

MARIA MADALENA FERNANDES SEMEDO

**DEPRESSÃO, ESTRATÉGIAS DE COPING E
RESILIÊNCIA: ESTUDO TRANSCULTURAL COM
IMIGRANTES CABO-VERDIANOS E
BRASILEIROS**

Orientadora: Marina Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

MARIA MADALENA FERNANDES SEMEDO

**DEPRESSÃO, ESTRATÉGIAS DE COPING E
RESILIÊNCIA: ESTUDO TRANSCULTURAL COM
IMIGRANTES CABO-VERDIANOS E
BRASILEIROS**

Dissertação defendida em provas públicas para
Obtenção do 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde
conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias no dia 24 de Junho com o Despacho
Reitoral nº 204/2016 co a seguinte composição de Júri:

Presidente-Professor Doutor Américo Batista

Arguente- Professora Doutora Bárbara Nazaré

Orientadora: Professora Doutora Marina Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Eu queria deixar a minha terra, meus olhos só viam os horizontes distantes, os meus ouvidos só escutavam a doçura da emigração, o meu coração amava ver os envelopes vindos do estrangeiro com margens adornadas de vermelho e azul e um certo dia decidi partir.

Queria também ficar, mas entre esse ficar e partir existia um vazio e uma incerteza, uma incerteza de sucesso, uma alma vazia de esperança, e um certo dia resolvi partir.

Domingos Silva

A DEUS pela saúde, fé e perseverança para vencer os obstáculos.

Agradecimentos

De uma forma geral, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente me acompanharam neste percurso académico.

Às minhas professoras pela orientação, motivação, compreensão e transmissão de conhecimentos ao longo deste percurso académico.

Um especial obrigado aos participantes que contribuíram para a realização deste estudo, uma vez que sem a sua colaboração não seria possível a concretização desta dissertação.

À minha família, pelo apoio e motivação. Especialmente aos meus pais e às minhas irmãs, que mesmo distantes fizeram com que eu sentisse o seu apoio da mesma maneira como se estivessem em Portugal.

Às minhas colegas de curso que sempre me apoiaram e deram muita força nesta caminhada, a Sara Rosado, a Sandra Jesus, a Sónia Silva, a Ana Catarina, a Catarina Mourinho, a Paula Fernandes, a Mariana Correia, a Esmeralda e a Patrícia Boiças.

E por fim, um especial agradecimento aos meus amigos, Victor Mendes, Natalino Andrade, Eveline Semedo, Vladimir Silves, Marcelina Brito, Teresa Brito, Eunice Leal, Eunice Sanches, Vanise Leal e Silvino Borges que nos momentos de angústia e ansiedade, estiveram sempre disponíveis para me ouvir e dar força.

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a depressão, as estratégias de coping e a resiliência em imigrantes Cabo-Verdianos e Brasileiros. A amostra foi constituída por 100 participantes, 50 imigrantes Cabo-Verdianos e 50 Brasileiros, 50 do género feminino e 50 do género masculino que preencheram um protocolo de autoavaliação composta pelo, Beck Depression Inventory (BDI-I, Beck et al, 1961; adaptada por Adriano Vaz Serra, 1973), a Brief COPE (Brief COPE; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; versão Portuguesa Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) e a Resilience Scale (Wagnild, & Young, 1993; versão Portuguesa Carvalho & Leal, 2012).

Os resultados demonstraram que a elevada depressão esteve relacionada com menos utilização de estratégias de coping e menos nível de resiliência, tal como seria esperado. Na comparação entre os grupos para a utilização de estratégias de coping, os resultados evidenciaram que os imigrantes Brasileiros utilizam mais estratégias de coping do que os imigrantes Cabo-Verdianos. Relativamente aos indícios de sintomatologia depressiva, a maioria dos imigrantes apresentam ausência de sintomatologia depressiva.

Os resultados obtidos foram analisados com base na literatura.

Palavras-Chave: Depressão, Estratégias de Coping, Resiliência.

Abstract

This study aimed to analyze the relationship between depression, coping strategies and resilience in Cape Verdean and Brazilian immigrants. The sample consisted of 100 participants, 50 immigrants Cape Verdean and 50 Brazilians, 50 female and 50 male gender who completed a self-assessment protocol consists of the Beck Depression Inventory (BDI-I, Beck et al, 1961; adapted by Adriano Vaz Serra, 1973), the Brief COPE (Brief COPE, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; English version Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) and the Resilience Scale (Wagnild, & Young, 1993; English version Carvalho & Leal, 2012).

