

Globalização, Migrações e Saúde Mental: imigrantes da Europa de Leste em Portugal

Ana Monteiro,⁹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)
anapaula@esenfc.pt

Resumo: O impacto dos processos migratórios na saúde mental dos indivíduos e populações tem sido objeto de múltiplas abordagens teóricas e metodológicas. Este artigo pretende apresentar, de forma sintetizada, os resultados parcelares de uma investigação empírica mais abrangente. A investigação incidiu sobre 566 imigrantes russófonos oriundos de países da Europa de Leste, 296 do sexo masculino e 270 do sexo feminino, com uma média de idades de 36,3 anos. Os dados foram colhidos de janeiro de 2005 a março de 2006 em centros locais e nacionais de apoio ao imigrante. Foi utilizado o General Health Questionnaire-28 (Goldberg e Hillier, 1979) e um questionário sociodemográfico. A análise estatística desenvolvida evidenciou correlações estatisticamente significativas entre fatores pessoais, elementos estruturais da sociedade de acolhimento, fatores inerentes ao processo migratório e níveis de saúde mental/ risco de morbilidade psiquiátrica na população inquirida. 10,4% dos sujeitos apresentava probabilidade de patologia psiquiátrica com prevalência de queixas somáticas, ansiedade e insónia.

Palavras-chave: Imigrantes Europa de leste, Saúde Mental, Vulnerabilidade, Processos migratórios.

1. Introdução

Os fluxos migratórios internacionais têm tendência a aumentar exponencialmente e a diversificar-se, constituindo um desafio para as sociedades de acolhimento, pontos de chegada e partida de novas diásporas. Existem atualmente 232 milhões de migrantes internacionais (3,2% da população mundial) e 59% vivem em regiões desenvolvidas. A Europa e Ásia acolhem dois terços de todos os migrantes internacionais em todo o mundo – a Europa continua a ser a região de destino mais procurada, com 72 milhões de migrantes internacionais em 2013 (ONU, 2013). Outro dado relevante é que existem 35 milhões de

⁹ Doutorada em Ciências Biomédicas e mestre em Sociologia pela Universidade de Coimbra. Licenciada em Enfermagem, tem a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Atualmente é Professora-Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E).

migrantes globais com idade inferior a 20 anos e 40 milhões entre as idades de 20 e 29. Ou seja, as crianças e os jovens representam mais de 30% de todos os migrantes do mundo (ONU, 2014). Nos últimos anos da década de 90 do século XX, a geografia da imigração em Portugal sofreu transformações muito profundas, a nível de recrutamento e padrões de fixação geográfica de imigrantes em Portugal, com o aumento e afluxo exponencial de novos grupos de imigrantes. As populações imigrantes da Europa de Leste são um fluxo migratório recente, com especificidades linguísticas, culturais e sociodemográficas face à população portuguesa, que representam um novo desafio à estrutura dos serviços de saúde em Portugal. A literatura sobre este tema e a análise de alguns indicadores focados no acesso aos cuidados de saúde de comunidades imigrantes residentes em Portugal mostram que, apesar de se terem registado avanços significativos na legislação, continua a não existir uma avaliação detalhada das condições de saúde dos imigrantes em Portugal e dos fatores que condicionam o seu *status* global de saúde mental.

As migrações internacionais são parte integrante de um fenómeno mais vasto – o processo de globalização, caracterizado pela exponencial expansão, aceleração e aprofundamento das interconexões à escala mundial de todos os aspetos da vida social contemporânea. A globalização implica uma reconfiguração da organização espacial das relações e transações sociais (definidas em termos da sua extensão, intensidade, velocidade e impacto) que geram fluxos transcontinentais ou intrarregionais, assim como redes de atividades e interação (Held e McGrew, 1999; Almeida, 2011).

O indicador-chave destes processos é o rápido aumento das conexões e fluxos transnacionais de todos os tipos: financeiros, comerciais, de ideias e sistemas de conhecimento, de artefactos culturais, de comunicação, de mercados, bens e serviços, de pessoas, através de redes transnacionais. Estas redes são complexas e podem assumir inúmeras configurações, com implicações nas dinâmicas de saúde à escala local e global (Held *et al.*, 1999; Castles, 2005; Monteiro, 2012). De facto, a globalização e os fenómenos migratórios podem gerar enormes mudanças em termos não apenas sociais mas subjetivos e na própria mundividência individual orientada para paradigmas globais. A um nível mais íntimo e pessoal, a própria noção de identidade torna-se mais ampla, mais fragmentária, percorrida por espaços e intersubjetividades múltiplas (Cohen, 2005; Almeida, 2011). Os clássicos paradigmas propostos para compreender ou interpretar os processos de integração da diferença instituída, quando o foco de análise são pessoas em processos de transição geográfica e existencial, parecem fragilizados. As formas emergentes de redes de sociabilidade e de criação de identidades num mundo global é uma experiência de desapropriação, de incerteza no (des)encontro de alteridades, de abertura à imprevisibilidade e de possibilidades de identidades partilhadas (Almeida, 2011). Os fenómenos migratórios contemporâneos e os seus impactos na saúde mental devem ser analisados numa perspetiva sistémica, integrados no contexto dos processos de globalização (económica, política, tecnológica e cultural) que caracteriza as sociedades atuais. Todas as complexas dimensões da globalização têm impactos diretos e indiretos nas formas de organização social e na saúde mental dos indivíduos, das organizações e dos grupos, à escala local e global (OMS, 2001; IOM, 2013). Por outro lado, as necessidades específicas das populações migrantes em termos de saúde mental ultrapassam as fronteiras dos tradicionais sistemas de saúde locais e implicam uma abordagem multissetorial e transnacional (OMS, 2013).

