e significativa comunidade imigrante ucraniana, em diversos estudos. (Tamayo & Schwartz, 1993)(Baganha, Marques, & Gois, 2004)(Serranito & Santana, 2005) (Monteiro A. , I, 2006)(Lyudmila, 2010)(Sousa J. E., 2011)

A expressão abaixo reflete e reforça o referido. Pertence a um médico a exercer clínica; apesar de o perceber em relação à linguagem, era necessário efetuar um esforço, repetir várias vezes as palavras usando frases semelhantes, para retificar a comunicação e arranjar vocábulos mais simples para a comunicação se efetivar com eficiência. - *“Não tive tempo de ir à escola portuguesa, aprendi com as pessoas. Como falavam inglês foi mais fácil comunicar com os portugueses, língua é muito difícil, eu não fui à escola portuguesa, mas outros sim.”* (E6) (Anexo VIII)

Estas constatações vêm ao encontro dos resultados obtidos através do questionário, em que 62% (N=212) dos imigrantes ucranianos inquiridos consideraram que a *barreira linguística* é um dos obstáculos principais no acesso aos cuidados de saúde.

Em relação à categoria *“conhecimento da lei, direitos e deveres,”* 10,8% dos inquiridos (Tabela 9) referem ausência de conhecimentos e informação dos seus direitos como imigrantes, pois vieram para trabalhar e regressar ao país de origem o mais rápido possível, como referiu uma imigrante entrevistada - *“Os ucranianos não acreditam que fiquem cá muito tempo, logo não aprofundam. Não procuram saber os seus direitos.”* (E11) (Anexo VIII). Esta informação vem clarificar e ajudar a compreender os dados obtidos no questionário (Tabela 9), em que dos 23% dos imigrantes inquiridos referiram não ter conhecimentos dos seus direitos e destes 8,5% já se encontram a viver no país de acolhimento há mais de 6 anos.

Mas, regressar ao seu país, como referiram, não é fácil; dois entrevistados referiram mesmo ter-se naturalizado portugueses, por facilitar a integração e ficar menos oneroso. Como o seu país não aceita a dupla nacionalidade, tornaram-se estrangeiros no seu próprio país. Mas, demonstraram esperança que essa lei mude brevemente. - *“Vivo em casa própria e estamos naturalizados portugueses. Em termos burocráticos é mais fácil. Pois o Estado Português exige de 4/4 anos 1 novo imposto para estarmos a trabalhar aqui. A documentação é mais fácil, certificar é mais fácil, logo é mais fácil viver aqui.”* (E11) (Anexo VIII)

Em duas entrevistas obtivemos a informação de que os maridos adquiriram nacionalidade portuguesa e reemigraram, um deles foi para Espanha e o outro para França, deixaram a família em Portugal à espera do seu retorno, quando as condições económicas daqui melhorassem. Pedro Góis sublinhou que estes imigrantes são ainda *“invisíveis”*. São portugueses, mas não são nacionais e esta situação será detetada a médio prazo, quando necessitarem de recorrer aos serviços portugueses no estrangeiro, ou em Portugal, para renovarem os seus documentos, tendo de dar uma nova morada. Quatro dos entrevistados referiram que o trabalho em Portugal é duro e longo, comparado com o horário laboral noutros países, nomeadamente, em França - *“Naturalizamo-nos portugueses. Marido foi trabalhar para França para poder ganhar mais dinheiro. Estou inscrita no fundo de desemprego e nada.”* (E10); *“Se um dia quiser voltar à Ucrânia é mais complicado e espero que o nosso governo permita pessoas com dupla nacionalidade. Agora não permite.”* (E11) (Anexo VIII).

De igual modo, quatro entrevistados referiram a necessidade de legalização, em que todos os imigrantes precisam de fazer descontos para terem as regalias respetivas. O acesso ao reagrupamento familiar facilita a legalização, (Quadro 16).

O respeito pelos padrões é referido como um dos aspetos principais dos imigrantes ucranianos, pois dizem que, como educação base lhes é ensinado o respeito pelos mais velhos e pelos superiores hierárquicos.

Dois dos entrevistados consideram o ordenado baixo, referem que os padrões são maus pagadores, não respeitam os seus direitos, sentem-se explorados no trabalho e não fazem contrato de trabalho, ou quando este termina, despedem-nos sem papéis, não podendo, por isso, recorrer ao fundo de desemprego. Defendem que deve existir respeito mútuo entre patrão e empregado. (Quadro 16)(Baganha, Marques, & Gois, 2004) (Malynovska, 2004) (Sousa J. , 2006)(Fonseca & Silva, 2010)(Lyudmila, 2010)(Sousa J. E., 2011)

Em contrapartida, 55% (N=212) consideram que o acolhimento efetuado pela população autóctone lhes deu bem-estar pessoal, social e psicológico, 45% dizem que a sua integração e inclusão no trabalho foi facilitada pelo apoio de amigos, pelo respeito sentido e por não sentirem discriminação. Um entrevistado refere a enorme ajuda dada pelo patrão para se legalizar e efetuar o reagrupamento familiar. Talvez por todas estas razões, apesar de não conseguirem atingir equilíbrio e estabilidade socio económica, a totalidade dos inquiridos permaneça há mais tempo no país de acolhimento do que esperado, (Quadro 16).

Para a globalidade da amostra (N=212) (Tabela 9), a permanência em Portugal dos imigrantes ucranianos que vivem há mais de seis anos mantém-se com valores elevados (75,5%). *“Apesar destes migrantes terem inicialmente um projeto a curto-prazo, a chegada de mais elementos da família, ... as baixas expectativas de melhoria da situação política e económica no seu país de origem faz com que a permanência em Portugal tenda a ser mais longa do que as intenções iniciais.”* (Papademetriou, 2008)(Miranda, 2009, p. 32)

Os imigrantes ucranianos demonstram enorme receio de perder o emprego, pois sabem que é difícil ter acesso a trabalho, e sem ele, têm de regressar ao país de origem ao fim de dois anos de desemprego. A vontade de enviar dinheiro para o seu país de origem é parte da razão para emigrar: *“Tenho de trabalhar e não posso perder o emprego, senão tenho de regressar à Ucrânia e lá não há trabalho. Estou aqui pelo dinheiro, é bom estar bem, quando vou de férias vejo que a Ucrânia precisa de ajuda. Quando chego sinto-me bem porque tenho tudo, na Ucrânia não tenho nada.”* (E1), (Anexo VIII)

Os imigrantes ucranianos, se não conseguirem assinar um contrato de trabalho, não podem entregar os documentos necessários no SEF, ficando assim indocumentados e dependentes do patrão sem oportunidade de procurar outro emprego. (Góis & Marques, 2007)

A lei portuguesa exige que os imigrantes, antes do início de funções, obtenham uma promessa de contrato de trabalho, ainda no país de origem. Na posse dessa promessa, devem dirigir-se aos serviços consulares de Portugal para obter um visto de trabalho. O processo é longo, caro e penoso. Porém acontece que, muitas vezes, após longos meses (ou anos) de sacrifícios, o imigrante ilegal obtém finalmente essa promessa de contrato de trabalho, mas quando começa a tratar dos documentos nas entidades oficiais, descobre que afinal essa promessa nada vale porque, não existem cotas para o seu sector de atividade. Todos os sacrifícios a que se submete são considerados inúteis. (Malynovska, 2004) (Baganha, Marques, & Gois, 2004) (Hellermann, 2004) (Peixoto J., 2006) (Niessen, 2007) (Peixoto J., 2008)

Estas dificuldades fazem com que os imigrantes fiquem a trabalhar ilegalmente. Muitas vezes, esta vulnerabilidade é aproveitada pelos patrões, fazem com que os imigrantes trabalhem mais horas do que o normal, o que origina que estes não possam frequentar aulas de aprendizagem de português - *“Gosto do trabalho, trabalho oito horas, patroa quer que trabalhe mais mas não paga extra, paga normal, patroa explora, não faz contrato.”* (E2) (Anexo VIII)

Dois dos entrevistados referiram ter sentido discriminação. Para este item existe um corpo legislativo ao nível das políticas públicas da gestão da diversidade étnico-cultural, por iniciativa nacional, e por ratificação de convenções internacionais ou de diretivas comunitárias. O despacho normativo visa *“a educação para os valores da tolerância, do diálogo e da solidariedade entre diferentes povos, etnias e culturas”*. (Dec., Lei, n.º 3-A/96) Em 1996, foi criado o cargo de Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) com o objetivo de contribuir para que todos os cidadãos legalmente residentes em Portugal gozem de dignidade e oportunidades idênticas, de forma a eliminar as discriminações e a combater o racismo e a xenofobia. (Dec., Lei, n.º 3-A/96) (DR, 85/2007) Presentemente, com nova designação, o ACIDI tem como missão colaborar na conceção, execução e avaliação das políticas públicas, transversais e setoriais, relevantes para a integração dos imigrantes e das minorias étnicas, bem como promover o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões. (Dec., Lei, nº18/2004) (Dec, Lei nº 167/2007)

Domínio ecologia biocultural

A história do povo ucraniano de 1931 a 1932, a fome que atravessaram na época de Holodomor, a liberdade condicionada e a crise pós independência forçaram os ucranianos à emigração.

No país de acolhimento, os imigrantes têm dificuldades em aceder a emprego; na equiparação das habilitações académicas; nas qualificações profissionais; na aprendizagem da língua portuguesa escrita; na acessibilidade ao serviço nacional de saúde. Todos estes problemas com o aumento do tempo de permanência em Portugal parecem ter especial relevância no aparecimento ou reincidência de perturbações mentais. (Monteiro A. P., 2011)

Dos inquiridos da nossa amostra (N=212), 12% refere alterações de sono e repouso. Estudos efetuados neste âmbito, concluíram que o estatuto de desempregado, de trabalho irregular, de medo de perder o contrato de trabalho, de executar tarefas que alterem a sua saúde, de processos de transição tem impacto no estilo de vida, alterando os padrões de comportamento. Em relação à questão da ocupação dos tempos, 28% surge como uma necessidade básica que não é satisfeita (Oppedal, 2004) (Ponizovsky & Ritsner, 2004) (Monteiro A. P., 2011)

As dificuldades sentidas na inserção no mercado de trabalho, a prestar serviços pouco qualificados, pouco valorizados socialmente, com salários baixos, parecem alterar também o equilíbrio mental, por não corresponder às expectativas iniciais. Este fenómeno pode corresponder a situações vivenciadas pelos nossos entrevistados, quando referem que se automedicam para a depressão com fármacos adquiridos na Ucrânia. (Fonseca M. , 2005)(Okasha, 2005)(Peixoto S. A., 2005) (Peixoto J. , 2008)(Pumariega, 2011)

A migração é um processo gerador de stresse pelos inúmeros condicionantes (dificuldades de adaptação no país de destino e quebra de laços familiares, sociais e culturais), o que induz impacto negativo na saúde mental levando muitas vezes ao suicídio.

O stresse causado pela migração pode provocar a síndrome de Ulisses e os migrantes portadores desta patologia apresentam sintomas de depressão e ansiedade, o que afeta a adaptação ao país de destino. (Carta M. , 2005)

Um estudo desenvolvido em Espanha demonstrou também que os fatores relacionados com a saúde mental dos migrantes são a instabilidade económica e laboral; a discriminação racial; a falta de documentação legal, a quebra dos laços familiares. (Bernal, 2003)

Os riscos de sofrimento psicológico estão relacionados com o número de anos a viver no país de acolhimento. A perda do estatuto legal é o maior risco para os imigrantes, ou estar em precariedade de autorização. O tempo de permanência também é um risco, pois com o passar dos anos, sentem que o regresso está a tardar. (Dias S. , 2004)(Fennely, 2004)(Ramos N. , 2004)(Fennely, 2007)(Godinho, 2007)

Surgem neste domínio, além de problemas de saúde mental, doenças por cancro mencionadas por 2 inquiridos e ligadas à catástrofe de Chernobyl (referenciou uma entrevistada).

Apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS), das Nações Unidas e da Agência Internacional de Energia Atómica defenderem que, grande parte, das patologias que referenciam sejam psicológicas, onde se salienta a radiofobia, os especialistas em áreas de contaminação por radiação assumem que muitas mortes surgem em sequência da catástrofe de Chernobyl.

Outras doenças referidas pela população do nosso estudo foram a diabetes, as doenças cardiovasculares, a hipertensão e Infecções Sexualmente Transmitidas (IST).

Domínio de comportamentos de alto risco

Neste domínio, designado como comportamento de alto risco, surge a ingestão de álcool, como um hábito devido ao clima e às condições Económico Políticas, já atrás referido como causa de violência doméstica. Sugerido pelas expressões de discurso, dos entrevistados em que o etilismo fica em 1º lugar, assim referenciado por 6 entrevistados Há autores que defendem mesmo que a depressão do imigrante ucraniano é encoberta com a ingestão de álcool.(Carballo & Neruar, 2001) (Malynovska, 2004) (Sousa J. , 2006) (Fernandes, 2007) (Ramos N. , 2009) (Fonseca & Silva, 2010) (Lyudmila, 2010) (Sousa J. E., 2011)

Reiteramos, a falta de vigilância de saúde no idoso surge referida por 4 entrevistados devido aos problemas económicos, sendo uma preocupação do imigrante ucraniano, referente aos pais que deixaram no país de origem. Na cultura ucraniana o papel da família é importante em todas as etapas da vida e a velhice era assegurada pelos filhos. A emigração alterou esta perspetiva de conceção da família que era considerada como uma fonte primária de apoio social que desempenhava um papel profilático e protetor. Assim, sofrem os idosos e sofre toda a família em que viviam a apoiar-se uns nos outros e a beberem na sabedoria dos seus ancestrais. (Correia, 2005) (Paúl, 2005)(McCullen & Luborsky, 2006) (Ducharme, 2006) (Figueiredo, 2007)

Os entrevistados referem que os seus idosos gerem o pouco dinheiro que conseguem para a alimentação e para apoiar o desenvolvimento dos filhos ou mesmo criar os netos; consideram que já viveram o suficiente e os seus problemas de saúde são resolvidos com a ajuda dos saberes que foram transmitidos ao longo de gerações, como o uso dos chás, das massagens e das medicinas alternativas.

No entanto, os entrevistados demonstraram a sua preocupação, questionando-se como irão dar apoio aos seus idosos, que estão tão longe; tentam, das suas economias, enviar algum dinheiro para os ajudar e referem que a esperança de vida na Ucrânia é bastante inferior à do país de acolhimento, (64 anos o género masculino e 74 anos o género feminino), elegendo a falta de vigilância e de cuidados de saúde como principais preditores.

Sabemos que, com o envelhecimento, surgem as doenças crónicas adquiridas ao longo dos tempos, que não têm cura efetiva, variando na gravidade e na extensão das suas consequências. (Miguel, 2010) O seu tratamento enfatiza o controlo ou gestão da doença, não tendo como finalidade específica a cura, mas sim uma procura de alívio dos sintomas, a diminuição do sofrimento e prolongamento e qualidade de vida. A doença crónica, seja de natureza física, mental, ou de ambas, é uma das maiores causas de incapacidade, motivando perda de independência e, muitas vezes,

da própria autonomia. A dependência e a doença tendem a provocar profundas modificações na vida das pessoas que confluem, entre outras, numa perda global de saúde e da qualidade de vida. Se não existe vigilância e tratamento, o envelhecer será mais difícil, com maior dificuldade, com mais dor.

Em relação ao uso de equipamento de segurança (capacete), não é obrigatório no país de origem. Nenhum entrevistado referiu utilizar o veículo de duas rodas em Portugal. Parece-nos que esta observação reflete a ponderação sobre a necessidade do seu uso no país de acolhimento onde é obrigatório.

Um outro tema deste domínio é o recurso ao aborto culturalmente aceite no país de origem e aparece refletido nos discursos dos entrevistados, quatro referem que as mulheres ucranianas recorrem com facilidade ao aborto, pois consideram-no menos nocivo que os anticoncepcionais orais. Têm relutância e desconfiança quanto ao uso de preservativos pois, além de referirem que diminui o prazer, conhecem histórias de deficiência do produto. Todas as entrevistadas referiram ter recorrido ao aborto. Esta decisão é quase exclusivamente da mulher, não dependendo da opinião do conjuge. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Rússia tem a taxa de abortos mais elevada do mundo. Ao longo da vida, cada mulher fará, em média, três ou mais abortos. (OMS, 2005)

Domínio cultural - nutrição

Dos 11 entrevistados, 8 mencionaram mudança de hábitos alimentares, explicados pelas características do clima mais ameno, pela acessibilidade a legumes frescos, por não precisarem de conservar os alimentos em salmouras, como faziam no país de origem e, associado ao maior poder de compra, podem efetuar mais de duas refeições por dia.