The results demonstrated that the high depression was associated with less use of coping strategies and less resiliency level, as would be expected. Comparing the groups for the use of coping strategies, the results showed that Brazilian immigrants use more coping strategies than the Cape Verdean immigrants. With regard to depressive symptomatology of evidence, most immigrants present absence of depressive symptoms.

The results were analyzed based on the literature.

Key-Words: Depression, Coping Strategies, Resilience

Lista de Sigla e Símbolos

% - Percentagem

ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

BDI- Beck Depression Inventory

CLAII - Centro Local de Apoio ao Imigrante

CNAI - Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante

DP - Desvio Padrão

DSM - Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais

GAEI - Gabinete de Apoio Especializado ao Imigrante

M - Média

p - Significância

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SEF- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

t - t de Student

WHO - World Health Organization

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Fatores Psicológicos Associados à Adaptação à Imigração em Portugal.....	3
1. Imigração em Portugal.....	4
1.1. Historial da Imigração Brasileira e Cabo-Verdiana para Portugal	8
2. Reações Emocionais no Contexto da Imigração	12
2.1. Depressão: Fatores de Risco e Sintomas	12
2.2. Depressão e Imigração.....	14
3. Fatores Protetores: Estratégias de Coping e Resiliência	16
Capítulo II - Relevância do Estudo, Objetivos e Hipóteses	20
2.1. Relevância do Estudo	21
2.2. Objetivos.....	22
2.3. Hipóteses	22
Capítulo III- Método	23
3.1. Participantes	24
3.2. Instrumentos	28
3.2.1. Beck Depression Inventory (BDI- I, Beck et al, 1961)	28
3.2.2. Brief COPE (Brief COPE; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).....	29
3.2.3. Resilience Scale (Wagnild, & Young, 1993).	30
3.3. Procedimento	30
Capítulo IV - Resultados.....	32

4.1.1. Análises Descritivas	33
4.1.2. Correlações entre Dimensões	34
4.1.3. Diferenças entre Nacionalidades	36
Capítulo V - Discussão dos Resultados	38
5.1. Interpretação dos Resultados	39
5.2. Limitações	41
5.3. Sugestões para Estudos Futuros	41
5.4. Implicações Clínicas.....	42
Conclusão	43
Bibliografia.....	45
Anexos.....	50
Anexos I - Pedido de Consentimento Informado	51
Anexos II - Protocolo de Investigação	52

Índice das Tabelas

Tabela 1. Evolução da População Imigrante Residente em Portugal.	5
Tabela 2. Resultados descritivos para a escala de estratégias de coping e depressão	34
Tabela 3. Associação entre depressão, estratégias de coping e resiliência nos emigrantes Cabo-verdianos e Brasileiros.....	35
Tabela 4. Mostra diferença entre nacionalidades relacionadas com as estratégias de coping..	36

Índice de Figuras

Figura 1. Principais nacionalidades residentes em Portugal	6
Figura 2. Sexo / Nacionalidade.....	24
Figura 3. Composição do Agregado Familiar	25
Figura 4. Motivo de Imigração	25
Figura 5. Situação Profissional.....	26
Figura 6. Situação de Legalidade no País.....	27
Figura 7. Intenção de Regressar para o País de Origem.....	27
Figura 8. Intenção de regressar sexo / nacionalidade	28

Introdução

Os fluxos migratórios têm vindo a crescer em todo o mundo. Alguns estudos têm procurado compreender as implicações psicológicas, religiosas, económicas e demográficas implicadas neste processo, em que o indivíduo sente necessidade de procurar novos caminhos de um mundo desconhecido dentro ou fora do seu próprio país. Neste contexto, a imigração refere-se a um fenómeno espontâneo em que a pessoa deixa o seu local de residência para se estabelecer em país ou região diferente do local de origem. Esta experiência pode ser um processo marcante para a vida do indivíduo. O contacto com uma nova cultura e a necessidade de reafirmar a sua identidade nem sempre acaba por resultar em experiências positivas e construtoras, pelo que o seu impacto pode ser potenciador do surgimento de estados depressivos.

O processo migratório constitui, na sua essência, um ato de mudança a diversos níveis. De acordo com alguns autores, constitui-se num agente de risco, quando relacionado com o fator perda, pela, privação da família, dos amigos, da língua materna, da cultura, da casa, da posição social e do contacto com o grupo étnico. Estas privações, por vezes, são vivenciadas como um luto e são frequentemente acompanhadas por uma maior vulnerabilidade a perturbações emocionais, tendo o indivíduo que procurar estratégias para lidar com a situação (Caballo et al.,1998, Jansa, 2004).