2. Migrações e Saúde Mental

As dinâmicas da migração são complexas e o conceito chave para explicar a relação entre migração em contextos de globalização económica e maior incidência de problemas de saúde mental é a desigualdade (IOM, 2003).

As pessoas imigrantes em processos de transição migratória enfrentam uma série de desafios com implicações concretas no seu estado global de saúde e bem-estar psicológico. Alguma investigação empírica evidencia o intenso *stress* “*biofisiológico*” resultante de mecanismos de adaptação a condições ambientais diferentes num curto espaço de tempo – variações climáticas, temperatura ambiente, tipo de alimentação, níveis de poluição, níveis de estimulação sensorial (Aycan e Berry, 1996). Outros estudos descrevem experiências de *stress* de aculturação, perturbações psicológicas e emocionais relacionadas com experiências de desenraizamento cultural e barreiras linguísticas, esboroamento da identidade comunitária, perda de redes de suporte social ou sensação de estranhamento relacionada com dificuldades de integração sociocomunitária nos países de acolhimento (Monteiro, 2009). Por outro lado, os imigrantes nas sociedades de acolhimento, especialmente nos casos de migração económica, tendem a constituir grupos minoritários, estando mais expostos a fenómenos de discriminação e segregação social. O preconceito racial e étnico, a pobreza e o baixo estatuto socioeconómico estão relacionados com maior incidência de perturbações psiquiátricas. As populações migrantes são especialmente vulneráveis a estes fatores de risco e existem grupos específicos dentro destas populações, como as crianças, os refugiados, os deslocados dentro do próprio país, as mulheres e os idosos que têm um risco acrescido de doenças psiquiátricas (Broman, 1996; OMS, 2001).

A investigação empírica sobre a saúde mental de populações imigrantes é complexa e tem sido objeto de múltiplas abordagens teóricas e metodológicas. No entanto, existe algum consenso teórico sobre as principais dificuldades na investigação empírica sobre saúde mental e doença psiquiátrica em populações migrantes, nomeadamente o facto de a pesquisa/investigação clínica utilizar amostras tendencialmente homogéneas, onde são excluídas as especificidades das minorias étnicas e populações imigrantes de grupos minoritários. Por outro lado, os imigrantes tendem a apresentar baixos índices de resposta em inquéritos epidemiológicos ou sociológicos relacionados com questões de saúde e a monitorização de imigrantes ilegais ou sem documentos é extremamente difícil ou mesmo impossível. Um outro fator estrutural que dificulta a investigação epidemiológica é o facto de a linguagem e terminologia científica estandardizada utilizada nos instrumentos de colheita de dados pode ter diferentes significados para grupos diferenciados -imigrantes, grupos étnicos minoritários (Juhász, Makara e Teller, 2010).

A validade cultural dos diagnósticos psiquiátricos aplicados a populações específicas, implica que os critérios nosológicos sejam remodelados ou mesmo reestruturados em função das diversas matrizes culturais em análise (Kleinman, 1988a). Existe sempre a possibilidade de haver um desvio conceptual e analítico quando uma determinada patologia é classificada/diagnosticada num determinado contexto cultural, tendo por base categorias diagnósticas produzidas por outra cultura, isto é, conduzindo a uma falácia categorial (Kleinman, 1980, 1988b). A falta de homogeneidade metodológica entre estudos sobre diferentes culturas, particularmente na identificação de casos, pode resultar na incapacidade em separar fatores metodológicos de fatores substantivos quando é observada variabilidade em comparações transculturais. Diversos pesquisadores têm desenvolvido estratégias para integrar essas perspetivas numa metodologia de pesquisa global que seja culturalmente válida e generalizável. Abordagens epidemiológicas e antropológicas têm sido combinadas

para incluir questões abertas em instrumentos de pesquisa, para modificar algoritmos diagnósticos adaptando-os à fenomenologia da cultura local, para adicionar questões culturalmente relevantes a questionários estruturados, na condução de metodologias de *focus group* ou de trabalho etnográfico antecedendo levantamentos epidemiológicos (Canino, Lewis-Fernandez e Bravo, 1997). A combinação das perspectivas *etic* e *emic* permitiu conciliar as tradições antropológica e epidemiológica, de forma a incorporar a flexibilidade cultural na metodologia de investigação, sem sacrificar a generalização transcultural dos resultados (Quartilho, 2001; Helman, 2003; Monteiro, 2011).

A revisão integrada e sistemática de literatura indicia que os imigrantes estão, de um modo geral, expostos a riscos acrescidos para a saúde mental (Monteiro, 2009; De Maio, 2010). O processo migratório é complexo e exigente do ponto de vista dos recursos individuais e a investigação empírica indicia que a experiência migratória pode estar associada a uma maior vulnerabilidade psiquiátrica relacionada com fatores stressogénicos, expressa em piores indicadores de saúde mental nas populações imigrantes e risco acrescido de desenvolver doenças mentais como a esquizofrenia, depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de stress pós-traumático (Bhugra, 2001, 2003; Monteiro, 2009, 2011).

3. Migrações e Saúde Mental: Imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal

O desafio deste trabalho de investigação consistiu em analisar as questões de saúde mental em contextos migratórios tendo como foco de atenção um contingente migratório específico – a população imigrante russófona oriunda da Europa de Leste residente em Portugal.