O uso de sal e gorduras em demasia é referido por quatro dos entrevistados, mas deve-se a hábitos anteriores, assim como os hidratos de carbono mencionados por três inquiridos, (Quadro 20).

Sabemos que a alimentação implica diretamente com todos os estadios de desenvolvimento do ser humano, desde a conceção até ao envelhecer, sendo responsável por comportamentos e desenvolvimento intelectual, psicoafectivo, assim como pela imunidade e resistências a infeções. (Rodrigues & Moreira, 1992) (Peres, 1994) (Peres, 1996)

O tipo de alimentação confeccionada nas diferentes regiões ajuda-nos a compreender a história dos seus povos. Na verdade, existe uma grande relação entre a situação geográfica de um povo, o comportamento, o tipo de alimentação e a saúde. Da mesma forma, a frequência de certas doenças pode estar relacionada com os hábitos alimentares das populações. (Stewart, 1999)(Aygemang, 2009)

Assim, certas patologias como a tuberculose, gastroenterites, raquitismo e outras, poderão ser indicativos de uma alimentação deficitária, as doenças cardiovasculares,

diabetes, hipertensão e outras, poderão ser consequência de uma alimentação excessiva ou desequilibrada. (Rodrigues & Moreira, 1992) (Peres, 1994) (Peres, 1996)

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no ser humano. Os migrantes constituem um dos grupos de risco destas patologias devido ao tipo de alimentação, ao consumo de álcool e de tabaco, de menor acessibilidade a informação de saúde e da procura de cuidados de saúde. (Stewart, 1999) (Aygemang, 2009)

Os ucranianos preocupam-se com a alimentação, pois consideram que os ingredientes alimentares são essenciais para manter a saúde ou recuperá-la. Também estão revestidos de rituais e cerimónias, como as festas da Páscoa, do Natal e de Batizado e refeições para reunir os amigos. Passam muitas horas a preparar os alimentos para as visitas e para as festas.

Assim, refletimos nos comportamentos observados e na necessidade de reduzir o consumo de açúcar, sal e gorduras. A sacarose, designada vulgarmente por açúcar, é um hidrato de carbono simples, constituído por dois monossacarídeos, glicose e frutose, sendo por isso, uma significativa fonte de energia. O seu consumo tem vindo a aumentar e a sua ingestão excessiva tem sido frequentemente implicada na etiologia de doenças como a obesidade, a diabetes, doenças cardiovasculares e a cárie dentária.

O sal, que é utilizado na confeção dos alimentos (cloreto de sódio), é um micronutriente de vital importância, tanto para o ser humano como para qualquer outro ser vivo, mas só deveríamos usar três a cinco gramas, no máximo.

Uma alimentação com um elevado teor de gorduras saturadas aumenta o nível de colesterol presente no sangue, o que contribui para a acumulação de depósitos de gordura, originando doenças como a arteriosclerose, o enfarte do miocárdio, a angina, a morte súbita, o favorecimento da obesidade, certos tipos de cancro e doenças digestivas. Assim, nas escolhas de óleos para fritar, deve-se privilegiar a utilização do azeite e outras gorduras monoinsaturadas, como os óleos vegetais. (Peres, 1994) (CNAN C., 1999) (Faria & Carvalho, 2004)

Domínio cultural - gravidez

A influência familiar, gerada pela herança e construída em contextos socioculturais, associa-se ao apoio que a puérpera necessita. Assim, as crenças baseadas em mitos e tabus adquirem força, tendendo a manifestar-se no comportamento da mulher no pós-parto. (Vaucher A.L.I, 2005) (Canteiro & Martins, 2010)

Desde o momento do nascimento, a genética e a cultura acompanha a pessoa. A genética é responsável por transmitir as características hereditárias, enquanto a cultura configura a transmissão de valores e crenças. O espaço cultural liga-se aos aspetos mitológicos, às crenças e aos tabus. Estes três aspetos podem ser

considerados como um conhecimento advindo do senso comum e interiorizado pela pessoa de acordo com os seus hábitos de vida, o qual uma vez incorporado no seu quotidiano, permite a continuidade dos seus ensinamentos, que determinam a sua maneira de agir e de ser. A história do passado influencia o presente. (Bitar, 1995)(Collière M. F., 2000)(Castilho, 2003)(Collière M. , 2003) (Vieira M. , 2009) (Grimal, 2009) (Gualda D. , 2004)

Os ucranianos veem a relação conjugal com uma finalidade, a dádiva de filhos. E para um casal ser perfeito tem de ter no mínimo dois filhos. A infertilidade é uma decepção e, por esse motivo, é aceite como causa para a separação do casal - "*Um casal faz tudo para ter filhos. Fica mal quando não tem filhos, e normalmente divorciam-se.*" (E6) (Anexo XII)

Na Ucrânia, informação ou formação sobre sexualidade é tabu, também não é hábito dar informação durante a gravidez, cabe à família, às mães e às avós ajudar aquando do nascimento. Culturalmente, o cônjuge não acompanha a grávida às consultas, nem está presente no nascimento do bebé, facto mencionado por 1 entrevistado que refere ter sido assim antigamente, mas que, presentemente está diferente.

No controlo da natalidade já se nota *aculturação* no uso da contraceção oral, mas, apesar de acreditarem na sua segurança, consideram que faz mal à saúde e só a procuram por ser gratuita. A esterilização não é vista como uma oportunidade, pois não faz parte da sua cultura, não é uma prática do país de origem.

As futuras mães ucranianas, no país de acolhimento, sentem necessidade de saber como cuidar dos seus bebés. Como não têm junto a si a família para as elucidar, pesquisam na *internet*, tentam tirar todas as dúvidas com o médico, com o enfermeiro que lhes dá assistência, e demonstram com orgulho que essa preocupação é a mais correta e que todas as futuras mães a deveriam fazer, criticando veemente a mulher portuguesa, pois consideram que, estas não têm essa preocupação.

Salientamos a importância dada ao banho do bebé, com a aplicação de ervas na água, para ser utilizado como calmante na água do banho ou desinfetante, o uso de "*pó roxo*" (*não descobrimos o que seria, pensei talvez ser o permanganato de potássio, ou tintura de genciana utilizado nos anos 60*) para desinfetar e prevenir doenças. O umbigo é desinfetado com um líquido verde, a entrevistada, não conseguiu efetuar a correspondência com qualquer desinfetante português, referenciou o cuidado de não molhar o coto umbilical. Como forma de acalmar e relaxar a bebé, usam a massagem e o canto.

Estamos de acordo com os autores que afirmam que o período pós-parto é influenciado pelo sistema cultural da puérpera, dos saberes ancestrais passados pelos seus familiares, mais próximos. Hoje, com a imigração e o afastamento da família alargada, socorrem-se das novas tecnologias procurando conhecimentos científicos,

o que facilita a aculturação e a procura de cuidados no sistema de saúde do país de acolhimento (Almeida & Kantorsky, 2000)(Helman, 2009)(Santiago, 2009)(Purnell & Paulanka, 2010)(Purnell, 2011) (Alvarez, 2012)

Domínio cultural - rituais de morte

As crenças culturais deste domínio são as que menos probabilidades têm de se alterar ao longo dos tempos e são geralmente o tipo de crenças do tipo A e B, as primitivas - *“Quando o familiar morre fica em casa e ao 3º dia de manhã vai para o cemitério. Junta-se a família toda e amigos. A família durante algum tempo fica de luto, nove dias não vê TV, não ouve música, agora já não tem [a mesma] importância.”* (E3) (Anexo XIII).

A Crença em relação ao transcendente é a preparação para a morte e é considerada sempre a melhor opção para se morrer em paz - *“Deve-se dizer os pecados várias vezes por ano e chamar o bispo a casa antes de morrer, tomar a comunhão.”* (E9) (Anexo XIII).

O velório é efetuado durante três dias, segundo os trâmites e preceitos religiosos e litúrgicos; só depois disso o corpo segue para o cemitério; 3 inquiridos referiram esse facto. Um dos entrevistados referiu que - *“o representante religioso é chamado e o enterro é sempre efetuado como a igreja quer, seja crente ou não.”* (E8) (Anexo XIII).

Refletir sobre o processo biocultural da morte e do morrer da pessoa humana na sociedade atual é uma tarefa difícil e, se os rituais aumentam o sofrimento, a crença tipo C/D, o tempo irá minimizar e alterar este ritual - *“Na Ucrânia o corpo fica 3 dias em casa e depois o padre vem a casa. Esses 3 dias cansam. Quando eu morrer não quero que a minha filha sofra tanto, porque quando foi do meu filho sofri muito, 3 dias a vê-lo morto, custou-me muito.”* (E10); *“O meu pai quando morreu, ficou 3 dias a fazer-se o velório, nem os familiares, ninguém dormia, o pai ficou em casa e ficamos sem dormir. Eu não gosto, é muito tempo a sofrer.”* (E11) (Anexo XIII).

Como *“rituais religiosos”* utilizados na cultura ucraniana e segundo a opinião dos entrevistados, a religião ortodoxa assume-se como idêntica à católica, com o ritual da extrema-unção - *“Quando estava a morrer a minha mãe chamou o sacerdote para pôr o óleo. Meu pai era ortodoxo. Na Bíblia está descrito o ritual que quando nada mais resulta juntam-se os diáconos para colocar o óleo.”* (E11) (Anexo XIII).

Consideramos que tomar consciência da inevitabilidade da morte e da fragilidade humana é a melhor forma de preparar futuro, saber terminar a vida de uma forma mais pacífica, sem medos, com a sensação de dever cumprido. A aventura de uma vida assente nos valores humanos tradicionais, à margem da superficialidade de pressões sociais, é o melhor contributo para uma morte digna e verdadeiramente humana, de acordo com as suas crenças, religiosas ou não, com paz de espírito.

Apesar dos entrevistados considerarem a morte de um ente querido uma tragédia, de não aprovarem o enorme sofrimento resultante de um velório interminável, acompanham o familiar até ao seu último suspiro no seu ambiente familiar e não no meio de umas paredes brancas, com vultos (profissionais) desconhecidos, vestidos com batas brancas, azuis ou verdes, a esforçarem-se por o mantê-lo vivo, sem perceberem que já nada há a fazer, só estão a prolongar o sofrimento de uma vida, onde são usadas todas as técnicas que provocam dor. Até para se morrer é preciso ter sorte e construir essa sorte. (Ariés, 2000) (Gonzalo, 2000) (Abiven, 2001) (Domingues, 2012): *“Sou ortodoxa, como religiosa acredito na vida depois da morte. É preciso perceber o que se faz mal, e preparar-se através do que está escrito na bíblia. Ser boa mãe, boa mulher, ter uma profissão e ganhar a minha felicidade.”* (E9) (Anexo XIII).

Não se pode esquecer que o velório é um ritual religioso. Estes dias, dois no catolicismo e três no ortodoxo, são também um período para se afirmar uma pertença a uma identidade religiosa, ao mesmo tempo que se cumprem as obrigações e os ajustes para com os entes queridos e a religião que professam. Mesmo que se tenha vivido como não crente, na cultura ucraniana, a vida termina sempre com um ritual religioso. Segue-se o período de luto, como respeito ao ente querido que partiu. Acreditam, que se viverem uma vida em função do próximo, alcançam o transcendente. Saber morrer também é uma “arte.” (Reesink, 2005)

Domínio cultural – espiritualidade

A espiritualidade vivenciada dá significado à vida, ajudando nas adversidades e na doença. Muitas vezes é difícil diferenciar crenças religiosas de culturais, pois a religião orienta as crenças e os valores. Por seu lado, a espiritualidade tem o poder de fazer alcançar o equilíbrio entre a mente, o corpo e o espírito. Líderes religiosos proporcionam conforto e fazem a ligação com os colegas de outras religiões, como é o caso dos capelões dos hospitais, que contactam os assessores religiosos doutras doutrinas para virem confortar os seus fiéis.

Podemos observar que a religiosidade está muito presente na vida dos ucranianos, pois todos os entrevistados referiram diversas atividades como o casamento, batizado, a quaresma e as proibições sofridas no país de origem - *“Na quaresma não comemos alimentos com a gordura animal, quarenta dias antes pelo menos oito dias antes. A maioria faz isso.”* (E8) (Anexo XIV).

Os ucranianos que viviam junto à Rússia, não podendo professar a sua religião, aprenderam a procurar a força espiritual interior, como se o seu Deus estivesse dentro deles. *“Apoio espiritual, procura dentro de mim. Não procuro muito o apoio do padre.”* (E8); *“Existem muitos religiosos, católicos bastantes. Eu procuro a força em mim, pois não preciso de oração.”* (E6) (Anexo XIV).

Acreditar no transcendente e no proibido acende a chama da fé - *“Os ucranianos não falavam ucraniano, só na religião é que falavam ucraniano, mais perto da Rússia não acreditam em Deus, diz que não tem Deus no Céu.”* (E10) (Anexo XIV).

Nos primeiros anos, os ucranianos, como imigrantes, não tinham acesso ao apoio do líder espiritual da sua religião e, se precisavam, recorriam a um padre católico, mas não compreendiam a língua. Na Ucrânia já estavam habituados a não ter acesso ao apoio espiritual do seu líder, devido à proibição de escolha religiosa quando estavam dependentes do regime da União Soviética.

Presentemente, em Portugal, já existem diversos líderes espirituais e alguns não procuram esse acesso por não ser um hábito - *“A minha igreja é ortodoxa, só vou à igreja pela Pascoa, vou à Ucrânia. Aqui rezamos em casa. Aqui o padre fala e eu não compreendo.”* (E2); *“Existem muitas religiões, cristãs, muçulmanas, ortodoxas, católicas e protestantes. A força espiritual, encontro-a dentro de mim. Cá nunca foi à igreja sabia que há cá mas não procuro”* (E3) (Anexo XIV).

Estes dados explicitam os dados obtidos pelo questionário, em que 78% (166) referiram ter apoio espiritual, 12% (26) não e 9% (20) não responderam. Cerca de 38% (81) não referiram auferir uma religião. Para os restantes 62% as religiões que mais se destacaram foram a ortodoxa 41% (87), a católica 11% (22) e a batista 7% (14) (Tabela 15 e 16).

Nas entrevistas, apesar de referirem que os ucranianos que viviam junto à Rússia não acreditarem em Deus, aludiram que necessitam de viver com algo espiritual. Segundo Ana Monteiro, *“há coisas que todos os imigrantes carregam na bagagem. Um amuleto. Pode ser uma medalha, uma pequena cruz, um artefacto indígena. Todos os imigrantes trazem, algures no corpo no pulso, ao pescoço ou tatuado na pele um amuleto, uma forma qualquer de proteção ou apelo aos deuses da sua terra para pedir boa sorte. Eles bem sabem, que as idas nem sempre significam felizes regressos e que há viagens sem retorno. Ou seja, o processo migratório não é apenas um processo de transição geográfica ou espacial. É um processo de transição existencial, ligado a uma específica consciência de vulnerabilidade. E esta vulnerabilidade existencial tem impactos nas condições globais de saúde e na saúde mental.”* (OMS, 2001, p. 76) (Monteiro A. P., 2011)

Domínio prática de cuidados de saúde

A saúde é um direito universal e fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade justa. Em termos éticos, a saúde apresenta um duplo valor moral, uma vez que é essencial para a qualidade de vida e para a vida.

Os ucranianos referem que no tempo da União Soviética estavam habituados a um sistema de saúde considerado *“bom,”* controlado, organizado e gratuito.

A saúde dos indivíduos é influenciada pelos determinantes sociais de saúde ao longo do ciclo de vida.

As desigualdades em saúde, associadas ao nível educacional, pobreza, rendimento e outros, condicionam muitas vezes os comportamentos e ou estilos de vida, as decisões e o nível de saúde atingido.

A Organização Mundial de Saúde criou a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, em 2005, para apoiar os países e os diferentes parceiros de saúde a enfrentarem os fatores que determinam as desigualdades em saúde. Na Suécia, uma em cada 17400 mulheres morre durante a gravidez ou durante o parto. No Afeganistão, essa probabilidade é de uma em cada oito mulheres. (WHO, 2008)

Os determinantes sociais da saúde, as condições em que as pessoas nascem, se desenvolvem e envelhecem, o sistema de saúde a que pertencem, assim como as características socioeconómicas do indivíduo, nomeadamente o emprego, a classe social, o tipo de habitação e o rendimento, podem influenciar os comportamentos, os estilos de vida, a saúde e as decisões dos indivíduos. (WHO, 2010)

Os comportamentos de saúde ou estilos de vida, como uma alimentação saudável e a prática de atividade física, determinam a saúde dos indivíduos. Se pertencem a classes sociais de rendimentos elevados apresentam em média uma longevidade superior e tendem a adotar estilos de vida saudáveis. (Observatório, 2010)

Em presença da doença, a percepção do indivíduo pode estar distorcida por estados emocionais, como o medo, o stresse e a dor. Esta situação é ainda mais instável quando se trata de imigrantes e, principalmente, se a sua situação não estiver regularizada. O imigrante ucraniano, quando tem de recorrer aos cuidados de saúde, atravessa todos estes estados, principalmente se for indocumentado.

Conforme os dados obtidos, os imigrantes ucranianos só recorrem aos cuidados de saúde quando as suas práticas populares e tradicionais são ineficazes. Recorrem às medicinas alternativas 32,6% (69) dos inquiridos e 45% (5) dos entrevistados (Tabela 12 e quadro 24). Constatamos que 49,1% (104) dos imigrantes da amostra recorrem em simultâneo à medicina tradicional com outros cuidados de saúde.

Da prática de automedicação, apuramos que 36,8% (78) dos inquiridos e 45% (5) dos entrevistados o fazem, assim como o uso de produtos naturais, como chás e outros. (Tabela 13 e quadro 25). Há autores que referem que o recurso a práticas informais, como a automedicação, receitas caseiras, o recurso à farmácia sem prescrição, massagem e outras práticas se devem a limitações económicas, educativas, legais e pela dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde formais. (CCHS, 1997) (Sousa J. , 2006) (Fernandes, 2007) (Fernandes, Pereira, & Blasques, 2007) (Fonseca & Gorai, 2007) (Fonseca & Silva, S, 2010)

De salientar que esta prática é culturalmente aceite no país de origem e que pode também ser um comportamento adquirido e mantido no país de acolhimento e não ter a ver com *deficit* de conhecimentos ou limitações de outro tipo.

Em relação aos “Obstáculos à procura dos cuidados de saúde” - Neste estudo, da análise dos dados obtidos através dos instrumentos aplicados aos imigrantes ucranianos, emerge uma categoria, *“crenças e comportamentos na procura de cuidados de saúde”*: 61,4% (121) dos inquiridos não recorrem ao Sistema Nacional de Saúde Português (Tabela 17). A procura de cuidados nos Centros de Saúde (Quadro 24), quatro (36%) dos entrevistados mencionam como obstáculo o tempo elevado de espera por uma consulta e dois (18%) referem falta de médicos de família, assim como têm uma opinião negativa e também referem com o mesmo valor a falta de confiança nos profissionais de saúde, nomeadamente no médico - *“Aqui muita superioridade dos médicos., não explicam, o ucraniano quer perceber e perguntam e tentam procurar conhecimentos, fora e quando vem ao medico trás alguns conhecimentos e médico não gosta.”* (E8) e têm também opinião negativa dos cuidados prestados. *“Centros de saúde não têm retaguarda, se tiverem dúvida têm de enviar para a urgência do hospital e paga duas taxas moderadoras.”* (E6) (Anexo XV).

No estudo realizado por José Edmundo sobre os imigrantes ucranianos e os cuidados de saúde, chegou-se a conclusões idênticas: os ucranianos referiram constrangimentos no que respeita ao acesso ao SNS, nomeadamente a nível do

atendimento, salientando-se o tempo de espera e a dificuldade de comunicação, a nível do processo terapêutico e do cuidado prestado. (Sousa J. , 2006)

De realçar que esta realidade também é coincidente com a dos cidadãos portugueses que utilizam os mesmos argumentos para recorrer aos serviços de urgência. O Ministro da Saúde anunciou em 2014 que, para responder a esta necessidade, iria abrir concurso para médicos de família.

Quando necessitam de cuidados de saúde, os imigrantes ucranianos entrevistados recorrem ao serviço de urgência, cinco (45%) porque consideram que esses profissionais têm maior competência, simultaneamente quatro (36%) referem que procuram o serviço de urgência porque são sempre atendidos, apesar do tempo de espera; 39% (62) dos inquiridos e três (27%) dos entrevistados justificam essa prática pela desadequação dos horários praticados nos Centros de Saúde desfasados em relação aos horários laborais. (Tabela 14 e Quadro 25).

No seu país de origem, antes da independência, os ucranianos tinham acesso aos cuidados de saúde que consideravam de qualidade, com rapidez de atendimento, acessibilidade a cuidados diferenciados, e a práticas específicas. Após a independência, com as dificuldades socioeconómicas, as condições alteraram-se negativamente e, apesar dos cuidados de saúde continuarem a ser gratuitos, são considerados de pouca qualidade e, se quiserem ser bem tratados têm de recompensar os profissionais *“Na Ucrânia não precisa pagar nada mas se quer carinho e ser bem tratada, tens de pagar tudo, médico, enfermeiros e tudo.”* (E10) (Anexo XV).

Os estereótipos e preconceitos também influenciam a perceção, o que provoca uma distorção da realidade e uma desvalorização dos cuidados de que as pessoas precisam. Resultam da categorização espontânea da informação recebida, numa tentativa de controlo do meio ambiente, mas conduzem à simplificação, generalização e rigidez. (Ramos N. , 2004)

Uma crença do tipo C e D, que emergiu dos dados dos inquiridos, é a crença em relação aos métodos anticoncepcionais e à prática do aborto. A aquisição de anticoncepcional oral, na Ucrânia, era paga e o aborto era gratuito. Quatro entrevistadas consideram o anticoncepcional oral nocivo à saúde das mulheres e três consideram os preservativos ineficazes.

Esta informação vem ajudar a compreender os resultados obtidos com o questionário, em que 76,3% (135) referiram não procurar o programa de planeamento familiar. Somente 19,8% (35) dos elementos do género feminino, em período fértil dos 20 aos 49 anos, recorrem. (Tabela 18 e Gráfico 1).

Uma outra crença, que consideramos um obstáculo à procura de cuidados de saúde é a *“prática de adesão ao aborto”*, cinco (45%) dos entrevistados referem ser uma

prática utilizada pelas mulheres ucranianas no controlo de gravidez, assim como na “adesão à prática de esterilização”, duas (18%) referem a não adesão, por não ser uma prática usada no país de origem - “O aborto antes fazia-se com facilidade. Eu também fiz, essa parte era fechada, as mães não falavam, nada sabíamos, sobre isso.” (E10) (Anexo XV). Como crença cultural, assumem que a pilula, como método anticoncepcional, é nociva à saúde e preferem recorrer à prática do aborto.

Presentemente, no país de acolhimento, já existe alguma adesão ao planeamento familiar, três referem utilizar anticoncepcionais e em relação ao uso de preservativo um dos dois médicos entrevistados, está sensibilizado para o seu uso mas o outro não - “Não usamos preservativos pois eles são ineficazes.” (E7), (Anexo XV). Apesar de ter acesso a conhecimentos científicos fidedignos, as crenças são difíceis de mudar.

Neste estudo ao cruzarmos a variável “género” com a variável “adesão ao programa de planeamento familiar” (Tabela 18) verificamos que 23,7% (42) aderiram ao programa. Destes, 83,3% (35) são do género feminino e 16,6% (7) do masculino que aderiram ao programa de planeamento familiar. Estes resultados vêm ao encontro dos resultados obtidos através das entrevistas, em que a responsabilidade de decidir o método de controlo da gravidez compete à mulher.

A desconfiança nos preservativos, referida por três (27%), dos entrevistados é um dos comportamentos de risco na transmissão de infeções sexuais. Existem estudos que mencionam este comportamento nos migrantes pela falta de conhecimento sobre a prevenção da doença. (Pezzoli, 2009) (Fonseca & Silva, 2010)

A migração de mulheres aumentou, principalmente devido ao reagrupamento familiar, em que elas são mais vulneráveis à infeção por VIH/SIDA, pelo aumento da prostituição feminina e pela desconfiança quanto ao uso do preservativo. (Fernandes A., 2007)

Esta tendência assiste-se em muitos países e não apenas em Portugal. Os programas de prevenção e tratamento da doença podem ficar prejudicados com a crise mundial financeira mundial, levando a um agravamento das dificuldades no acesso aos cuidados de saúde dos grupos vulneráveis nomeadamente dos migrantes. (World, 2009)

A “barreira linguística” referida no domínio questões laborais (Quadro 16) abrange a totalidade da amostra (n=11), três dos entrevistados referem não procurar o médico de família, a ilegalidade é uma razão para não procurarem cuidados de saúde, sendo este um dos pontos fulcrais da preocupação dos governantes pela fraca procura de cuidados de saúde por estes imigrantes. (Tabela 17 e Quadro 24).

Góis afirma que existem fatores determinantes para uma efetiva integração social dos imigrantes na sociedade de acolhimento e destaca a importância que as competências linguísticas assumem por permitirem criar e manter formas de

relacionamento com a população autóctone e a obtenção de informações sobre oportunidades existentes nas diversas esferas sociais (oportunidades culturais, económicas, saúde, leis laborais). (Watson J. , 2002) Sousa refere, nas conclusões do seu estudo, que a aprendizagem da língua é indispensável, fundamental num processo de aculturação. A existência de bolsas de intérpretes para apoiar os profissionais de saúde, bem como a disponibilização de um espaço nas Unidades de Saúde Familiar (USF) que permita a prestação de cuidados de saúde, é indispensável para a implementação de programas de promoção e prevenção. Refere ainda ser essencial, a existência de suportes de registos bilingues, principalmente em boletins de vacinas, saúde materna e planeamento familiar. (Sousa J. , 2006)

Os migrantes ilegais têm maiores dificuldades em aceder aos serviços de saúde devido ao seu estatuto e à desconfiança nesses. Em Portugal, este grupo em situações de necessidade extrema recorre às urgências hospitalares em detrimento dos outros serviços.

Machado concluiu que as famílias imigrantes procuram mais os cuidados hospitalares do que os Centros de Saúde, por não terem médico de família atribuído, pela não perceção da gravidade da doença, pela não disponibilidade de horários adequados à manutenção da atividade laboral e por ser mais fácil ocultar situações de falta de documentação, desestruturação familiar ou problemas sociais graves. (Machado, 2006)

Apesar de 83,7% da população deste estudo (N=212) permanecer há mais de seis anos em Portugal, e de ter informação sobre o acesso a cuidados de saúde (75,5%), apenas 38,6% recorre ao SNS português. Alguns autores acrescentam que os migrantes residentes com maior tempo de permanência recorrem com maior frequência ao centro de saúde e serviços hospitalares. (Gonçalves, 2003) (Carrasco, 2007) (Barros & Pereira, 2009) (Fonseca M. , 2009) (Fonseca & Silva, 2010)

Podemos realçar que as dificuldades de legalização, a falta de recursos económicos, a barreira linguística, o desconhecimento da cultura do país de destino, as crenças de saúde são dos principais fatores para que os migrantes não procurem os cuidados de saúde. (Dias S. , 2004) (Fennely, 2004) (Fennely, 2007) (Dias C. e., 2008) (Backstrom, 2009) (Monteiro A. , 2010) (Mendes, 2011) (Sousa J. E., 2011)

As crenças de saúde e os costumes culturais podem afetar a procura dos cuidados, principalmente pelas classes socioeconómicas com menor rendimento. A opinião sobre a qualidade dos cuidados de saúde e as diferenças dos que tinham no país de origem são muitas vezes um entrave a essa mesma procura. (Lopes L. , 2007)

Uma das orientações mais importantes no Plano Nacional de Saúde (PNS) é a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, dando maior importância aos cuidados de saúde primários e às dificuldades culturais e linguística. (Simões, 2010) (Simões & Ferrinho, 2010)

A equidade é fulcral na integração dos migrantes nas sociedades de acolhimento, nomeadamente no âmbito da saúde. Num sistema de saúde equitativo é possível responder às necessidades de todos e garantir um conjunto de direitos transversais a todos indivíduos, independentemente da sua naturalidade, género, raça e religião, o que contribui para uma melhor integração dos imigrantes. (Andrade I. , 2006)

A equidade nos sistemas de saúde é um valor e um sustentáculo importante para promover a saúde para todos nas sociedades. Infelizmente, continuam a persistir diferenças ao nível de saúde das classes sociais e torna-se paradoxal que, aqueles que têm mais necessidades (as classes mais desfavorecidas), tenham mais dificuldades em aceder aos cuidados de saúde, apesar de terem mais necessidade de um sistema de saúde justo.

Domínio prestadores de cuidados de saúde

Neste domínio, quanto aos prestadores de cuidados, quatro (36%) dos entrevistados referem perceções positivas e três (27%) perceções negativas (Quadro 26). Os que contactaram com os profissionais de saúde referiram que a competência dos enfermeiros portugueses é superior à dos do país de origem e mais autónoma. Consideram que os enfermeiros portugueses mantêm uma relação empática positiva, são responsáveis e interessados e demonstram brio profissional.

Um dos entrevistados referiu que existe desconhecimento das respetivas culturas, emergindo sugestões para melhorar a comunicação - “*A consulta de enfermagem deve ser aberta, explicar o porquê das coisas, melhorar a desconfiança. Tentar colocar problemas para tentar resolver e personalizar o serviço.*” (E8) (Anexo XV).

Pessoas de culturas ou subculturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, como por exemplo na forma de lidar com a doença e do cuidar. (Lopes M. J., 2006) (Ramos N. , 2009)

Os profissionais de saúde conhecem a importância de uma adequada comunicação, a *lei da repetição*, alerta para a necessidade de repetir a informação, as vezes que forem necessárias até à compreensão do doente, pois facilita a adesão terapêutica, suportada por criteriosa informação escrita.

Quando os enfermeiros comunicam com os utentes têm de adequar a linguagem às características destes, principalmente se identificarem dificuldades. Os profissionais de saúde têm necessidade de compreender, de criar laços, de forma a poderem utilizar a informação para a identificação dos problemas de saúde dos utentes e famílias e procurar as soluções / cuidados adequados. Pessoas de culturas ou subculturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, dar uma conotação diferente à palavra como referiram os entrevistados. (Collière M. F., 2000) (Lopes M. J., 2006) (Ramos N. , 2009) (Araújo & Rego, 2013)

Sousa considera existir um choque cultural em contexto de saúde devido à barreira linguística e comunicação que provoca interferências nas relações entre imigrantes ucranianos e os profissionais de saúde. Estes aspetos foram manifestados por ambos relativamente ao atendimento, relação/comunicação, cultura, processo terapêutico, cuidados prestados, perceção acerca dos imigrantes ucranianos, acessibilidade, estatuto de ilegais, barreiras burocráticas, rendimentos e informação sobre o sistema nacional de saúde. (Sousa J. , 2006)

De acordo com Amendoeira a enfermagem na atualidade constitui-se como um recurso de grande utilidade na sociedade, possui um conjunto de atividades essenciais à manutenção e à qualidade de vida que não são ainda suficientemente reconhecidas como parte de um campo autónomo de saber e de intervenção. (Amendoeira, 2004)

Reiteramos que os imigrantes ucranianos, 74% (157), referiram como obstáculos no acesso aos cuidados de saúde, a barreira linguística (83%) os horários de acesso desfasados do horário laboral (39%) os tratamentos caros (31%), desconhecimento dos seus direitos (20%), existência de barreira cultural (13%), problemas administrativos (5%), e 3% refere medo de discriminação. (Tabela 14). Perceção positiva em relação às crenças sobre os profissionais de saúde referido por quatro entrevistados e sobre a competência profissional dos enfermeiros portugueses por três.

Conclusões

A população portuguesa apresenta na sua essência e na sua história passada e presente uma enorme vivência de migração. Não é de estranhar a grande capacidade e flexibilidade da comunidade portuguesa em saber acolher e albergar a pessoa migrante.

Presentemente, Portugal tem um maior número de portugueses a emigrar do que imigrantes a acolher. Apesar desta diminuição, devido à atual perturbação socioeconómica que Portugal atravessa, verifica-se ainda uma grande presença de imigrantes. Tem sido uma preocupação governamental criar apoios para minimizar as dificuldades de integração daqueles que procuram este país, que tem reputação de ser acolhedor, afável e hospitaleiro.

Neste estudo, aceitamos como desafio conhecer os hábitos culturais, as tradições, e os estilos de vida que pudessem influenciar a procura de cuidados de saúde, dirigida a um grupo migratório específico, os imigrantes ucranianos residentes na região do Porto. Num período de dois a três anos, através do fenómeno da globalização, chegaram a Portugal mais de 120 mil imigrantes de leste, tendo a grande vaga ocorrido depois de 2000. Impuseram-se pelo respeito, educação, habilitações altamente qualificadas e pelo rico património cultural e religioso.