Numa primeira fase da investigação realizou-se um estudo exploratório de cariz qualitativo, com recurso à entrevista semiestruturada como instrumentos de colheita de dados e cujos materiais colhidos foram objeto de análise qualitativa. A finalidade do estudo consistiu na obtenção de informações para o aperfeiçoamento do projeto de investigação e na identificação das variáveis mais importantes para a investigação (Hill e Hill, 2000). O estudo decorreu de 1 setembro a 10 de dezembro de 2004. Foram realizadas cinco entrevistas: a imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal; a coordenadores de Associações de Imigrantes, que, pela sua experiência no terreno e contacto direto com estas populações estão particularmente informados sobre as suas dificuldades e problemas de saúde e ainda a dois elementos de organizações portuguesas que dão apoio jurídico e sociais as estas populações. No tratamento dos dados colhidos no estudo exploratório (entrevista) foi utilizada a análise de conteúdo (Bardin, 1977). Desta análise qualitativa, das entrevistas realizadas, emergiram alguns achados que corroboraram o *background teórico* sobre as questões de imigração e Saúde Mental e também os dados empíricos resultantes de alguns trabalhos de investigação já existentes sobre as condições sociodemográficas e a acessibilidade aos serviços de saúde por parte das populações oriundas da Europa de Leste a residir em Portugal.

O estudo exploratório preliminar utilizando uma abordagem qualitativa permitiu identificar um conjunto de questões centrais de investigação relacionadas com a saúde mental dos imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal que foram sistematizadas em dois eixos: a existência de sofrimento psicológico interpretado como stress, relacionado com contextos migratórios específicos e a perda ou rutura de redes de suporte social. Com base nestes dados do estudo exploratório, ancorados na revisão da literatura sobre o tema estruturaram-se as questões centrais da investigação e foram selecionados /construídos os instrumentos de referência para a colheita de dados.

3.1. Técnicas, instrumentos e procedimentos

Foi realizado um estudo de tipo descritivo-correlacional, tendo como objetivos caracterizar o estado global de saúde mental de imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal e caracterizar especificidades sociodemográficas desta população imigrante r que possam ter impacto no seu *status* de saúde mental. Pretendia-se que os resultados obtidos pudessem contribuir para promover a transculturalidade e a sensibilidade cultural na prática de cuidados de Saúde Mental em Portugal.

O estudo incidiu sobre uma população de 566 imigrantes oriundos de vários países da Europa de Leste. A colheita de dados foi realizada em 12 Centros Locais de Apoio ao Imigrante, sob a tutela do Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), em vários distritos do país. A amostra, de conveniência, foi constituída por todos os indivíduos russófonos, imigrantes da Europa de Leste, que acedessem aos Centros entre 31 Janeiro de 2005 a 31 de Março de 2006 e voluntariamente anuissem a responder ao questionário. A investigação incidiu sobre 566 imigrantes russófonos com um projeto migratório em Portugal, oriundos de países da Europa de Leste, com mais de 15 anos, dos quais 296 do sexo masculino e 270 do sexo feminino, com uma média de idades de 36,3 anos, com um mínimo de 15 e um máximo de 66 anos

Neste estudo foram utilizados, entre outros instrumentos, a versão russa do General Health Questionnaire-28 (Goldberg e Hillier, 1979, versão de Kaz the Jong, 2004) para avaliar o *status* de saúde mental e a incidência de morbilidade psiquiátrica. Foi também aplicado um questionário sociodemográfico. Os instrumentos de colheita de dados foram submetidos a um processo de validação transcultural e realizados estudos de fiabilidade e consistência interna (Monteiro, 2009a). O valor do coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach* do GHQ28, versão russa, foi de .868 para a escala total. Para as quatro subescalas do GHQ28, os valores do *Alpha de Cronbach* foram de, respetivamente – Sintomas/queixas somáticos, .779; Ansiedade e insónia .851; Disfunção social, .845 e Depressão severa, .812. Estes valores indiciam uma boa consistência interna em todas as subescalas. No estudo da dimensionalidade da escala, a análise fatorial foi forçada para quatro componentes, dado que a estrutura original da escala apresenta estas dimensões. A análise convergiu para uma solução com quatro fatores que explicam 52,6% da variância total. Este estudo confirmou a estrutura fatorial do GHQ-28 versão russa, com quatro fatores bem definidos e uma distribuição de sete itens por cada fator, coincidentes com a proposta pelos autores do questionário original, à exceção do item 1 (Monteiro, 2009a).

3.2. Resultados

3.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Apresentam-se, na Tabela 1, os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra. Relativamente à distribuição da amostra por género, verificou-se que se tratava de uma população maioritariamente do sexo masculino, característica de uma imigração de cariz económico. No entanto, nesta amostra indicia-se uma tendencial equiparação dos géneros em alguns grupos etários, devido a um aumento da imigração feminina, em grande parte devido ao reagrupamento familiar. A amostra situa-se maioritariamente no grupo etário dos 30 aos 40 anos (45,9%) e dos 19 aos 29 anos (22,1%), o que coincide com a caracterização desta população noutros estudos, como uma migração essencialmente de tipo económico (Baganha, 2003; Fonseca *et al.*, 2005).