Quando comparamos as habilitações literárias dos imigrantes ucranianos em estudo com as da população portuguesa da mesma área de residência, verificamos que apenas 4% dos ucranianos possuem o curso básico, sendo que 25% da população portuguesa possui essas habilitações. Dos ucranianos 50% possuem como habilitações literárias o curso médio e da população autóctone cerca de 36%. Mais diluída é a diferença em relação às habilitações superiores, 43%, versus 38%. (Brito, Duarte, & Viana, 2011)

Aparentemente, ao possuírem habilitações literárias mais elevadas, poderia pensar-se que isso contribuiria como facilitador da integração mas, a barreira linguística é um enorme obstáculo, nomeadamente para o reconhecimento e equiparação das habilitações profissionais.

Apreciaríamos conhecer os modos de vida e as práticas de todas as culturas dos imigrantes a residir em Portugal, mas, neste contexto, seria impossível. Então, pareceu-nos pertinente conhecer o grupo de imigrantes mais populosos com uma língua não dominada pela população nativa.

Iniciamos este estudo com uma revisão de publicações relevantes que nos permitisse conhecer melhor a problemática e familiarizar-nos com as dificuldades encontrados por outros investigadores. Ter acesso a informação precisa sobre o fenómeno migratório, nas suas verdadeiras dimensões e realidades, era imprescindível.

Assumir que somos todos sujeitos de necessidades, sem considerar contextos culturais diferentes, crenças e valores próprios de cada indivíduo e de cada grupo social resulta em prática de cuidados deficientes. Os profissionais de saúde devem conhecer profundamente a cultura, os estilos de vida, os hábitos, e rituais de cada pessoa, a família ou comunidade. Esta postura é ainda mais importante e mais complexa quando coexistem barreiras linguísticas e assimetrias sociais. Reconhece-se assim, a importância da procura doutros referenciais, para além dos biológicos, por parte dos profissionais de saúde, no sentido de dar resposta a intervenções de adesão, de tratamento e de cuidados, profundamente enleados com a cultura. As características humanas na presença de outro implica agir, interagir, expressar sociabilidade, de forma espontânea ou organizada, ou mesmo as duas.

Enquanto o imigrante não se sentir como um elemento de pertença no país de acolhimento, passa por um enorme sofrimento, alterando muitas vezes o seu equilíbrio de saúde.

Ao refletir sobre os dados obtidos em cada domínio do modelo Cultural Purnell surgiram crenças culturais transmitidas de geração em geração, como a falta da família alargada e do apoio do conhecimento ancestral. Os entrevistados referiram que optam pelo cuidado oriundo do seu meio cultural, seguindo algumas orientações perpassadas pelo profissional de saúde. A procura de informação em *sites* da *internet* é focada por todos os que têm acesso a essa tecnologia, com a intenção de aprimorar conhecimentos, permitindo assim um maior empoderamento frente aos obstáculos que atravessam e poder dar o melhor a si e aos seus familiares.

A saúde e a integração podem ser vistas como tendo uma relação dialética: se por um lado, a integração é imperativa para a prestação efetiva de cuidados de saúde, por outro, os imigrantes com problemas de saúde deparam-se potencialmente com um processo de integração dificultado devido ao risco de estigmatização. Importa referir, ainda, que este grupo poderá estar exposto a uma maior vulnerabilidade no que respeita a doenças e problemas de saúde, dado o impacto das diferenças do meio ambiente físico e social, das culturas e hábitos, das barreiras linguísticas, das diferenças nos sistemas administrativos e legais, entre outras.

Efetuamos um estudo exploratório descritivo com o recurso à triangulação de dados, do âmbito quantitativo e qualitativo. Este método ajudou a clarificar e identificar crenças de cuidados, valores, práticas e modo de vida, que influenciam a procura de cuidados de saúde, extraídos dos dados obtidos. Obtivemos a informação através de dois instrumentos de colheita de dados, o questionário a 212 imigrantes e a entrevista a 11

desses elementos, que colaboraram voluntariamente, de forma a permitir a compreensão da sua cultura, da prestação de cuidados de saúde culturalmente congruentes e obtendo, assim, resposta à nossa questão de partida e aos objetivos traçados:

Pretendíamos, neste estudo, conhecer as necessidades de saúde, as crenças culturais e de saúde, valores e práticas dos imigrantes ucranianos e como interagem na procura desses cuidados. Verificamos que na generalidade das situações, os imigrantes ucranianos não apresentam mais necessidades de cuidados de saúde que os portugueses. (Brito, Duarte, & Viana, 2011)

De salientar que os comportamentos sociais têm uma maior influência na procura de cuidados atempadamente. Neste âmbito, observamos a importância de conhecer as determinantes de saúde a que teremos que estar atentos como as crenças, os valores, os desejos que acompanham os indivíduos imigrantes, e aos quais se mantém fiel ao longo da vida.

Em relação à análise da influência das crenças culturais e de saúde na procura dos cuidados de saúde dos imigrantes ucranianos na região do Porto, concluímos que 61% dos imigrantes inquiridos não recorrem aos serviços de saúde; os restantes só o fazem após terem sido ineficazes as práticas populares e tradicionais. Procuram os cuidados de saúde por sofrerem de diabetes, de hipertensão e ansiedade ou para responder às necessidades dos filhos.

Dos imigrantes ucranianos inquiridos realçamos que vinte e seis referem que a necessidade de sono e repouso não é satisfeita, enquanto a população autóctone não refere essa necessidade. (Brito, Duarte, & Viana, 2011) Esta situação, se prolongada no tempo, pode alterar o estado de saúde, o equilíbrio mental e resultar em acidentes de trabalho ou outros.

Cerca de 28% dos inquiridos referem não ter onde ocupar os seus tempos livres e a população nativa refere apenas 4%. Estes achados podem estar relacionados com as fracas condições de habitação mencionadas.

Referem ainda história de etilismo devido ao clima frio do seu país de origem, e às dificuldades económicas e políticas, o que resulta em disfunção familiar e como causa de violência doméstica.

O uso excessivo de sal é outro costume do país de origem, resultante do método de preservação dos alimentos (enchidos e salmouras de legumes). Um outro hábito constatado é o consumo de tabaco.

De seguida, apresentamos os resultados obtidos de acordo com cada objetivo traçado:

- *Analisar a influência das crenças culturais e de saúde na procura dos cuidados de saúde dos imigrantes ucranianos.*

Os imigrantes acreditam nas práticas informais como a automedicação, receitas caseiras, o recurso à farmácia e à massagem. Em relação aos cuidados de saúde prestados pelos profissionais portugueses, apresentam opiniões opostas, quatro referem opinião positiva e três negativa. Consideram que existe uma maior competência dos profissionais de saúde nos serviços de urgência, e que este é mais acessível para o imigrante ilegal, mas em contrapartida não há acompanhamento da evolução da doença, revelando riscos para si próprio e para a comunidade. Através das entrevistas foi possível concluir que a procura dos cuidados de saúde incide no hospital por se sentirem mais seguros e o atendimento ser mais rápido e eficiente.

Os programas de planeamento familiar são pouco procurados por terem uma crença negativa em relação aos métodos anticoncepcionais e uma prática instituída de realização do aborto na Ucrânia. Consideram que o método anticoncepcional oral é nocivo para a saúde e o uso de preservativo ineficaz. A responsabilidade de decidir o método de controlo de natalidade compete à mulher. Uma outra razão da não procura de cuidados de saúde prende-se com a ausência de competência cultural por parte dos profissionais de saúde e por desconhecerem os saberes técnico-científicos dos enfermeiros portugueses, apesar de considerarem que estes são mais competentes e independentes do que os do seu país.

- Analisar a acessibilidade de pessoas culturalmente diferentes aos serviços de saúde.

As dificuldades prevalentes no acesso aos cuidados prendem-se com uma comunicação ineficaz, quer pela barreira linguística ou devido a diferentes interpretações, quer pela articulação com os diversos serviços, no apoio aos imigrantes na continuidade de cuidados. Estas dificuldades estão associadas ao desconhecimento da lei que regulamenta o acesso, nomeadamente dos imigrantes ilegais. Estes não recorrem aos cuidados de saúde primários mas, em situações extremas, recorrem ao serviço de urgência, por recearem serem denunciados ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e serem deportados para o país de origem.

Encontramos dificuldades na continuidade dos cuidados após alta hospitalar, nos imigrantes em situação irregular, que não têm médico de família atribuído e apresentam dificuldades económicas. Associada a esta situação, quer os imigrantes, quer os profissionais desconhecem as estruturas de apoio existentes para estas situações.

A acessibilidade é comprometida pelas crenças de saúde e pelos costumes culturais que possuem do país de origem. Os horários desfasados constituem um dos problemas focados, mas também referenciados pela população autóctone, embora, atualmente, o horário tenha vindo a ser alargado para minimizar esta necessidade. (Brito, Duarte, & Viana, 2011) Os tratamentos são, também, considerados onerosos e o imigrante vivenciou duas realidades: o acesso gratuito com qualidade, antes da independência da Ucrânia e o acesso gratuito com gratificação para ser bem atendido após a independência. Em Portugal, se estiver corretamente documentado e legalizado, tem os mesmos direitos que os portugueses.

A continuidade de cuidados é descurada pela irregularidade, pela falta de informação quanto aos aspetos legais, nomeadamente os direitos e o funcionamento das estruturas existentes. Mesmo na posse da informação sobre o direito de acesso, receia ser acusado ou referenciado ao SEF. Este é um dos principais aspetos que pode influenciar negativamente a saúde mental destes imigrantes, pois tentam passar despercebidos, com a ajuda de alguém, trabalham ilegalmente ou então são explorados por essa vulnerabilidade. (Monteiro A. P., 2011)

O único objetivo do imigrante, segundo os inquiridos, é trabalhar para ganhar dinheiro e regressar ao país de origem. Essa meta é considerada cada vez mais longínqua e agravada pelos recentes conflitos que a Ucrânia atravessa.

- *Descrever os contributos dos cuidados de enfermagem na procura desses cuidados.*

Os imigrantes entrevistados mencionaram que a competência profissional dos enfermeiros portugueses é superior à dos do seu país de origem e menos dependente do poder médico. Consideram que eles estabelecem uma relação empática, positiva, demonstram interesse e responsabilidade e têm brio profissional. A enfermagem como profissão é considerada com respeito, dado tratar-se numa licenciatura, consideram que os enfermeiros portugueses têm melhor formação que os enfermeiros ucranianos.

O enfermeiro, para fazer um diagnóstico de saúde no contexto da imigração, tem que possuir competências que lhe permitam prestar cuidados culturalmente competentes. Ou seja: (i) ter capacidade de identificar e compreender a cultura do migrante, o seu processo de integração na sociedade de acolhimento e, assim, mobilizar os seus conhecimentos para a resolução dos problemas detetados; (ii) ser capaz de intervir junto da pessoa, da família, do grupo e da comunidade envolvendo-os na resolução dos problemas através do *empowerment*, como processo de reconhecimento; e (iii) utilizar os recursos existentes em si mesmos e no seu meio envolvente, o que se traduzirá num acréscimo de poder sociocultural, político, psicológico e económico, permitindo assim aumentar a eficácia do exercício da cidadania do imigrante.

Os ucranianos deste estudo consideram que os profissionais de saúde não estão informados e que detêm poucos conhecimentos sobre a sua cultura e sobre os direitos do imigrante ao acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

Face aos dados obtidos, sentimos a necessidade de questionar os profissionais administrativos e os enfermeiros com os quais trabalhamos, quanto à sua perceção sobre as dificuldades sentidas no contacto com imigrantes ucranianos que recorreram aos serviços de saúde da área de influência do hospital e verificamos que estes desconheciam a legislação em geral e dos imigrantes ilegais em particular, a forma como poderiam ultrapassar a barreira linguística e em especial, sentiam-se desconfortáveis por essa lacuna. Referiram que os imigrantes ilegais não procuram os serviços pelo que, se os profissionais não sentem as necessidades dos imigrantes, não

estão motivados para procurar informação sobre estas problemáticas e é isso que justifica em parte o desconhecimento que estes têm da lei.

Seguidamente, contactamos, pessoalmente ou através de contato telefónico, os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários da área Metropolitana do Porto e associações diversas, se possuíam conhecimentos inerentes dos direitos aos cuidados de saúde dos imigrantes ilegais.

Constatamos que os profissionais de saúde contactados apresentam poucos conhecimentos sobre o direito aos cuidados de saúde dos imigrantes. Não detinham informação de que existem alguns programas gratuitos para os imigrantes, tais como: saúde infantil, vacinação, vigilância nos portadores de doenças infecto-contagiosas, entre outras. Esta situação revelou a falta de sensibilidade por parte dos profissionais de saúde para os direitos dos imigrantes e ausência de competência cultural. Os imigrantes ilegais não procuram assistência nos centros de saúde por não terem documentação para apresentar, terem dificuldade em suportar os custos da consulta e dos tratamentos e por considerarem que vão ser discriminados pelos profissionais. (Sousa J. , 2006) (Fonseca M. , 2009) (Fonseca & Silva, 2010) (Sousa J. E., 2011)

Por razões éticas e de justiça desenhamos um projeto para implementar nesse âmbito, pois dispúnhamos do apoio do grupo SauDar, com quem colaborávamos na temática da Imigração, do ACIDI; do CLAI de Gaia; e da Liga do CHVNGaia. O desconforto manifestado pelas dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde, sempre que tinham que prestar cuidados ao utente imigrante, foram uma constante e o motor impulsionador para a realização deste estudo.

Em suma, com este projeto foi possível fornecer informação a imigrantes e a profissionais, sobre os direitos e deveres de ambos os grupos, pois nem os imigrantes procuram os cuidados de saúde, nem os profissionais de saúde sentem a necessidade de criar estratégias de aproximação, por simples desconhecimento e inexistência de procura.

A maior dificuldade não está na comunicação verbal em língua portuguesa, mas sim na comunicação escrita, na leitura e na conotação dada às palavras. O imigrante ucraniano consegue ultrapassar esta dificuldade com ajuda de pessoas que dominem a língua portuguesa e sirvam de intérpretes. A adesão ao tratamento é prejudicada pela dificuldade em perceber o tratamento e ou porque este contraria os seus hábitos, valores e crenças culturais.

Após esta tomada de consciência e levantamento dos indicadores mais prementes implementamos, o projeto planeado na área de influência do Centro Hospitalar de Gaia/Espinho, de forma a ir ao encontro das dificuldades para colmatar o *deficit* de informação, quer dos profissionais, quer dos imigrantes, tornava-se impossível

mantermo-nos impassíveis após obter este conhecimento, sabendo que essa falta de informação estava a prejudicar a procura de cuidados de saúde dos imigrantes.

Detetamos através deste estudo, falta de informação, principalmente sobre o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes em situação irregular. É o receio de denúncia desta condição que faz com que evitem os serviços de saúde e recorram à automedicação, à medicina alternativa e a serviços em que a documentação não é um fator determinante de atendimento, como os serviços de urgência, as farmácias e unidades móveis. Por um lado, o conhecimento da realidade do que sente o imigrante relatado neste estudo, por outro a falta de conhecimentos sentida pelos profissionais de saúde sobre a legislação, os obstáculos, as formas existentes de as superar, bem como a disponibilidade de apoio governamental, ACIDI, Plano de Integração de Imigrantes (PII) e do grupo “SauDar” de Coimbra (que integrávamos com um subgrupo da instituição onde trabalhamos no âmbito da temática da imigração), estimulou a procura de soluções para alguns dos problemas identificados.

Após este levantamento de necessidades resolvemos partir para o campo de intervenção, que denominamos “Hospital Amigo dos Imigrantes” - por ter tido início e ser apoiado por essa instituição.

Planeamento do projeto e implementação “ Hospital Amigo dos Imigrantes”

O desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre os diferentes aspetos culturais e religiosos, os hábitos alimentares, a resistência a tratamentos, e a adesão terapêutica dos imigrantes gera, por vezes, constrangimento e desconfiança entre os envolvidos. É urgente e prioritário encontrar pontes para uma comunicação eficaz, baseada no conhecimento da lei, no respeito dos direitos individuais e tendo sempre presente os constrangimentos de ordem social e económica.

Propusemos ao Conselho de Administração do CHVNGaia/Espinho, indo ao encontro da Resolução do Conselho de Ministros nº74/2010, publicada em Diário da República de 17 de Setembro (II Plano para a Integração dos Imigrantes, 2010-2013), uma série de atividades que transformasse o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho num “Hospital Amigo dos Imigrantes”.

Desenhámos um cronograma, cujas atividades fossem capazes de colmatar a falta de informação, quer dos imigrantes ucranianos, quer dos profissionais de saúde, pois verificamos que, mais do que a falta de formação cultural por parte dos profissionais, prevalecia a falta de informação dos direitos dos imigrantes, do Sistema Nacional de Saúde Português (Anexo XVII).

Foi, portanto, a partir da necessidade sentida de prestar cuidados aos imigrantes, na diversidade e vulnerabilidade, no contexto das dificuldades e discriminação no acesso à saúde, que surgiu a proposta de prever a existência de profissionais de saúde de

referência nos Serviços e de contemplar a constituição de uma bolsa de mediadores, que permitisse a prestação de cuidados de proximidade, integrados e articulados.

Das dificuldades sentidas definimos três indicadores:

- a. A barreira linguística (62%)
- b. Desconhecimento da lei por parte dos imigrantes (10%)
- c. Falta de informação dos profissionais (95%)

O projeto foi iniciado em 2010 com o propósito de reunir vontades, aproveitar as capacidades técnicas de cada um dos elementos para, através da divulgação da informação e sensibilização, melhorar as condições de acesso à saúde dos imigrantes residentes em Vila Nova de Gaia/Espinho e promover as boas práticas na prestação de cuidados de saúde pelos profissionais do hospital, dos centros de saúde da área, instituições de comunidade e dos utentes imigrantes.

Tratou-se de uma estratégia proactiva de abertura à interculturalidade, numa proposta formativa e informativa, tendo em vista uma cidadania responsável.

A participação da Liga dos Amigos do CHGaia no Projeto SauDar e dos contactos estabelecidos com o ACIDI consolidaram o apoio ao Projeto. Assim, pretendíamos:

A. Melhorar as condições de acesso à saúde dos imigrantes residentes em Vila Nova de Gaia, tendo como principais objetivos:

- Divulgar informação aos imigrantes residentes em Vila Nova de Gaia sobre a legislação em vigor na área da saúde, os seus direitos e as estruturas de apoio existentes.
- Produzir informação amiga do imigrante.
- Difundir informação útil através dos meios adequados em diversas línguas.
- Desenvolver uma bolsa de mediadores/intérpretes imigrantes em regime de voluntariado.
- Minimizar as barreiras linguísticas e ultrapassar os problemas no que se refere ao acesso à saúde por parte dos imigrantes.
- Promover Boas Práticas na prestação de cuidados de saúde pelos profissionais de CHVNGaia/Espinho aos imigrantes.
- Divulgar informação aos profissionais de saúde sobre os direitos e estruturas de apoio existentes para os imigrantes.
- Angariar enfermeiros de referência em cada Serviço do CHVNGaia/Espinho para fazerem a ligação e serem o ponto de apoio entre profissionais e imigrantes dentro dos serviços.
- Constituir uma bolsa de mediadores/intérpretes entre os próprios profissionais para que estes possam auxiliar os prestadores de cuidados quando estiverem com dificuldades na prestação de cuidados individualizados a utentes estrangeiros.
- Formação de profissionais de saúde com vista a aquisição de conhecimentos sobre a legislação em vigor na área da saúde, dirigida à imigração e sensibilização para os seus problemas.

- Divulgar em todos os Serviços do CHVNGaia/Espinho o *póster* da linha de tradução telefónica, acessível no ACIDI.
- B. Outros (Comunidade, Centros de Saúde)
- Sensibilizar e informar estudantes de enfermagem em estágio na instituição.
 - Realizar quatro Ações de Sensibilização a alunos da licenciatura em Enfermagem da Universidade Católica, sobre os direitos dos imigrantes na saúde e as estruturas de apoio disponíveis.
 - Distribuir pelos serviços e colocar nos *outdoors*: do CHVNGaia /Espinho “É imigrante? Conheça os seus direitos na saúde”.
 - Realizar quatro Cursos: “Saúde, (I)migração e Diversidade Cultural” no Centro de Formação do CHVNGaia/Espinho em cooperação com o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
 - Efetuar quatro Ações de Sensibilização ao corpo de voluntários do hospital sobre os direitos dos imigrantes na área da saúde e as estruturas de apoio existentes.
 - Reduzir a afluência de imigrantes ao serviço de urgência do hospital.
 - Promover o aumento da afluência de imigrantes aos centros de saúde de Vila Nova de Gaia.

As atividades mais representativas foram:

- A realização do Curso: “Saúde, (I)migração e Diversidade Cultural pelo Centro de Formação do CHVNGaia/ Espinho em cooperação com o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural e a Liga dos Amigos do Centro Hospitalar de Gaia no dia 25 de Outubro de 2010.
- Divulgação do Folheto informativo: “É imigrante? Conheça os seus direitos na saúde” em 2011, dirigido aos imigrantes residentes em Vila Nova de Gaia e aos profissionais de saúde e estudantes de enfermagem do CHVNGaia/Espinho, (Anexo XVIII).
- Participação em dois congressos com uma comunicação livre sobre o tema “Crenças em saúde dos imigrantes ucranianos” e apresentação de dois *posters*.
- Participação no congresso na Faculdade de Psicologia do Porto com o tema sobre “Imigração ucraniana na região do Porto”.
- Divulgação pelo Gabinete de Imagem do CHVNGaia/ Espinho, em 2012, do *póster* elaborado pelo ACIDI sobre o Serviço de Tradução Telefónica.
- Realização de Ações de Sensibilização a alunos da licenciatura em Enfermagem da Universidade Católica, em estágio no CHVNG/Espinho, desde 2010, sobre o direito dos imigrantes na saúde e as estruturas de apoio disponíveis.
- Publicação de artigos de sensibilização para a temática da imigração.
- Promoção do alargamento destes propósitos a nível regional, inter-regional e nacional.

Resultados do projeto

Com a implementação deste projeto, os elementos dos diversos serviços adquiriram conhecimentos sobre a legislação em vigor e as estruturas de apoio, o que resultou na melhoria da prestação de cuidados de proximidade através de profissionais de saúde de referência nos serviços.

Como resultados obtidos realçamos a existência e disponibilidade dos serviços de informação, tornando-se mais credíveis e pertinentes, portadores de conhecimento das estruturas de apoio a utilizar sempre que se prevejam barreiras. O desenvolvimento do projeto tinha como finalidade o alargamento de uma rede de comunicação a todas as organizações de imigrantes do grande Porto e Centros de Saúde de Vila Nova de Gaia, tendo para tal fornecido, com o consentimento da ARS Norte às ACES, material de apoio para colocarem na *intranet e nos outdoors*.

No CHVNG/Espinho encontram-se disponíveis e acessíveis a todos os profissionais, na *intranet*, o Guia de Acesso à Saúde dos Imigrantes e os folhetos informativos em cinco línguas (português, russo, espanhol, inglês e francês).

Produção científica no âmbito do projeto

1 - Divulgar conhecimentos aos profissionais de saúde:

a) Comunicações

- 1- Seminário das Boas Práticas “SauDar/Saúde, Género e Imigração”, Brito, Dalila; Silva, Cláudia. Coimbra. 2009.
- 2- Ação de sensibilização “Saúde, Imigração, e diversidade Cultural, ACIDI; CLAI Gaia; Brito, Dalila; Silva, Cláudia. CHVNG/E, 2010.
- 3- “A influência das crenças culturais e de saúde dos imigrantes ucranianos na procura de cuidados de na região do Porto”. Brito, Dalila; Castelo Branco, Zita Coelho, Margarida; Silva, Cláudia; Sousa, Clementina; 2^{as} jornadas de Enfermagem da Unidade de Gestão Integrada do Tórax e Circulação - “Cuidar para a Excelência” de 20 e 21 de Outubro de 2011.
- 4- “Crenças em saúde dos imigrantes ucranianos na região do Porto”. XXIII Encontro Internacional de Cirurgia de 14 e 15 de Novembro de 2011. Recebeu prémio de melhor comunicação oral.
- 5- Crenças culturais e de saúde dos imigrantes ucranianos na procura de cuidados de saúde na região do Porto. Brito, Dalila; Castelo Branco, Zita; Sousa, Clementina “1^o International workshop health and Citizenship: Immigration & Maternity”. November, 3rd- 4th, 2011, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Porto.
- 6- “Crenças culturais e de saúde dos imigrantes ucranianos na região do Porto. Brito, Dalila, Silva, Cláudia, apresentado no Seminário “Saudar +, + Saúde, Género e Imigração” em 16 de Abril de 2012.

7- “Hospital Amigo dos Imigrantes” Brito, Dalila; ACIDI; CLAI- Liga dos Amigos do CHVNG em 2011 e 2012.

b) *Posters*

- 1- Crenças em saúde dos imigrantes ucranianos na região do Porto. Brito, Dalila; Coelho, Margarida; Silva, Cláudia; Sousa, Clementina; Castelo Branco, Zita. XXIII Encontro Internacional de Cirurgia de 14 e 15 de Novembro de 2011.
- 2- O imigrante ucraniano na procura de cuidados de saúde, Brito, Dalila; Coelho, Margarida; Silva, Cláudia; Topa, Paula. 2^{as} Jornadas de Enfermagem da Unidade de Gestão Integrada do Tórax e Circulação – “Cuidados para a Excelência” 20 e 21 de Outubro de 2011.
- 3- CHVNGaia/Espinho - “Hospital Amigo dos Imigrantes” Brito, Dalila; Coelho, Margarida; Silva, Cláudia; Topa, Paula, apresentação do póster em Novembro na 6^a edição do Prémio Boas Práticas em Saúde, referenciado na Ordem dos Enfermeiros, 2012.

c) *Publicações*

- 1- CHVNG/Espinho - “Hospital Amigo dos Imigrantes” Brito, Ana; Duarte, Anabela; Silva, Cláudia; Viana, Carolina. Revista da Liga dos Amigos do Centro Hospitalar de Gaia de 2010, publicada em 2011.
- 2- O Imigrante Ucraniano e a procura dos cuidados de saúde” Brito, Dalila; Castro, João; Couto, Dora Silva, Cláudia; Topa, Paula. Ata médica do CHVNG/Espinho, 2012.

Esta produção científica foi efetuada neste âmbito por considerarmos que o impacto seria maior, com acesso facilitado aos profissionais em causa.

Após a implementação do projeto, os profissionais de saúde, as associações de imigrantes e as instituições que contactam com estes grupos mais vulneráveis ficaram munidos de ferramentas básicas, a que podem recorrer em questões dúbias, (Anexo XIX).

Este projeto está apenas iniciado, sendo necessário manter o grupo de trabalho motivado e a manutenção dos apoios do ACIDI e CLAI, assim como do Conselho de Administração. Consideramos pertinente manter atualizações através de formação continuada e reuniões com os enfermeiros de referência.

Criar uma bolsa de voluntários que sirvam de intérpretes foi também uma das propostas do projeto, angariando profissionais, voluntários da instituição que dominavam línguas estrangeiras e imigrantes da comunidade que se disponibilizaram para esse fim. Para ser alcançado este objetivo obtivemos o apoio logístico da Liga dos Amigos do Centro Hospitalar de Gaia.

Sentimos grande conforto pela acessibilidade e interesse demonstrado por todos os elementos com quem contactamos. O projeto mantém-se em funcionamento, com o

apoio do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Gaia, em particular pelo Enfermeiro Diretor que se prontificou a colaborar na execução do projeto em curso.

No final do ano de 2013, relembramos às chefias dos serviços a existência de informação acessível a todos os profissionais na intranet, efetuamos uma formação em presença com o apoio do CLAI de Gaia a um grupo interessado do CHVNG/Espinho.

Nos contactos com as diversas associações de imigrantes, constatamos o interesse na aquisição dos folhetos elaborados e na informação adicional para fornecerem aos seus associados, que posteriormente nos têm contactado a solicitar apoio ou esclarecer algumas dúvidas.

Ao chegarmos ao término deste estudo consideramos a existência de algumas limitações que descrevemos: assumirmos esta investigação num só grupo de imigrantes, existem outros grupos de estrangeiros a residir em Portugal, ficaram por estudar; os resultados não permitem generalizações, pois retratam uma realidade muito circunscrita; o estudo deveria ter incluído um maior número de imigrantes ilegais, pois, apesar de termos detetado as suas dificuldades, a informação foi-nos transmitida sempre por terceiras pessoas; termos tido conhecimento da possibilidade de existência de violência doméstica encoberta que também nos foi reportado também por terceiros; e finalmente, não termos tido respostas concretas de integração social.

Das conclusões do nosso estudo decorrem algumas implicações:

No Ensino

- Seria importante, na licenciatura em Enfermagem, a inclusão da problemática relacionada com a multiculturalidade e os cuidados de enfermagem, em seminários temáticos. Ao nível do curso de mestrado sugerimos uma abordagem do referencial teórico com especial incidência nos cuidados transculturais. Propomos no curso de doutoramento em Enfermagem um maior investimento na procura de conhecimentos sobre a realidade dos diversos grupos de imigrantes em áreas como a violência doméstica, a alteração de comportamento de saúde, o autocuidado, a adesão terapêutica e a transição, com especial incidência em grupos em situação não regularizada, por serem aqueles que apresentam maior vulnerabilidade.

Na prática

- Consideramos úteis algumas medidas, como: (i) a introdução nas filosofias e modelos institucionais de referência, um cuidar culturalmente adequado e congruente; (ii) nos programas de acolhimento e integração dos novos profissionais e nas ações de formação contínua sugerimos a inclusão da temática da multiculturalidade, de modo a facilitar a interpretação dos diferentes significados culturais que influenciam o binómio profissional de saúde/imigrante, visando um cuidar culturalmente adequado e congruente; (iii) a implementação da figura do enfermeiro de referência para as questões de multiculturalidade a nível de serviços ou instituições de saúde; (iv) a sensibilização das instituições de saúde, nomeadamente no âmbito da intervenção primária, para os

cuidados de saúde face à multiculturalidade dos utentes e para as implicações na saúde individual, familiar, especialmente nos primeiros tempos de um processo migratório; (v) promover a realização de ações de formação, educação e de comunicação em saúde, em contextos migratórios e formação para a interculturalidade dos profissionais do Sistema Nacional de Saúde, de educação e na comunidade; (vi) preparar tradutores referenciados para atuar na rede hospitalar e de centros de saúde em áreas tão sensíveis como as questões da saúde e o apoio às famílias em processo de transição e às dificuldades relacionadas com a gestão de saúde no processo migratório (Recurso à Mediação Sociocultural); (vii) criar profissionais de referência em cada instituição de saúde (hospital ou centro de saúde) para ligação e ponto de apoio para profissionais e imigrantes; (viii) um maior envolvimento da Ordem dos Enfermeiros na sensibilização dos enfermeiros sobre a problemática dos cuidados às populações imigrantes. De salientar que os enfermeiros recém-licenciados engrossam as fileiras dos emigrantes portugueses e, como tal, necessitam de estar melhor preparados para enfrentarem eles mesmos, um período de adaptação a novas realidades socioculturais.

Na investigação

- Propomos o aprofundamento no âmbito de linhas de investigação das diversas áreas de saúde que abrangem este grupo e outros, pois no nosso país existe uma diversidade de etnias de imigrantes com culturas e valores dissemelhantes. Sugere-se a realização de estudos longitudinais com abordagens transculturais comparativas com outros estudos internacionais; e estudos mais específicos, com recurso à metodologia etnográfica, para aumentar e melhorar a competência cultural da enfermagem.