O estado civil casado (65,7%) predomina nesta amostra, o que coincide com outros estudos de caracterização sociodemográfica desta população imigrante. Embora a situação de conjugalidade seja referida pela literatura como um fator associado a uma boa saúde mental, em populações migrantes este indicador pode ter outro significado, pois alguns destes indivíduos encontram-se separados do seu cônjuge e da sua família de pertença, pelo que este facto pode indicar uma maior vulnerabilidade em termos de saúde mental e integração social. Relativamente à nacionalidade e país de origem, é de realçar a diversidade da população inquirida em termos de nacionalidade. Destaca-se a população oriunda da Ucrânia (65,9%), o que está de acordo com todos os estudos existentes de caracterização sociodemográfica deste contingente migratório. Quanto ao nível de escolaridade da amostra, 42,4 % detêm formação académica superior (licenciatura, mestrado e doutoramento) e 42,4% um curso médio profissionalizante. Estes dados confirmam a tendência de outros estudos que caracterizam a população imigrante da Europa de Leste como apresentando um nível de escolaridade superior ao de outros contingentes migratórios e mesmo à população portuguesa em geral (Rosa, 2005; Baganha, Marques e Góis, 2006).¹⁰

¹⁰ Trata-se portanto de uma população altamente qualificada, quer do ponto de vista da escolaridade quer do ponto de vista das competências profissionais, enquadrando-se no contexto que a literatura das migrações descreve como *highly skilled migration*. O desafio económico e social consiste em integrar esta mão-de-obra altamente qualificada e com um potencial elevado, permitindo-lhe uma mobilidade social ascendente (Rosa, Seabra e Santos, 2004; Monteiro, 2006; Baganha, Marques e Góis, 2006).

Tabela 1. Características sociodemográficas genéricas da Amostra

		n	%
Sexo	Masculino	296	52,3
	Feminino	270	47,7
Idade	Menos de 18 anos	7	1,2
	19 a 29	125	22,1
	30 a 40	260	45,9
	41 a 50	123	21,7
	Mais de 50	49	8,7
Estado Civil	Casado	372	65,7
	Solteiro	98	17,3
	Viúvo	15	2,7
	Divorciado	57	10,1
	União de Facto	24	4,2
Nacionalidade	Rússia	95	17,17
	Ucrânia	366	65,94
	Moldávia	44	7,92
	Outra	36	6,48
Religião	Católica	64	11,53
	Ortodoxa	446	80,36
	Muçulmana	17	3,06
	Outra	13	2,34
	Agnóstico	14	2,52
Escolaridade	Ensino básico	13	2,34
	Ensino secundário ou profissional	308	55,95
	Licenciatura, Mestrado e Doutoramento	234	42,4
Tempo de permanência em Portugal	Menos de 6 meses	16	2,8
	De 6 a 12 meses	25	4,4
	De 12 a 36 meses	71	12,5
	De 37 a 60 meses	226	39,9
	Mais de 60 meses	228	40,3
Região de residência	Zona Norte	9	1,6
	Grande Porto	302	53,4
	Região Centro	146	25,8
	Lisboa e Vale do Tejo	51	9,0
	Alentejo	26	4,6
	Algarve	32	5,7

3.2.2. Status de saúde mental e morbilidade psiquiátrica

O *status* global de saúde mental foi avaliado utilizando o General Health Questionnaire GHQ-28 (Goldberg e Hillier, 1979) em que, quanto mais elevada a cotação obtida, pior o nível de saúde mental. Para determinar o impacto dos fatores sociodemográficos na saúde mental dos indivíduos inquiridos, procedeu-se à análise bivariada entre o *score* total do GHQ-28 e as variáveis sociodemográficas determinadas por questionário. Na tabela 2 apresentam-se apenas os resultados considerados mais relevantes.

Tabela 2. Resultados da análise bivariada entre o score total do GHQ-28 e variáveis sociodemográficas

		N	Média	Desvio Padrão	p
Tempo de permanência em meses	Menos de 6	14	1,43	1,99	0,005 ⁽²⁾
	De 6 a 12	22	2,00	1,95	
	De 12 a 36	70	1,16	2,44	
	De 37 a 60	218	1,49	2,62	
	Mais de 60	217	1,99	3,37	
SNS	Sim	452	1,56	2,78	0,105 ⁽¹⁾
	Não	88	2,19	3,40	
Domínio português	Não sabe ler português	290	1,75	3,07	0,724 ⁽³⁾
	Domínio básico	83	1,57	2,79	
	Domínio bom	162	1,54	2,58	
Situação laboral	Desempregado	130	2,03	3,10	0,011 ⁽²⁾
	Sem contrato de trabalho	70	1,39	2,57	
	Com contrato de trabalho	331	1,55	2,88	
	Trabalhador por conta própria	10	2,50	2,80	

(¹) Teste t; (²) Teste de Kruskal-Wallis; (³) ANOVA

Verifica-se que existem diferenças significativas ($p=0.005$) nos *scores* das diversas categorias de **tempo de permanência** em Portugal - os imigrantes que residem em Portugal entre 6 meses e um ano e os que residem há mais de cinco anos no nosso país, apresentam níveis de *score* superiores (2.00 e 1.99 respetivamente), indiciando maior probabilidade de patologia psiquiátrica. Os *scores* totais dos GHQ-28 tinham diferenças estatisticamente significativas ($p=0.011$) relativamente à **situação laboral**. Os trabalhadores por conta própria são aqueles que apresentam *scores* totais superiores (2.50). Nas restantes variáveis não existiram diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$) entre as categorias constituintes das mesmas, pelo que se optou por apresentar uma tabela simplificada com os dados.

Utilizando o ponto de corte sugerido pelos autores do questionário, indicador da probabilidade de se tratar de um caso psiquiátrico (Goldberg e Hillier, 1979), a tabela seguinte representa a distribuição da amostra por casos com patologia psiquiátrica.

10.4% dos inquiridos apresentam elevada probabilidade de ter patologia psiquiátrica enquanto os restantes 89,6% não apresentam patologia evidente (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra por presença de caso psiquiátricos GHQ-28 Goldberg e Hillier, 1979

Patologia GHQ-28	N	%
Não	485	89,6
Sim	56	10,4
Total	541	100,0

Nos imigrantes com patologia predominavam as queixas somáticas, seguidas de ansiedade e insónia, disfunção social e por último, depressão grave (Monteiro, 2009 a).