Referências bibliográficas

- Wilson, A. (2003) *Saúde, Doença e Diversidade Cultural* (Lisboa: Instituto Piaget).
- Abiven, M. (2001) *Para uma morte mais humana* (Loures: Lusociência).
- Abreu, W. C. (2003) *Saúde, Doença e Diversidade Cultural* (Lisboa: Instituto Piaget).
- ACIDI (2007) *Plano para a Integração dos Imigrantes. Resolução do Conselho de Ministros, n° 63-A.*
- Aktouf, O. (1994) *O simbolismo e a cultura de empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas*, In: Chanlat, J. F. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* (Vol. 2) (São Paulo: Atlas).
- Alexander, J. E. (1989) *Teoria dos Cuidados Transculturais*, In: Marriner, A. *Modelos y Teorias de Enfermeria* (Barcelona: Ediciones ROL, S.A.), pp. xxx-xxx.
- Allbutt, H. & Masters, H. (2010) Ethnography and ethics of undertaking research in different mental healthcare setting, In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(3)*, pp. 210-215.
- Allport, G. (1955) *Becoming: basic considerations for a psychology of personality* (New Haven, CT: Yale University Press).
- Almeida, A. C. (2007) *Impacto da Imigração em Portugal nas Contas do Estado. 2ª ed.* (Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e diálogo Intercultural(ACIDI)).
- Almeida, F. & Kantorsky, L. (2000) Convivendo com a mulher no período puerperal: uma abordagem cultural, In: *Texto & contexto enferm, 9(2)*, pp. 39-45.
- Alvarez, R. (2012) *O cuidado das crianças no processo saúde-doença: Crenças, valores e práticas nas famílias da cultura Kabanoda Amazonia Peruana* (Sao Paulo: Universidade Sao. Paulo).
- Amar, B. & Gueguen, J.-P. (2007) *Concepts et théories, démarche de soins* (Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson).
- Amendoeira, J. (2010) Colóquio da Unidade de Investigação do Instituto Politecnico de Santarém, 8 de fevereiro: A centralidade do cidadão no processo de cuidados de saúde. Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Amendoeira, J. (2006) Da Necessidade de Protecção à Confiança nos Profissionais de Saúde, In: *Confiança e Laço Social (org.)* (Lisboa: Edições Colibri/CEOS).
- Amendoeira, J. (2004) *Entre Preparar enfermeiros e Educar Enfermagem uma Transição inacabada*, Tese de doutoramento (Lisboa: Universidade Nova de Lisboa).
- Anderson, et al. (1993) Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization, In: *The Clinical Journal of Pain, 9(3)*, pp. 174-182.

- Andrade, C. (2009) *As equipes de saúde da família e a violência contra a mulher: um olhar de genero* (S. Paulo: Universidade de S. Paulo).
- Andrade, I. (2006) *Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa* (Lisboa: ACIDI).
- Andrade, L., et al. (2008) Formar para Cuidar a Família, na licenciatura em Enfermagem, In: *Congresso Orasi construindo melhores famílias*, pp. 39.
- Anes, S. (2006) *Imigrantes em Portugal filhos ou enteados de uma nova nação?* (Lisboa: Universidade Aberta).
- Araújo, B. R. & Rego, A. (2013) Enfermagem: gerir com vinculação a valores, In: *Revista Servir*, 58(1), pp. 24-31.
- Arbaci, S. & Malheiros, J. (2010) De-segregation, peripheralisation and the social exclusion of immigrants: southern European cities in the 1990s, In: *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(2), pp. 227-255.
- Ariés, P. (2000) *O homem perante a morte* (Lisboa: Europa América).
- Auderset, P. & Nadot-Ghareem, N. (2003) La pratique informationnelle, une dimension fondamentale du rôle professionnel, In: *Actes du 2e Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones* (Vol. 39) (Montpellier: Séance Parallèle).
- Aygemang, C., et al. (2009) Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review, In: *Globalization and Health*, 5(1), pp. 1-17.
- Backstrom, B. (2009) *Sáude e Imigrante: As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na Comunidade Cabo-Verdiana. 1ª ed.* (Lisboa: ACIDI).
- Baganha, M. I., Marques, J. & Gois, P. (2004) *The unforeseen wave: Migration from Eastern to Southern Europe*, In: Baganha, M. I. & Fonseca, M. L. (eds.) *New Waves: Migration From Eastern to Southern Europe* (Lisboa: Luso-American Foundation), pp. 23-40.
- Bardin, L. (2010) *Análise de Conteúdo* (Lisboa, Portugal: Edições 70).
- Barros, P. & Pereira, I. (2009) *Health Care and Health Outcomes of Migrants: Evidence from Portugal* (Évora: Centro de Estudos e Formação Avançada em Gestão e Economia).
- Bastos, M. & Rosa, J. (2009) Necessidade e Necessidades, In: *Pensar Enfermagem*, 13, pp. 13-23.
- Beck, C. T. (2013) *International handbook of qualitative nursing research. 1st ed.* (New York: Cheryl Beck).
- Becker, M. (1974) The health belief model and personal health behavior, In: *Health Education Monograph*, 2(4), pp. 354-386.
- Bem, D. (1973) *Convicções, atitudes e assuntos humanos* (São Paulo: Herder/Epu).
- Berger, B. A. & Hudmon, K. S. (1997) Readiness for change: implications for patients care, In: *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 37(3), pp. 21-329.
- Bernal, M. (2003) *Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers: Report in Spain* (Canterbury: University of Kent).
- Berry, J. W. (1998) *Conceptual Approaches to Understanding Acculturation. International Conference in Acculturattion: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research* (San Francisco: University of San Francisco).

- Bitar, M. (1995) *Aleitamento materno. Costumes, Crenças e Tabus* (Pará: Centro de Ciências e Saúde).
- Boff, L. (1999) *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra* (Rio de Janeiro: Petrópolis Vozes).
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994) *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria dos métodos* (Porto: Porto Editora).
- Bolander, et al. (1998) *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica* (Lisboa: Lusodidacta).
- Brach, C. & Fraser, I. (2000) Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? In: *Medical Care Research & Review*, 57(4), pp. 181-217.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003) Poverty, equity, human rights and health, In: *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7), pp. 539-545.
- Brito, A., Duarte, A. & Viana, C. (2011) *Os portugueses e a procura dos cuidados de saúde* (Gaia: LACHGaia).
- Brito, D. (2000) *Ser cuidado na perspectiva do Idoso. Tese mestrado* (Porto: Universidade do Porto).
- Brito, D. (2009) In Saudar A. D. (Ed.) (Saúde, Género e Imigração.) (Coimbra: Saudar, Graal), pp.15-16.
- Bruner, J. (2001) *A cultura da educação* (Porto Alegre: Artmed Editora).
- Bruyne, P., Herman, J. & Schoutheete, M. (1991) *Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica* (Rio de Janeiro: F. Alves).
- Bryman, A. (1988) *Quantity and Quality in Social Research* (Londres: Unwin Hyman.).
- Caetano, S., Correia, C. & Silveira, E. (2010) (M. d. Portugal, Ed.) Manual de acolhimento no acesso ao Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros: Direção Geral da Saúde. Camacho, R. (02 de Imigrantes são grupo de risco. dezembro de 2003)
- Camacho, R. (2003-12-03) Imigrantes são grupo de risco.
- Campos, C. (1 de Outubro de 2007) Migrantes devem ter cuidados de saúde equitativos. *Lusa*.
- Canteiro, E. & Martins, M. (2010) *A maternidade, Crenças e tradições* (Braga: Granada).
- Carapineiro, G. (2006) *Sociologia da Saúde, estudos e perspectivas, 1ªed.* (Coimbra: Editores, Lda).
- Carapineiro, G. & Hespana, M. J. (1992) *Articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares: uma análise sociológica. Relatório Final de Investigação não publicado* (Lisboa: Autor).
- Carballo, M. & Neruar, A. (2001) Migration, refugees, and health risks, In: *Emerging Infectious Diseases*, 7(3), pp. 556-560.
- Carrasco, G. e. (2007) Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain, In: *European Journal of Public Health*, 17(5), pp. 503-507.
- Carta, B., et al. (2005) Migration and Mental Health in Europe, In: *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, pp. 13-29.
- Castilho, T. (2003) *Família e Relacionamento de gerações* (S. Paulo: Educação e Gerações).

- CCHS (1997) Health Care for Children of Immigrant Families, In: *Pediatrics*, 100, pp. 153-156.
- Centre, U. I. (2007) <http://www.ucrania.org.br>.
- Chaves, A. (2012) *O cuidado das crianças no processo saúde-doença: crenças, valores, e práticas nas famílias da cultura Kabano da Amazonia peruana* (Sao Paulo: Universidade S. Paulo).
- CIPE/ICNP. (2011) Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0. Versão original ICNP - Internacional Classification for nursing Practice. pp. 46-47.
- Claya, M. (2005) La adversidad y el grupo familiar, In: *Avances en Enfermería*, 23(1), pp. 100-105.
- CNAN. (1999) *Recomendações para a educação alimentar da população portugues* (Lisboa: Ministério da Educação).
- Collière, M. (2003) *Cuidar... A primeira arte da vida* (Lisboa: Lusodidata).
- Collière, M. F. (2000) *Promover a vida* (Lisboa: Lidel).
- Comissão, (2009) Solidariedade na Saúde: reduzir as desigualdades no domínio da saúde na EU. Bruxelas.
- CITE (2010) *A igualdade de mulheres e homens no trabalho e no emprego em Portugal: Políticas e Circunstâncias* (Lisboa: M. d. Educação).
- Conselho de Ministros. (2011) Portaria n.º 1320/2010 actualiza a tabela das taxas moderadoras. 28 de Dezembro: Diário da República (DR)
- Correia, C. I. (2005) A Família do doente dependente, In: *Servir*, 53(3), pp.126-131.
- Costa, A. F. (2002) Competências para a sociedade educativa: Questões teóricas e resultados de investigação, In: AAVV, *Cruzamento de saberes e aprendizagens sustentáveis* (Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian), pp. 179-194.
- Costa, A. (2011) *Lisboa e a Destituição dos Direitos dos Imigrantes- Forum Municipal de Interculturalidades* (Lisboa: ACIDI).
- Dec. Lei n.º 167/3 de maio de 2007. Lei Orgânica do Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Dec. Lei, n.º 3-A/96) 26 de Janeiro: Criação das funções do ACIME de 96/99.
- Dec. Lei, n.º 18/2004 de 11 de maio. Especiais competencias da Alta Comissária para a Imigração e Dialogo Intercultural no ambito da Discriminação Racial.
- Dec., Lei. (2008, de 30 de Junho) *Concessão de asilo ou protecção subsidiária* . Assembleia da Republica.
- Dec.-Lei, n. 3.-A. *Criação das funções do ACIME de 96/99*.
- Denzin, N. K. (1989) *The Research Act, Englewood Cliffs, 3ª ed.* (New Jersey: Prentice Hall).
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994) *Handbook of qualitative research* (Califórnia: Edic). *Despacho Normativo n.º 63/91, de 13 de Março*.
- DGS. (2013) Direção Geral da Saude-Doenças Transmissíveis de Declaração obrigatória 20-08-2012. Direção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia Lisboa.
- Dias, C. (2008) *A saude dos imigrantes- Inquerito nacional de saúde 2005-2006: relatório de Julho* (Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge).

- Dias, S., et al. (2004) Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante, In: *Acta Médica Portuguesa*, 17(3), pp. 211-218.
- Dicionário, I. I. (2003-2012) Interculturalidade. *Consult. 2012-03-18*. Porto: Porto Editor.
- Dinarés, C. (2006) *Comunicar com a saúde* (Lisboa: Universidade Aberta).
- Diniz, A. & Duarte, R.-P. N. (2013) *Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números-2013* (Lisboa: Portugal. Direção Geral da Saúde).
- Diniz, S. & Rufino, M. (1996) Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista, In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 4, pp. 17-23.
- Direção Geral da Saúde (2013) Doenças Transmissíveis de Declaração obrigatória 2008-2012.
- Domingues, B. (2012) Alguns aspectos negativos do nosso tempo-3º milénio – Vazio ético e alternativa possível, In: *Espaço Solidário. Pessoas a sentirem pessoas*, 7(28), pp. 20-23.
- Dorothee, J. (2005) Family Nursing: Challenges and Opportunities: Wath Will the Challanges for Family Nursing Be Over the Next Few Years?, In: *Journal of Family Nursing*, 11(4), pp. 336-339.
- Dec lei, n.º 63 (03 de maio de 2007) *O Plano para a Integração dos Imigrantes (PII)Resolução do Conselho de Ministros*, DR 85
- Dec. Lei, nº27(30 de Junho 2008) Concessão de asilo ou protecção subsidiária de.
- Ducharme, F., et al. (2006) *Older husbands as caregivers: factors associated and the intention to end home caregiving* (Newcastle: Sage).
- Elsen, I. (1994) *Desafios da enfermagem no cuidado de famílias* (Florianópolis: UFSC).
- Europeias, C.-c. (2009) Solidariedade na Saúde: reduzir as desigualdades no domínio da saúde na EU. Bruxelas.
- EUROSTAT. (2011) *Gabineted e Estatistica da Uniao Europeia*.
- Faria, H. A. & Carvalho, G. S. (2004) Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde, In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22, pp. 79 – 90.
- Farmhouse, R. (2003-12-03) Imigrantes são grupo de risco.
- Farrel, C., et al. (2008) *Tackling Health InequalitiesInequalities: An All-Ireland approach to social determinants* (Dublin: Combat Poverty Agency)
- Fennely, K. (2004) *Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees* (Malmo: Malmo University).
- Fennely, K. (2007) *The “Healthy Migrant” effect. Clinical and Health Affairs* (Malmo: Malmo University).
- Fernandes, A., et al. (2007) *The road a head:conclusions and recommendations. Challenges for health in the age ofmigration. Portuguese Presidency Conference on Migration and Health* (Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge).
- Fernandes, P., et al. (2007) *A Imigração e o acesso à saúde. Boas práticas identificadas em dois projectos de intervenção na area da saúde*, In: Dias, S. (eds.) *Revista migrações*, 1, pp. 161-170.

- Ferreira, R., et al. (1999) Vigilância da gravidez numa comunidade imigrante africana: necessidades elevadas, baixa utilização, In: *Saúde em Números*, 14(1), pp. 1-4.
- Ferreira, E. (2001) *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: efeitos de um treinamento em análise de contingências sobre comportamentos de autocuidado* (Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília).
- Ferreira, V. & Monteiro, R. (2013) *Trabalho, Igualdade e Dialogo Social- Estratégias e desafios de um percurso* (Lisboa: Coleção Estudos).
- Field, A. (2009) *Descobrir a estatística usando SPSS* (San Paulo: Artmed Editora).
- Figueiredo, D. (2007) *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente* (Lisboa: Climeps).
- Flick, U. (2005) *Métodos Qualitativos na Investigação Científica, 2.ª ed.* (Lisboa: Monitor).
- Fonseca, M. L., et al. (2009) *Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal* (Lisboa: Universidade de Lisboa)
- Fonseca, M. L., et al. (2005) *Reunificação familiar e Imigração em Portugal* (Lisboa: ACIME).
- Fonseca, M. L., et al. (2009) *Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa: Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal* (Lisboa: Universidade de Lisboa).
- Fonseca, M. L. & Gorai, M. (2007) *Mapa de Boas Práticas – Acolhimento e Integração de Imigrantes em Portugal* (Lisboa: Organização Internacional das Migrações e Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P.).
- Fonseca, M. & Silva, S. (2010) *Saude e Imigração: Utentes e Serviços na área de influencia do Centro de Saúde da Graça* (Lisboa: ACIDI).
- Fortin, J. (2006) *Human needs and nursing theory*, In: Kim, H. & Kollak, I. *Nursing theories – conceptual and philosophical foundations* (New York: Springer Publishing Company).
- Fortin, M. F. (2009) *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (Loures: Lusodidata).
- Fortin, M. F. (2009) *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação* (Loures: Lusodidata).
- Freitas, J. (2007) Direitos fundamentais: multiculturalismo e religiões, In: *Comissão dos Direitos Humanos da Ordem dos Advogados, Direitos fundamentais: multiculturalismo e religiões* (Estoril: Principia).
- Gameiro, M. (1999) *Sofrimento na doença* (Coimbra: Quarteto Editora).
- Geertz, C. (1989) *Interpretação das culturas* (Rio de Janeiro: LTC).
- Giddens, A. (1993) *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas* (São Paulo: Ed. Unesp.).
- Giddens, A. (2010) *O mundo na Era da Globalização. 7.º ed.* (Lisboa: Editorial presença).
- Gil, A. (2002) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (Sao Paulo: Atlas).
- Giraud, F. & Moro, M. (2005) *Parentalidade e Migrações*, In: Pereira da Silva, M. C. *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milénio* (Brasil: Casa do Psicólogo), pp. 203-209.