Em seguida, procedeu-se a uma análise bivariada para avaliar a correlação entre as variáveis sociodemográficas e existência de “*casos psiquiátricos*” determinada pelo ponto de corte do GHQ-28 (Tabela 4). Das variáveis sociodemográficas analisadas somente duas estavam correlacionadas com significância estatística com existência de casos psiquiátricos: as qualificações profissionais ($p=0.021$) e a utilização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal ($p=0.007$). Relativamente às qualificações profissionais, observou-se que os imigrantes que exercem profissões não qualificadas em Portugal apresentam uma maior percentagem de patologia (12.5%) enquanto que o grupo dos que exercem profissões qualificadas reportam uma menor incidência de patologia (5.0%). Em relação à utilização do Serviço Nacional de Saúde, o grupo de imigrantes que já tinha utilizaram o SNS em Portugal apresenta uma percentagem de patologia predita pelo GHQ-28 de 6.4%. Os imigrantes que nunca *acederam ao serviço nacional de saúde apresentavam uma percentagem superior em mais do dobro* (14.8%) de patologia psiquiátrica prevista pelo GHQ-28.

Tabela 4. Resultados da análise bivariada entre a patologia GHQ-28 e variáveis sociodemográficas.

			Patologia GHQ -28		Total	$p^{(1)}$
			Não	Sim		
Sexo	Masculino	N	248	34	282	0,174
		%	87,9%	12,1%		
	Feminino	N	237	22	259	
		%	91,5%	8,5%		
Idade(anos)	Menos de 18	N	6	0	6	0,843
		%	100,0%	0,0%		
	19 a 29	N	109	12	121	
		%	90,1%	9,9%		
	30 a 40	N	223	24	247	
		%	90,3%	9,7%		
	41 a 50	N	104	14	118	
		%	88,1%	11,9%		
	Mais de 50	N	41	6	47	
		%	87,2%	12,8%		
Estado civil	Casado	N	321	35	356	0,399
		%	90,2%	9,8%		
	Solteiro	N	88	8	96	
		%	91,7%	8,3%		
	Viúvo	N	12	2	14	
		%	85,7%	14,3%		
	Divorciado	N	46	6	52	
		%	88,5%	11,5%		
Nacionalidade	União de facto	N	18	5	23	0,334
		%	78,3%	21,7%		
	Rússia	N	85	9	94	
		%	90,4%	9,6%		
	Ucrânia	N	313	42	355	
		%	88,2%	11,8%		
	Moldávia	N	40	3	43	
		%	93,0%	7,0%		
Religião	Outros	N	33	1	34	0,425
		%	97,1%	2,9%		
	Católica	N	57	8	65	
		%	87,7%	12,3%		
	Ortodoxa	N	390	42	432	
		%	90,3%	9,7%		
	Muçulmana	N	16	1	17	
		%	94,1%	5,9%		
	Outra	N	10	1	11	
		%	90,9%	9,1%		
	Agnóstico	N	11	3	14	
		%	78,6%	21,4%		

Região de residência	Norte	N	272	26	298	0,608
		%	91,3%	8,7%		
	Centro	N	124	15	139	
		%	89,2%	10,8%		
	Lisboa e Vale do Tejo	N	43	6	49	
		%	87,8%	12,2%		
	Alentejo	N	20	5	25	
		%	80,0%	20,0%		
Escolaridade	Algarve	N	26	4	30	0,742
		%	86,7%	13,3%		
	Ensino básico	N	12	2	14	
		%	85,7%	14,3%		
	Ensino secundário ou profissional	N	260	32	292	
		%	89,0%	11,0%		
	Licenciatura ou superior	N	213	22	235	
		%	90,6%	9,4%		
Coabitação	Família	N	406	35	441	0,681
		%	92,1%	7,9%		
	Outros	N	84	6	90	
		%	93,3%	6,7%		
Alojamento	Casa própria	N	37	4	41	0,707
		%	90,2%	9,8%		
	Casa arrendada	N	333	25	358	
		%	93,0%	7,0%		
	Quarto arrendado	N	116	9	125	
		%	92,8%	7,2%		
	Outros	N	12	2	14	
		%	85,7%	14,3%		
SNS	Sim	N	423	29	452	0,007
		%	93,6%	6,4%		
	Não	N	75	13	88	
		%	85,2%	14,8%		
Situação laboral	Desempregado	N	116	14	130	0,102
		%	89,2%	10,8%		
	Sem contrato de trabalho	N	68	2	70	
		%	97,1%	2,9%		
	Com contrato de trabalho	N	307	24	331	
		%	92,7%	7,3%		
	Trabalhador por conta própria	N	8	2	10	
		%	80,0%	20,0%		
Profissão em Portugal	Não qualificado	N	140	20	160	0,021
		%	87,5%	12,5%		
	Qualificado	N	247	13	260	
		%	95,0%	5,0%		
	Altamente qualificado	N	11	1	12	
		%	91,7%	8,3%		

(1) Teste do Qui-Quadrado

Nos sujeitos com patologia psiquiátrica predominam as queixas somáticas, seguidas de ansiedade e insónia, disfunção social e por último, depressão grave:

Tabela 5. Distribuição da amostra com patologia por subescalas do GHQ-28

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Queixas Somáticas	56	0,00	7,00	3,196	2,153
Ansiedade e insónia	56	0,00	5,00	1,768	1,727
Disfunção social	56	0,00	6,00	1,446	2,071
Depressão grave	56	0,00	6,00	1,125	1,706

3.3. Discussão de resultados

Relativamente à incidência de morbilidade psiquiátrica, 10,4% dos imigrantes inquiridos apresentava elevada probabilidade de patologia avaliada pelo ponto de corte do GHQ-28 (Tabela 2), com uma prevalência de queixas somáticas, ansiedade e insónia (Tabela 5).

Da análise estatística bivariada e multivariada foram identificados um conjunto significativo de fatores sociodemográficos que influenciam o *status* de saúde mental da população inquirida e a incidência de patologia psiquiátrica avaliado pelo GHQ-28 (Tabela 3 e Tabela 4).

Os dados obtidos permitiram identificar um conjunto de fatores que influenciam a saúde mental dos imigrantes inquiridos. Estes fatores, por uma questão de construção analítica, podem ser agrupados em três eixos fundamentais que a literatura tem classicamente relacionado com as condições de saúde em populações imigrantes: *características da sociedade de acolhimento; fatores pessoais e fatores inerentes ao processo migratório*.

Entre os *fatores estruturais da sociedade acolhimento* destacam-se a *região de residência e a acessibilidade ao serviço nacional de saúde*. A região de residência estava correlacionada, com significância estatística, quer com o nível global de saúde mental, quer com a incidência de morbilidade psiquiátrica (Tabela 3 e Tabela 4). Apesar de algumas variações entre as várias regiões do país, globalmente os dados apontam para uma maior vulnerabilidade dos imigrantes da Europa de Leste que residem na região do Alentejo.

A região do Alentejo tem sido referida pela literatura e na pesquisa epidemiológica como estando relacionada com piores indicadores de saúde mental na população portuguesa, nomeadamente como sendo a região do país com os piores índices de suicídio e depressão, particularmente na população com 65 anos ou mais. As várias teses explicativas destes dados epidemiológicos apontam para uma complexidade de explicações multifatoriais, onde se destacam os aspetos socioculturais (Saraiva *et al.*, 2004). O facto de imigrantes a residir em Portugal apresentarem igualmente maior vulnerabilidade psiquiátrica nesta região do país parece sugerir que fatores estruturais de desenvolvimento económico e condições específicas de desenvolvimento regional, como o isolamento, a desertificação, a pobreza, a densidade populacional, as poucas oportunidades de emprego, a baixa religiosidade, as redes de apoio social e de apoio em saúde, mais do que as especificidades culturais, podem explicar uma maior prevalência de patologia psiquiátrica. Esta possibilidade merece ser aprofundada em ulteriores pesquisas.

Neste estudo, a prévia utilização do Serviço Nacional de Saúde estava correlacionada, com significância estatística, com uma menor incidência de morbilidade psiquiátrica avaliada pelo ponto de corte do GHQ-28. Os imigrantes que nunca acederam ao serviço nacional de saúde português apresentam o dobro de patologia psiquiátrica relativamente aos sujeitos que já tinham acedido ao SNS (Tabela 4). Estes dados podem significar que uma maior acessibilidade aos recursos em saúde é um fator protetor da saúde mental em contextos migratórios. Podem também indiciar que os imigrantes com acentuado sofrimento psicológico e eventual patologia psiquiátrica têm mais dificuldade em aceder ao serviço nacional de saúde, devido a barreiras linguísticas, burocráticas e culturais

Relativamente a *fatores pessoais*, o sexo, a idade e a escolaridade, embora sem significado estatístico, são fatores com impacto na saúde mental neste grupo de imigrantes inquiridos. O nível de escolaridade é umas das características sociodemográficas que a literatura mais frequentemente reporta como estando associada a condições globais de saúde, nomeadamente de saúde mental. Desde logo porque a escolaridade é determinante do *status* socioeconómico, em que, níveis mais elevados de escolaridade correspondem, regra geral, a melhores condições socioeconómicas e a melhores condições de saúde. Índices mais elevados de escolaridade surgem associados a melhores níveis de saúde mental e menor vulnerabilidade ao *stress*, indiciando que, mesmo em condições em que o nível de escolaridade não se traduz num correspondente nível socioeconómico, um nível de escolaridade elevado continua a ser um importante fator protetor em termos de saúde mental, enquanto característica individual que permite articular um potencial de estratégias, recursos e mecanismos de *coping*.

Outro elemento pessoal que emergiu no nosso estudo como tendo impacto na saúde mental dos imigrantes foi a pertença a determinadas confissões religiosas. A *religião* articula-se de forma muito complexa com o *status* de saúde mental, particularmente em contextos migratórios, visto que os processos de integração sócio comunitária, ou a construção de estratégia identitárias em contextos de comparação micro e macro grupal podem estar associados a práticas religiosas ou a sistemas organizados de crenças.

Alguns estudos sociológicos e na área da psiquiatria transcultural, indicam que a pertença a certas crenças religiosas pode também moldar os esquemas mentais individuais e a própria estrutura da personalidade, existindo relação entre uma maior ou menor vulnerabilidade psiquiátrica e a pertença a determinadas crenças religiosas (Bastide, 1969). Assim, a pertença e expressão de determinadas práticas religiosas enquanto elemento cultural estruturante de mundividência e interação social pode ser um elemento protetor em termos de menor incidência de comportamentos como o alcoolismo, o consumo de drogas ou o suicídio, no sentido inverso, estar associado a níveis mais elevados de sofrimento psicológico, ansiedade e depressão.

A pertença a uma religião, a prática religiosa regular ou o contacto com organizações religiosas podem também ser um elemento de sociabilidade e de ativação de redes de apoio social o que podem ser especialmente relevante em contextos migratórios (Monteiro, 2009, b). Neste estudo observou-se que existia uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde mental e a variável religião, sendo os imigrantes católicos e os agnósticos quem apresentava pior *status* de saúde mental (Tabela 4).