- Godinho, M., et al.(2007) *Nível de Saúde e Acesso aos Cuidados de Saúde nas Comunidades Imigrantes de Origem Africana e Brasileira*. Viana do Castelo,: Resultados Preliminares. In II Fórum das Cidades Saudáveis; 25 a 27 de Outubro.
- Godoy, A. C. (2008) la desunificación de Ucrania. El papel de los medios, In: *Información y Comunicación*, 5, pp. 125-165.
- Gois, M., et .al. (2010) *Imigração Ucraniana: a emergencia de uma de várias comunidades?* (Lisboa: ACIDI).
- Góis, P. & Marques, J. C. (2007) *Estudo prospetivo sobre Imigrantes Qualificados em Portugal* (Lisboa: ACIDI).
- Gonçalves, A. et al.(2003) Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes, In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), pp. 55-64.
- Gonzalo, M. (2000) O sentido da vida e aceitação da morte, In: *Brotéria*,150(2), pp. 157-174.
- Green, J., et al. (1989) Towards a conceptual framework for mixed-method evaluation designs, In: *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), pp. 255-274.
- Grimal, P. (2009) *Mitologia Clássica: mitos, deuses e heróis* (Lisboa: Textos e Grafia).
- Gualda, D. & Bergamasco, R. B. (2004) *Enfermagem, cultura e o processo saúde doença* (Sao Paulo: Ícone Editora).
- Gualda, D. & Hoga, L. (1992) Estudo sobre teoria transcultural de Leininger, In: *Rev.Esc.Enf. USP*, 26(1), pp. 61-73.
- Hall, R. H. (1982) *Organizações: estruturas e processos* (Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil).
- Hayran, O., et al. (2000) Helpseeking behavior and self-medication of a population in an urban area in Turkey: cross sectional study, In: *Croat Med Journal*, 41(3), pp. 327-332.
- Hellermann, C. (2004) Uma relação difícil? Mulheres imigrantes da Europa de leste e redes sociais, In: *Conference Proceedings, V th Congress of the Associação Portuguesa de Sociologia (APS): Sociedades contemporâneas: Reflexividade e Acção*, pp. 20-23.
- Helman, C. (2009) *Cultura, saúde e doença* (2nd ed.) (Porto Alegre: Artes Médicas).
- Hofstede, G. (1994) *Culture and organizations: software of the mind, intercultural cooperation and its importance for survival* (London: Harper Collins).
- Hofstede, G. (1980) *Cultures' consequences: international differences in work: related values* (London: Sage).
- Holmes, C. & Warelou, P. (1997) Culture, needs and nursing: a critical theory approach, In: *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp. 463-470.
- Huberman, A. & Miles, M. (1991) *Analyse de donnés qualitatives;recueil de nouvelles méthodes* (Brussels: De Boeck-Wesmael).
- ICN. (2006) Internacional Council of Nurses. Geneva: Internacional Council of Nurses.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. D. (2005) *Metodologia do Planeamento da saúde, 3^{ed}*. (Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica).
- INE. (2010) Anuário Estatístico de Portugal. Lisboa.
- INE. (2012) Instituto Nacional Estatística. Lisboa.
- INE, (2009) *Inquerito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa. Portugal.

- Infopédia. (2003-2012) Interculturalidade. *Consult. 2012-03-18* . Porto: Dicionário. Porto Editora.
- IOE, C. (1992) Extranjeros y españoles. Más allá de opiniones y actitudes. Aproximación a la lógica discursiva de las relaciones. *Ponencia en el Encuentro Racismo y Educación. Hacia una Educación Multicultural* (Baeza: Mimeografiado).
- Jermier, J. (1991) *Critical epistemology and the study of organizational culture: reflections on street corner society*, In: Frost, P. J., et al. (eds.) *Reframing organizational culture* (London: Sage), pp. 223-233.
- Kandula, N. (2004) Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us, In: *Annual Review Of Public Health*, 25, pp. 357-376.
- Keesing, F. (1976) *Antropologia Cultural - A Ciência dos Costumes* (Vol. 1) (Rio de Janeiro: Fundo da Cultura).
- Kelle, U. (2001) Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods, In: *HSR*, 30(1), pp. 95-117.
- Kelle, U. & Erzberger, C. (2005) *Qualitative and Quantitative Methods*, In: Flick, U., Kardoff, E. V. & Steinke, I. (eds.) *A Companion to Qualitative Research* (London: Sage), pp. 172-177.
- Kofi, A. (2004) Secretário Geral Nações Unidas. Posted by as 1516747 at 08.55 AM, Quinta Feira 29 Janeiro.
- Kotviski, V. J. (2004) *Pêssanka e cultura Ucraniana- da ucrania para o brasil* (Palmas-PR: Kazangue).
- Krishnan, H., et al. (2000) Evaluation of the impact of pharmacist's advice giving on the outcomes of self-medication in patients suffering from dyspepsia, In: *Pharmacy World and Science*, 22(3), pp. 102-108.
- Kuliasova, A., et al. (2006) *Reshaping of the environmental administration / Contested Environments and Investments in Russian Woodland Communities* (Helsinki: Kikumora Publications).
- Lacerda, M. R. (1996) *O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar* (Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina).
- Lachovicz, D. (2006) *A imigração Greco Católica*, available at: <http://www.agencia.ecclesia.pt/noticias/dossier/a-imigracao-grecocatica/> (July 6, 2016)
- Lachovicz, D. (2006) *Obra Católica Portuguesa de "Migrações"*(OCPM) Semana Nacional. Kiev.
- Lachovicz, D. (2006) *de A Imigração ucraniana em Portugal*. 07agosto.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. D. (2010) *Fundamentos de metodologia científica*. 7ª ed. (São Paulo: Atlas).
- Laraia, R. (2001) *Cultura: um conceito antropológico* (Rio de Janeiro: Zahar).
- Larson, R. & Farber, B. (2004) *Estatística Aplicada*, 2ª ed. (Sao Paulo: Prentice Hall).
- Le Boterf, G. (1995) *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange* (Paris: Éd. d'Organisation).
- Le Boterf, G. (2002) *Les Enjeux de la Gestion des Compétences et des Hommes*. *Ordre des Experts Comptables*, 21ème congrès.

- Le Boterf, G. (2005) *Construir as competências individuais e colectivas* (Porto: ASA Editores S.A.).
- Leininger, M. (1968) The significance of cultural concepts in nursing, In: *Journal of Transcultural Nursing*, 2(1), pp. 52-59.
- Leininger, M. (1981) *Caring: an essential human need* (New Jersey: Slack).
- Leininger, M. (1985) *Transcultural Care diversity and universality: a theory of nursing. Nursing and Health Care*. (Detroit: Wayne State University).
- Leininger, M. (1988) *Transcultural nursing: concepts, theories and practices* (New York: Sage)
- Leininger, M. (1991) *Culture care diversity and universality: A theory of nursing* (New York: National League for Nursing Press).
- Leininger, M. (1993) *Culture Care Theory: the relevant theory to guide nurses functioning in a multicultural world*, In: Parker, M. E. (ed.) *Patterns of Nursing Theories in Practice* (New York: National League for Nursing Press), pp. 105-121
- Leininger, M. (2002) Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices, In: *Transcult Nurs*, 13(3), pp. 189-192.
- Leininger, M. (2013) *Theory of Transcultural nursing* (Appleton Lange: University of Arkansas).
- Leininger, M. & McFarland, M. (2006) *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (Boston: Jones & Barlet).
- Lescura, Y. & Mamede, M. (1990) *Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro* (São Paulo: Sarvier).
- Lessard-Hébert, M., et al. (2008) *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Prática. 4ª ed.* (Lisboa: Instituto Piaget).
- Liladar, C. (1998) *O cuidar em situação multiculturalidade* (Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende).
- Lopes, L. (2007) *Gravidez e Seropositividade em mulheres imigrantes na região 1ª ed.* (Lisboa: ACIDI).
- Lopes, M. J. (2006) *A Relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica* (Coimbra: Formasau).
- Lopes, N. M. (2001) *Recomposição Profissional da Enfermagem* (Coimbra: Quarteto Editora).
- Luna, L. & Cameron, C. (2005) Leininger's transcultural nursing model, In: *Conceptual models of nursing: Analysis and application*, 1996(3), pp. 183-197.
- Lyudmila, B. (2009) *Seminário de Boas Práticas- Saudar, Género e Imigração* (Coimbra: Saudar-Graal).
- Lyudmila, B. (2010) *Seminário de Boas Práticas- Saudar, Género e Imigração* (Coimbra: Saudar-Graal).
- Machado, M. C., et al. (2006) *Iguais ou diferentes? - Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes* (Lisboa: Laboratorios Bial).
- Machado, et al. (2007) *Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrante*, In: *Revista Migrações*, 2007(1), pp. 103-127.
- Mackenbach, J., et al. (2008) Socioeconomic Inequalities in health in 22 European Countries, In: *New England Journal of Medicine*, 358(23), pp. 2468-2481.

- Malheiros, J., et al. (2011) *Acesso a habitação e problemas residenciais dos imigrantes em Portugal* (Lisboa: Observatório da Imigração. ACIDI).
- Malheiros, J. & Vala, F. (2004) Immigration and City Change: The Lisbon Metropolis at the Turn of the Twentieth Century, In: *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30(6), 1065-1086.
- Malynovska, O. (2004) *Internacional labour migration from the Ukraine: the last ten years*, In Baganha, M. I. & Fonseca, M. L. (eds.) *New waves: Migration from Eastern to Southern Europe* (Lisboa: Fundação Luso –Americana), pp. 11-22.
- Manita, C. R. & Peixoto, C. (2009) *Violencia doméstica :compreender para intervir-guia de boas práticas para profissionais de instituições de apoio à vitima* (Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género).
- Margato, C. (2005) *A visibilidade dos Cuidados de Enfermagem*, In: *Sinais vitais*, 62, pp. 17-25.
- Marques, G. S., Araújo, B. R. & Sá, L. O. (2012) Apoio Percebido de Amigos e Familiares, In: *Estudo da Satisfação com o Suporte Social das Famílias de Crianças com Doença Oncológica*, 20, pp. 28-33.
- Marques, J., et al. (2010) *Imigração ucraniana em Portugal e no sul da Europa: A emergência de uma ou várias comunidades? 1ª ed.* (Lisboa: ACIDI).
- Marques, R. M. (Janeiro de 2003) Políticas de gestão da diversidade étnico-cultural: Da assimilação ao multiculturalismo, available at: <https://www.trabalhosgratuitos.com/Sociais-Aplicadas/Ci%C3%AAncias-Sociais/Pol%C3%ADticas-De-Gest%C3%A3o-Da-Diversidade-%C3%A9tnico-Cultural-Da-159944.html> (June 6, 2016)
- Martinez, R. A. (1995) *Las Migraciones: un signo de los tiempos* (Navarra: Ed. Verbo Divino).
- Martins, M. (2003) A família, um suporte ao cuidar, In: *Revista Sinais Vitais*, 50, pp. 52-56.
- Mascarenhas, A. (2002) Etnografia e cultura organizacional: uma contribuição da antropologia à administração de empresas, In: *Revista de Administração de Empresas*, 42(2), pp. 1-7.
- Maslow, A. H. (1971) *The further reaches of human nature* (New York: Viking).
- Maslow, A. K. (1954) *Motivation and personality* (New York: Harper e Row).
- Mccullen, C. & Luborsky, K. (2006) Self-Rated Health Appraisal as Cultural and Identity Process: African American Elders Health and Evaluative Rationales, In: *The Gerontologist*, 46(4), pp. 431-438.
- Meireles, C. (2008) *Portal de Saúde Pública. Alma-Ata e Ottawa, o que trouxeram de novo à Saúde Pública*, available at: www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm - 75k. (June 23, 2006).
- Meleis, A., et al. (2000) Experiencing transitions: an emerging middle range theory, In: *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28
- Meleis, A. (2007) *Theoretical nursing: development and progress. 4th Ed.* (Philadelphia: Williams & Wilkins).

- Meleis, A. (2010) *Transitions Theory. Middle- Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (New York: Springer Published Company).
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994) Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission, In: *Nursing Outlook*, 42(6), pp. 255-259.
- Meleis, A., et al. (2000) Experiencing transitions: an emerging middle range theory, In: *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28.
- Mello, C. (2005) *Modelo para projeto e desenvolvimento de serviço. Tese de doutoramento* (Sao Paulo: Universidade de São Paulo).
- Mendes, M. (2011) Representações e estereótipos dos imigrantes russos e ucranianos na sociedade portuguesa, In: *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, 23(1), pp. 269-304.
- Miguel, J. (2010) *Migrantes devem ter cuidados equitativos* (Lisboa: ACIDI).
- Minayo, M. (1994) A violência social sob a perspectiva da saúde pública, In: *Cadernos de saúde pública*, 10(1), pp. 7-18.
- Minayo, M. (2010) *O desafio do conhecimento* (Sao Paulo: Hucitec).
- Minayo, M. & Sanches, O. (1993) Quantitativo/Qualitativo: Oposição ou complementaridade? In: *Cadernos de saúde pública*, 9(3), pp. 239-262.
- Miranda, J. (2009) *Mulheres Migrantes em Portugal: Memórias, Dificuldades de Integração e Projetos de vida* (Lisboa: Estudos OI 35).
- Monsma, K. (2007) Identidades, desigualdade e conflito: imigrantes e negros em um município do interior paulista, 1888-1914: notas de pesquisa, In: *História Unisinos*, 11(1), pp. 111-116.
- Monteiro, A. (2006) Imigração e Saúde – Imigrantes da Europa de Leste em Portugal, In: *Revista Científica da Universidade de Investigação em Ciências da Saúde, II Série*, 2, pp. 9-20.
- Monteiro, A. (2010) *Actas do seminário Saudar/Saúde, Genero e Imigração* (Coimbra: Graal).
- Monteiro, A. P. (2011) *Migração e Saúde Mental* (Coimbra: Universidade de Coimbra).
- Moreira, J. C. (1994) *Planeamento e estratégias da investigação social* (Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas).
- Motta, F. & Caldas, M. (1996) *Cultura nacional e cultura organizacional*, In: Davel, E. P. B. & Vasconcelos, J. G. M. (eds.) *Recursos humanos e subjetividade* (Rio de Janeiro: Vozes), pp. 197-229.
- MTSS. (30 Novembro 2011) *Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social-Instituto de Informática, IP. Balanço Social, 2009*. Portugal.
- Nadot, M. (2003) Des pratiques soignantes révélées par leur histoire à la médiologie de la santé en tant que construit théorique d’une étude sur l’activité professionnelle «infirmière», In: *Actes du 2e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones. Montpellier, Séance Parallèle*, 39, pp. 5-15.
- Neves, L. G. (1999) Enfermagem e Multiculturalidade, In: *Revista Informar*, 19, pp. 21-24.
- Niessen, J., et al.(2007) *Index de Políticas de Integração de Migrantes* (Lisboa: British Council e Fundação Calouste Gulbenkian).

- Nightingale, F. (1859) *Notes on nursing: What it is, and what it is not* (London: Harrison).
- Observatório. (2006) Relatório Anual. Acesso à Saúde nos Imigrante da Rede Internacional MdM.
- Observatório (2010) *Classes sociais e desigualdades* (Lisboa: Centro de investigação e estudos de sociologia do Instituto Superior).
- Ogden, J. (1996) *Health psychology: A textbook* (Bristol: Open University Press).
- OIM. (2009) Organização Internacional das Migrações.
- OIM. (2011) *Organização Internacional para Imigrantes*. Portugal.
- Okasha, A. (2005) Globalization and mental health: a WPA perspective, In: *World Psychiatry*, 4(1), pp.1-2.
- Oliveira, D. (2002) Categoria necessidades nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito, In: *Rev. Enferm. UERJ*, 10(1), pp. 47-52.
- Oliveira, D. C. (2008) Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização, In: *Rev. enferm. UERJ*, 16(4), pp. 569-576.
- OMS. (2001) Organização Mundial de Saúde. Relatório Sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental: nova Conceção, Nova Esperança. Lisboa.
- OMS, (2002) *Informação Mundial sobre a violência e a saúde* Organização Mundial de Saúde. Lisboa.
- OMS. (2005) Organização Mundial de Saúde. Relatório do controlo de natalidade na União Soviética.
- OMS. (2011) Organização Mundial de Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.
- ONU. (2008) *Organização das Nações Unidas*.
- Oppedal, B., et al. (2004) The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants, In: *International Journal of Behavioral Development*, 28(6), pp. 481-494.
- Opperman, C. S. (2001) *Enfermagem Pediátrica Contemporânea* (Loures: Lusociência).
- Palma, M. (1999) A família com idosos dependentes. Que expectativas? In: *Revista de Enfermagem*, 15(2), pp. 27-40.
- Palma, et al. (2005) Prevalence of resistance-associated mutations in newly diagnosed HIV-1 patients in Portugal. Atenas, 4 a 7 Abril: Comunicação apresentada na 3rd European HIV Drug Resistance Workshop, Abstract 18.
- Palma, A. C., et al. (2007) Molecular Epidemiology and prevalence of drug resistance-associated mutations in newly diagnosed HIV-1 patients in Portugal, In: *Infection Genetics and Evolution*, 7, pp. 391-398.
- PAN-Americana (1986) *Carta de Ottawa- Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde* (Ottawa: Organização da saúde, OPAS).
- Papametriou, D. (2003) *Policy considerations for immigrant integration*, *Migration Information Source, Special Issue on Integration*. MPI. Disponível em
- Papademetriou, D. G. (2008) *A Europa e os seus imigrantes no Século XXI* (Coimbra: Universidade De Coimbra).