De entre os **fatores relacionados com o processo migratório**, emergiram com especial relevância, o *tempo de permanência no país de acolhimento*, a *situação laboral*, e o *status socioprofissional*. Observou-se que existia uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde mental e a variável tempo de permanência em Portugal. Observou-se que os imigrantes residentes em Portugal entre 6 meses e um ano, e os que tinham chegado há mais

de cinco anos eram quem apresentava pior *status* de saúde mental e maior probabilidade de patologia psiquiátrica (Tabela 3 e Tabela 4).

Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa entre a Saúde Mental e a situação laboral, em que os imigrantes com contrato de trabalho apresentavam níveis superiores de saúde mental face aos imigrantes desempregados (Tabela 3).

Classicamente, o estatuto jurídico de desempregado tem sido associado a baixos níveis de saúde mental e /ou a maiores níveis de *stress*. Apesar de alguns dados contraditórios ou mesmo paradoxais, a generalidade da investigação empírica reportada pela literatura tende a apontar uma correlação positiva entre a situação de estar empregado e melhores níveis de saúde mental em indivíduos imigrantes. No entanto, nas populações imigrantes os fatores laborais não se restringem à situação da formalidade jurídica de existência ou não de contrato de trabalho regularizado, mas podem ter impactos mais complexos por resultarem de correlações multifatoriais. Não é apenas a situação jurídica de ter ou não um contrato de trabalho formal que condiciona diretamente os níveis de saúde mental, mas todo o conjunto do impacto que o desempenho de determinadas tarefas laborais tem na saúde do indivíduo, desde determinantes biológicos e psicossociais relacionados com a atividade laboral, passando pelo impacto que esta tem nos estilos de vida, padrões comportamentais e estatuto socioeconómico.

No nosso estudo as principais diferenças significativas identificadas são mais evidentes entre os imigrantes desempregados e os que têm uma relação laboral estável, com contrato de trabalho. Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa entre a Saúde Mental e a situação laboral, em que os imigrantes com contrato de trabalho apresentavam níveis superiores de saúde mental face aos imigrantes desempregados.

Situação que merece melhor investigação é o grupo dos imigrantes que se definiu como *trabalhadores por conta própria*, sem dependência jurídica ou funcional de outra entidade empregadora. Este conjunto de imigrantes, embora minoritário na nossa amostra, foi o que apresentou *scores* totais superiores de cotação no GHQ-28 (2.50, $p=0,011$) indiciando pior saúde mental (Tabela 3). Foi também o grupo que apresentou maior incidência de morbilidade psiquiátrica relativamente aos outros grupos, avaliada pelo ponto de corte do GHQ-28 (20,0%), embora neste caso sem existir uma correlação estatisticamente significativa (Tabela 4).

Esta situação parece indiciar uma maior fragilidade de imigrantes nestas circunstâncias, o que pode ser explicado eventualmente por maior *stress* laboral. Classicamente, a literatura sobre saúde ocupacional considera que ter atividades laborais de menor estatuto do que aquelas para a qual se está qualificado, é um risco potencial para a saúde mental (Aycan e Berry, 1996). Outros estudos sugerem que, os indivíduos que imigram podem vir a ter, nos países de acolhimento, níveis mais intensos de *stress* ocupacional ou mesmo situações de *burnout*, devido a condições específicas laborais que interferem com a saúde

4. Conclusões

Este estudo revela que embora os processos de transição em contextos migratórios possam estar associados a uma maior vulnerabilidade psicológica e impliquem uma dimensão pessoal de características estruturais de resiliência, de recursos da personalidade e estratégias de *coping*, estão também condicionados por aspetos macroestruturais da sociedade de acolhimento.

A identificação de alguns nexos de causalidade e de elementos preditores de patologia psiquiátrica ou de vulnerabilidade ao *stress*, pode contribuir para políticas mais globais e

estruturada sobre programas de acolhimento e promoção da saúde mental em populações imigrantes russófonas. Questões-chave como o reconhecimento de habilitações académicas e qualificações profissionais; a aprendizagem da língua portuguesa na vertente escrita; as questões da reunificação familiar, a acessibilidade ao serviço nacional de saúde e o tempo de permanência em Portugal, parecem ter especial relevância nesta população altamente qualificada, apesar das variações culturais e da sua diferenciação face à população portuguesa.

Os dados estudo permitem caracterizar o *status* global de saúde mental da população inquirida. Porém a existência de casos psiquiátricos nesta população não aparece ontologicamente associada à condição de imigrante, mas correlacionada com um conjunto diversificado de fatores complexos que se interpenetram. As análises estatísticas e as abordagens epidemiológica não esgotam as leituras possíveis de uma realidade complexa como a imigração, nem exauram sistematicamente as possibilidades interpretativas de sujeitos que se constroem em processos de transição.

O acolhimento de populações imigrantes altamente qualificadas do ponto de vista académico e científico mas também no domínio da arte, música e da cultura, como são, em geral os imigrantes da Europa de Leste pode ter um impacto extremamente positivo na sociedade portuguesa, não apenas do ponto de vista socioeconómico e demográfico, mas também sociocultural. Encontrar respostas concretas para as suas necessidades específicas de integração social mas também as necessidades específicas de saúde mental ultrapassa as fronteiras dos tradicionais sistemas de saúde locais e implica uma abordagem multissetorial.

Referências Bibliográficas

Almeida, Ana Paula (2011), “Migrantes somos todos - da estranheza do (des)encontro às identidades partilhadas”, *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 30 (2), 191-196.

Aycan, Zeynep; Berry, John W. (1996), “Impact of employment-related experiences on immigrants' psychological well-being and adaptation to Canada”, *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 28(3), 240-251.

Baganha, Maria Ioannis (2003), “The unforeseen wave: migration from Eastern Europe to Portugal”, in M. I. Baganha e M. L. Fonseca (eds.), *New Waves: Migration from Eastern to Southern Europe*. Lisboa: Luso American Foundation, 23-40.

Baganha, Maria Ioannis; Marques, José Carlos; Góis, Pedro (2006), “Trajectórias Migratórias: os imigrantes do Leste europeu”, in Nação e Estado: Entre o Global e o Local, 281 - 301. Porto: Afrontamento.

Bardin, Laurence (1977), *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bastide, Roger (1965), *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion.

Bhugra, Dinesh (2000), “Migration and schizophrenia”, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 407, 68-73.

Bhugra, Dinesh (2003), “Migration and depression”, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 418, 67-72.

Broman, Clifford (1996), “The health consequences of racial discrimination: A study of African Americans”, *Ethnicity and Disease*, 6 (1-2), 148-153.

Canino, Glorisa; Lewis-Fernandez, Roberto; Bravo, Milagros (1997), “Methodological challenges in cross-cultural mental health research”, *Transcultural Psychiatry Research Review*, 34, 163-184.

Castles, Stephen (2005), *Globalização, transnacionalismo e novos fluxos migratórios – dos trabalhadores convidados às migrações globais*. Lisboa: Fim de Século.

Cohen, Robin (2005), “Globalização, migração internacional e cosmopolitismo quotidiano”, in António Barreto (coord.), *Globalização e Migrações*. Lisboa: ICS, 25-43.

De Maio, Fernando (2010), “Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada”, *Journal of Equity on Health*, 9, 27.

Fonseca, Maria Lucinda; Esteves, Alinda; McGarrigle, Jennifer; Silva, Sandra (2007), Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: Uma perspectiva geográfica e política. *Imigração e Saúde* Lisboa: ACIDI, 27-52.

Goldberg, David; Hillier, V. F. (1979), “A scaled version of the General Health Questionnaire”, *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Held, David; McGrew, Anthony (eds.) (1999), *Global Transformations. Politics. Economics and Culture*. Cambridge: Polity Press.

Helman, Cecil (ed.) (2003), *Doctors and Patients: An Anthology*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Hill, Manuela Magalhães; Hill, Andrew (2000), *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

IOM - International Organization for Migration (2013), *World Migration Report 2013 – Migrant Well-being and Development*. Geneva: IOM.

IOM - International Organization for Migration. World Migration (2003), *Managing Migration - Challenges and responses for people on the move*. Geneva: IOM.

Jong, Kaz de; Van der Kam, Saskia; Ford, Nathan; Hargreaves, Sally; Van Oosten, Richard; Cunningham, Debbie; Boots, Gerry; Andrault, Elodie; Kleber, Rolf (2004), The trauma of Chechnya’s ongoing war on internally displaced people The Trauma of ongoing War in Chechnya. Quantitative assessment of living conditions, and psychosocial and general health status among war displaced in Chechnya and Ingushetia. *Conflict and Health* 2007, 1:4.

Juhász, Judit; Makara, Péter; Taller, Ágnes (2010), *Possibilities and limitations of comparative research on international migration and health. Promoting Comparative Quantitative Research in the Field of Migration and Integration in Europe (PROMINSTAT)*. Working Paper No. 09. Brussels: European Commission.

Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of London: California Press.

Kleinman, Arthur (1988a), *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.

Kleinman, Arthur (1988b), *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Monteiro, Ana Paula (2006), Imigração e saúde: imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal, *Referência*, 2 (10),9-20.

Monteiro, Ana Paula (2009a), *Imigração e Saúde Mental. Vulnerabilidade ao stress, percepção de suporte social e saúde mental em Imigrantes da Europa de Leste em Portugal*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. a)

Monteiro, Ana Paula (2009b), “Percepção de apoio social e saúde mental em contextos migratórios: imigrantes russófonos a residir em Portugal”, *Revista Referência*, 10, 35-46.

Monteiro, Ana Paula; Vaz Serra, Adriano (2011), “Vulnerability to Stress in Migratory Contexts: A Study with Eastern European Immigrants Residing in Portugal”, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13 (4), 690 - 696.

Monteiro, Ana Paula; Vaz Serra, Adriano (2013), “Psychometric properties of the Russian version of the stress vulnerability questionnaire - 23QVS (Serra, 2000), in a sample of 556 Russian-speaking immigrants in Portugal”, *European Psychiatry Journal*, 28, 1, 1.

OMS - Organização Mundial da Saúde (2001), *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding*. New Hope. Geneve: OMS.

OMS - Organização Mundial da Saúde (2013), *Mental Health Action Plan 2013-2020*.Geneve.OMS

OMS-Organização Mundial da Saúde (2004), *Report of the 7th Meeting of the European National Counterparts for the WHO Mental Health Programme*. Geneve: OMS.

ONU (2013), *International Migration Report 2013. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations*. New York: United Nations:

ONU (2014), *World Youth Report 2013. Youth Migration and Development*. Consultado a 20 de fevereiro de 2014, disponível em http://www.unworldyouthreport.org/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=29&Itemid=219.

Quartilho, Manuel José (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.

Rosa, Maria João (2005), *(Des)encontro entre as migrações internacionais (laborais) e qualificações (escolares): o caso dos europeus de Leste a residir em Portugal*. Lisboa: SociNova Migration/Universidade Nova de Lisboa.

Rosa, Maria João Valente; Seabra Hugo; Santos, Tiago (2004), *Contributos dos Imigrantes na Demografia Portuguesa. O Papel das Populações de Nacionalidade Estrangeira*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas -ACIME.

Saraiva, C. B. (2006), *Estudos sobre o Para-suicídio – O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Edição de Autor.