- Paúl, C. e. (2005) *Satisfação e Qualidade de vida em idosos portugueses* (Lisboa: Climepsi).
- Peixoto, S. A. (2005) *O tráfico de migrantes em Portugal: Perspetivas sociológicas, jurídicas e políticas* (Lisboa: ACIME).
- Peixoto, J., et al. (2006) *Mulheres migrantes: Percursos laborais e modos de inserção socio económica das migrantes em Portugal* (Lisboa: Socius).
- Peixoto, J. (2008) Migração e mercado de trabalho em Portugal: investigação e tendências recentes, In *Revista Migrações-Número Temático Imigração e Mercado de Trabalho*, 2, pp. 19-46.
- Pennix, R. (2003) *Integration: the role of communities, institutions and the state*, *Migration Information Source, Special Issue on Integration*. MPI. available at: www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=168 (August 2, 2016)
- Pereira, M. (2007) *Satisfação dos utentes do centro de saúde de Mogadouro, face aos cuidados de enfermagem* (Coimbra: Sinais vitais).
- Peres, E. (1994) *Saber comer para melhor viver* (Lisboa: Editorial Caminho).
- Peres, E. (1996) *Bem comidos e bem bebidos* (Lisboa: Editorial Caminho).
- Perrenoud, P. (1999) *Dix nouvelles compétences pour enseigner* (Paris: ESF, Éditeur).
- Pezzoli, A., et al. (2009) HIV Infection among Illegal Migrants Italy 2004–2007, In: *Emerg Infect Dis*, 15(11), pp. 1802-4.
- Polít, D. F., et al. (2011) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (Porto Alegre: Artmed).
- Polít, D. & Beck, C. (2011) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed.* (Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins).
- Ponizovsky, A. & Ritsner, M. (2004) Patterns of loneliness in an immigrant population, In: *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), pp. 408-414.
- Potter, P. (2011) *Fundamentos de Enfermagem* (São Paulo: Elsevier Health Science).
- Powers, P. (2006) *The concept of need in nursing theory*. In: Kim, H. & Kollak, I. *Nursing theories: conceptual & philosophical foundations* (New York: Springer Publishing Company), pp.72-88.
- Pumariega, A., et al. (2011) Mental Health of Immigrants and Refugees, In: *Journal Community Mental Health Journal*, 41(5), pp. 385-473.
- Purnell, L., et al. (2001) *Cultural competence in a changing health care environment*, In Chaska, N. L. (ed.) *The nursing profession-. Tomorrow and beyond* (Thousand Oaks, CA: Sage Publications), pp. 451-460.
- Purnell, L. (2002) A description of the Purnell Model for Cultural Competence, In: *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), pp. 40-46.
- Purnell, L. (2005) The Purnell model for Cultural Competence, In: *Journal of transcultural nursing*, 13(3), pp. 193-196.
- Purnell, L. (2009) *Guide to culturally competent health care, 2nd ed.* (Philadelphia: DAVIS Company).
- Purnell, L. & Paulanka, B. (2010) *Cuidados de Saúde Transculturais - Uma Abordagem Culturalmente Competente* (Loures: Lusodidacta).
- Purnell, L., et al. (2011) A guide to developing a culturally competent organization, In: *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1), pp. 7-14.

- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2006) *Comunicação*, In Barbosa, A. & Neto, I. G. (eds) *Manual de cuidados paliativos* (Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa), pp. 357-378.
- Ramos, F., et al. (2012) *Itinerário terapeutico no cuidado mae-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina* (Lisboa: Rev. René).
- Ramos, N. (1993) *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité – Une étude ethnopsychologique. Tese de doutoramento Sorbone*. (Paris: Université René Descartes)
- Ramos, N. (2004) *Psicologia clínica e da saúde* (Lisboa: Universidade Aberta).
- Ramos, N. (2006) Migração, Aculturação, Stress e Saúde. Perspectiva de investigação e de intervenção, In: *Psychology*, 41, pp. 329-350.
- Ramos, N. (2007) Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde, In: *Psychologica*, 45, pp. 147-169.
- Ramos, N. (2008) *Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde*. In Ramos, N. (ed.) *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas* (João Pessoa: Editora Universitária/UFPB),
- Ramos, N. (2009) Multiculturalidade - Prespectivas de Enfermagem- Contributos para Melhor Cuidar. Loures. Lusociência.
- Rebelo, M. (2009) *Seminário de Boas Práticas- Saudar, Genero e Imigração* (Coimbra: Saudar).
- Reesink, M. (2005) Para uma antropologia do milagre: Nossa Senhora, seus devotos e o Regime de Milagre, In: *Caderno CRH*, 18(44), pp. 267-280.
- Regulamento n.º862. (11 de julho de 2007) *Parlamento Europeu e o Conselho* .
- Relatório de Imigração, F. (2011) *RIFA*. SEF.
- Resolução de Conselho de Ministros. (2010) *II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013*.
- Resolução do Conselho de Ministros, Dec lei. n.º 63-A. (2007-05-03) *O Plano para a Integração dos Imigrantes (PII)*
- Rights, E. U. (2013) *Les Droits Fondamentaux: défis et réussites en 2012*. Luxemburgo: FRA- Agence des droits fondataux de l'Union européenne.
- Rocha, T. M. (1995) *Sociologia das migrações* (Lisboa: Universidade Aberta).
- Rodgers, B., et al. (1998) Three-Dimensional Dynamic Analysis of Wheelchair Propulsion, In: *Journal of Applied Biomechanics*, 14(1), pp. 80-92.
- Rodrigues, M. & Moreira, A. (1992) *Dieta e nutrição* (Porto: Civilização Editora).
- Rokeach, M. (1973) *The nature of human values* (New York: Free Press).
- Rokeach, M. (1981) *Crenças, virtudes e valores* (Rio de Janeiro: Interciência).
- Rosa, L., Tocantins, F. & Nery, T. (2010) O Termo Necessidade de Saúde na Produção Científica da Enfermagem, In: *Cuidados fundamentais*, 2, pp. 492-495.
- Rosa, M. (2012) *O Envelhecimento da sociedade Portuguesa* (Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos).
- Rosário, E. & Santos, T. (2008) *Quanto custa ser imigrante?* (Lisboa: Estudos OI 26.ACIDI).
- Rosenstock, I. (1974) Historical origins of the health belief model, In: *Health Education & Behavior*, 2(4), pp. 328-335.

- Rosenstock, I., Strecher, V. & Becker, M. (1994) *The health belief model and HIV risk behavior change*, In: DiClemente, R. J. & Peterson, J. L. (ed.) *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioural interventions* (New York, Springer), pp. 5-24.
- Russo, H. & Soeiro, A. (2007) Imigrantes de Leste-Vivências Diferentes num espaço Comum, In: *Azeitão: Autonomia*, 27.
- Santiago, M. (2009) *Percepções e Comportamentos dos Profissionais de Saúde Face à Mulher na Adaptação à maternidade no contexto imigratório. Dissertação de Mestrado em comunicação em Saúde* (Lisboa: Universidade Aberta).
- Santos Curado, M. A., Vitorino Teles, J. M. & Maroco, J. (2013) Análise estatística de escalas ordinais: Aplicações na Área da Saúde Infantil e Pediatria, In: *Enfermagem Global*, 12(30), pp. 434-445.
- Santos, B. S. (2007) Os direitos humanos na zona de contacto entre globalizações rivais, In: *CRONOS. Natal, RN*, 8(1), pp. 23-40.
- Sarriera, J. C. (2000) *Educação para a integração entre culturas e povos: da aculturação para o multiculturalismo*, In: Sarriera, J.C. (ed.) *Psicologia comunitária: estudos atuais* (Porto Alegre: Sulina), pp. 179-202.
- Sarriera, J. C. (2003) Estudios actuales sobre la aculturación en latinos: revisión y nuevas perspectivas, In: *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), pp. 341-364.
- Saúde Pública. (2005) *Alma-ata e Ottawa. O que trouxeram de novo à Saúde Pública*. Retirado em 2008/Março/10 do Web site: www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm.
- Scali, D. & Ronzani, T. (2007) Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool, In: *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 3(1), pp. 1-14.
- Schraiber, L., et al. (2005) *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher* (Sao Paulo: UNESP).
- Schwartz, M. & Ross, H. (1995) Values in the west: a theoretical and empirical challenge to the individualism-Collectivism cultural dimension, In: *World psychology*, 1(2), pp. 91-122.
- Schwartz, S. (1987) Toward a universal psychological structure of human values, In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), pp. 550-562.
- Schwartz, S. (1992) Universal in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries, In: *Advances in experimental social psychology*, 25, pp. 1-65.
- Schwartz, S. (1994) Are there universal aspects in the structure and contents of human values?, In: *Journal of social issues*, 50(4), pp. 19-45.
- Schwartz, W. & Bilskys, H. (1990) Toward a theory of the universal content and structure of values: extensions and cross-cultural replications, In: *Journal of personality and social psychology*, 58(5), pp. 878-891.
- SEF. (2009) Lisboa: Serviços Estrangeiros e Fronteiras-Relatório Estatístico de Imigração.
- SEF. (2011) Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo; Serviço Estrangeiros e Fronteiras-Gabinete de Estudos, Oeiras:Planeamento e Formação.
<http://www.sef.pt/portal/v10/PT/asp/page.aspx>.

- SEF. (2013) Gabinete de Estudos, Planeamento e Formação; Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2012;INE.
<http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa%202012.pdf>
- SEF, S. E. (2009) *Relatório Estatístico de Imigração*. Lisboa.
- Sefstat, (2012) *Estrangeiros residentes em: Porto*. Portal de estatística.
- Serranito, V. & Santana, P. (2005) *Percurso de vida de imigrantes de Leste*, In: SOS (ed.) *Imigração e Etnicidade. Vivência, e Trajetórias de mulheres em Portugal*. (Lisboa: SOS racismo), pp. 235-250.
- Silva, A. & Martinho, C. (Setembro de 2007) Unidades de saúde amiga dos imigrantes- uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal, In: *Revista Migrações- Numero temático Imigração e Saúde*, 1, pp. 155-159.
- Silva, M. (1996) *Comunicação tem remédio nas relações interpessoais em saúde* (São Paulo: Gente).
- Silva, M. (2005) *O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar*, In: Stefanelli, M. C. & Carvalho, E. C. (eds.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (São paulo: Loyola), pp. 47-61.
- Simões, J. (2010) *Prioridades em Saúde* (Lisboa: Saúde S.A.)
- Simões, J. & Ferrinho, P. (2010) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Pensar saúde* (Lisboa: ACIDI).
- Simpson, P. & Tarrant, M. (2006) Development of the Family Nursing Practice Scale, In: *Journal of Family Nursing*, 12(4), pp. 413-425.
- Smith, B. H., et al. (2001) The Level of Expressed Need – a measure of help-seeking behavior for chronic pain in the community, In: *European Journal of Pain*, 5(3), pp. 257-266.
- Sousa, J. E. (2006) *Os imigrantes Ucranianos em Portugal e os cuidados de Saúde* (Lisboa: Acime).
- Sousa, J. E. (2011) *Imigrantes ucranianos em Portugal- Satisfação das necessidades de imigração á adaptação de comportamentos saudáveis* (Lisboa: Universidade Aberta).
- Souza, N. R. (1997) *Compreendendo o portador HIV/AIDS – Usuário de Drogas segundo o Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock* (São Paulo: Universidade de São Paulo).
- Stamm, M. (2000) *A enfermeira cuidando de famílias em situação de alcoolismo com uma abordagem transpessoal*. Florianópolis.
- Steffen, A. (2008) *A estética diaspórica e a dádiva das pêsankas-dissertação* (Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro)
- Stewart, J. (1999) Ethnic Differences in Incidence of Stroke: Prospective Study with Stroke Register, In: *Bmj*, 318(7189), pp. 967-971.
- Streuber, H. & Carpenter, D. (2002) *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (Loures: Lusociência).
- Talento, B. & Watson, J. (1993) *Teorias de enfermagem* (Porto Alegre: Artes Médicas).
- Tamayo, A. & Schwartz, S. (1993) Estrutura motivacional dos valores humanos, In: *Psicologia: teoria e pesquisa*, 9(2), pp. 329-348.

- Tamsma, N. E. & Berman, C. (2004) *The Role of the Health Care Sector in Tackling Poverty and Social Exclusion in Europe* (Brussels: EMHA).
- Taylor, B. & Francis, K. (2013) *Qualitative Research in the Health Sciences. Methodologies, methods and processes, 1st ed.* (New York: British Library).
- Taylor, E. J. (2002) *Spiritual Care. Nursing Theory, Research, and Practice* (New Jersey: Prentice Hall).
- Teixeira, L. (2010) *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos* (Lisboa: Universidade de Lisboa).
- Theme, M., Szwarcwald, C. & Souza, P. (2003) Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil. *Cad Saude Publica[periódico na Internet]. 2005*
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000700006&Ing=pt&nrm=isso .
- Torres, A. R. (2001) Valores e psicologia social: modelos de análise, In *Estudos*, 28(4), pp. 539-559.
- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing. 2nd ed.* (Philadelphia: F.A. Davis).
- Traverso, V. (1999) L'analyse des conversations, Paris, Nathan, coll. Linguistique 128, n° 226, In: *L'Information Grammaticale*, 100(1), pp. 60.
- Trigo, M. (1999) Os caminhos do próximo milénio. Tendências da educação e da formação das pessoas, In: *Dirigir*, 62, pp. 3-8
- Triviños, A. N. (2007) *Introdução à pesquisa em ciências sociais, a pesquisa qualitativa em educação* (São Paulo: Atlas).
- Tylor, E. B. (1871) *La Cience de la Culture* (Barcelona: Anagrama).
- UNAIDS/IOM. (2001) *Migrants' Right to Health*, available at http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC519-MigrantsRightToHealth_en.pdf (August 2, 2016).
- UNESCO (2001) The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
- UNFPA. (2006) *A Passage to Hope – Women and International Migration. State of World Population 2006*, available at: <http://www.unfpa.org/swp/> (August 10, 2016).
- Vala, J. (2005) *Etnicização e estratégias de relação cultural entre os imigrantes e os países de acolhimento.* (Lisboa: Globalização e Migrações).
- Vaucher A.L.I, & Durman, S. (2005) *Amamentação: crenças e mitos* (Lisboa: Rev Eletrônica de Enfermagem).
- Veiga, J. (2006) Ética em Enfermagem. Análise, Problematização e (re)construção.
- Vieira, A. R. (2009) Condições que facilitam/dificultam a transição para a maternidade.
- Vieira, M. (2009) *Ser Enfermeiro: Da compaixão à proficiência, 2nd ed.* (Lisboa: Universidade Católica).
- Watson, J. (1999) *Nursing: human science and human care* (New York: Jones & Bartlett Learning).
- Watson, J. (1988) *Nursing: human science and human care – a theory of nursing* (New York: National League for Nursing).

- Watson, J. (2002) *Enfermagem – Ciência Humana de Cuidar: Uma Teoria de Enfermagem* (Lisboa: Lusociência editores).
- Watson, J. (2002) *Enfermagem pos-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem* (Loures: Lusociência).
- Watson, J. (2003) Cuidar em enfermagem além da pós-modernidade, In: *Intercâmbio internacional: Bases Teórico-filosóficas da Prática do Cuidar em Enfermagem*, Rio de Janeiro.
- Weinman, J. (2001) *Health care*, In: Johnston, D. W. & Johnston, M. (eds.) *Health psychology: Comprehensive clinical psychology*, Vol. 8 (New York: Pergamon Press).
- Weir, R., et al. (1996) Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used, In: *The Clinical Journal of Pain*, 12, pp. 277-290.
- WHO (2008) *Commission on Social Determinants of Health; Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*, Available at http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/index.html. (August 16, 2016)
- WHO (2008) The World Health Report 2008: primary health care. World Health Organization, Available at: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/index.html. (August 20, 2016)
- WHO (2010) *Equity and health*. World Health Organization, Available at: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/index.html. (August 16, 2016)
- WHO (2010) *World Health Organization- Equity and health*, Available at: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/index.html. (August 17, 2016)
- Wilson, A. (2003) *Saúde, Doença e Diversidade Cultural* (Lisboa: Instituto Piaget).
- Wolff, H., et al. (2008) Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy, In: *BMC Public Health*, 8(1), pp.1-7.
- World Bank (2009) *Averting a human crisis during the global downturn: policy options from the World Bank's human development network: conference edition* (Washington: The World Bank).
- Zimmerman, D. & Osório, L. (1997) *Como trabalhamos com grupos* (Porto Alegre: Artes Médicas).