Além destas perdas, algumas das fragilidades dos imigrantes estão também relacionadas com a experiência da imigração, especialmente ligada a condições socioeconómicas mais precárias, tais como, marginalização, ilegalidade no país, falta de apoios sociais adequados e barreiras linguísticas.

A depressão pode surgir no decurso desse intenso processo de perdas e ser agravada por sentimentos de solidão e isolamento, principalmente quando envolve migrações forçadas por situações dramáticas.

Contudo, o ato de migrar não envolve somente uma mudança espacial, implica um processo de mudanças externas e internas e uma experiência de perda e rutura que, por vezes, é vivenciada pelo indivíduo de forma traumática, consoante os seus recursos psicológicos e sociais no país de acolhimento (Ramos, 2006). Quando o indivíduo aceita encarar estas perdas de forma positiva, passará a sentir-se parte integrante da nova cultura, sem, no entanto, ter que renunciar à cultura de origem.

Encontrando-se o processo migratório envolvido em várias questões que podem expor o indivíduo a um estado de desorganização interna e externa, ou seja, a uma situação de crise que pode desencadear uma perturbação depressiva, e por se tratar de um tema pouco estudado em Portugal, considera-se pertinente estudar esta temática.

A escolha desta população deveu-se ao facto de ser um grupo cultural mais representativo de imigração em Portugal, segundo os dados referidos pelo Serviço de Estrangeiros Fronteiras (SEF) e também por se tratar de uma população imigrante que sempre teve um historial partilhado com a cultura Portuguesa e que, até à atualidade, mantém uma boa ligação.

Este trabalho poderá ser mais um contributo para uma melhor reflexão na sociedade Portuguesa sobre as questões da imigração e um ponto de partida para uma melhor compreensão das dificuldades pelas quais passam os imigrantes que escolhem Portugal como um país de acolhimento.

Neste sentido, a proposta deste trabalho foi analisar a relação que existe entre a depressão, as estratégias de coping e a resiliência nos imigrantes Cabo-Verdianos e Brasileiros, dado que a literatura aponta que a sintomatologia depressiva esteja associada a uma menor utilização de estratégias de coping e um menor nível de resiliência.

O presente estudo é composto por cinco capítulos. O primeiro capítulo é constituído pelos fatores psicológicos associados à adaptação, à imigração em Portugal fazendo uma breve contextualização histórica da imigração em Portugal e o historial da imigração Brasileira e Cabo-Verdiana em Portugal. De seguida, são abordados os fatores emocionais no contexto da imigração, em particular a depressão, os seus sintomas, fatores de riscos e fatores protetores. No segundo capítulo são formulados os objetivos e hipóteses. O terceiro capítulo apresenta o método da investigação onde é realizada a caracterização da amostra, das medidas e dos procedimentos utilizados. O quarto capítulo mostra os resultados obtidos na investigação. Por fim, no quinto capítulo são discutidos os resultados bem como algumas limitações, e implicações futuras do presente estudo.

No que concerne à formatação foram utilizadas as normas para elaboração e apresentação de teses e dissertações da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Judite Primo & Diogo Mateus, 2008).

Capítulo I - Fatores Psicológicos Associados à Adaptação à Imigração em Portugal

1. Imigração em Portugal

Na história da humanidade sempre existiram deslocações de pessoas ou grupos dentro dos países e para fora destes, atingindo todos os continentes, géneros, classes sociais e gerações. As problemáticas relacionadas com a saúde, qualidade de vida, direitos humanos e cidadania das populações imigrantes estão no centro das preocupações dos países da União Europeia, nomeadamente Portugal.

Durante vários anos, Portugal tem sido um país de emigração. A partir dos anos oitenta e noventa, os fluxos migratórios sofreram grandes alterações e passou a ser um país de imigração (Peixoto, 2004), havendo um aumento significativo de imigrantes a residir no país que tem sido o ponto de chegada de milhares de imigrantes oriundos das mais diversas origens geográficas, nomeadamente dos países dos PALOP, da Europa de Leste e do Brasil. As razões para estas deslocações são muitas, como as condições políticas desfavoráveis, perseguição religiosa, saúde, falta de condições económicas ou, ainda, por simples aventura de viajar.

Devido ao aumento da taxa imigratória em 2007, foi publicada uma Lei (n.º 23/2007) que define as condições de saída, permanência, entrada e afastamento de estrangeiros em Portugal criando algumas medidas como a criação de um título único que autoriza a entrada no país para a fixação de residência, alargamento no regime de concessão de autorizações de residência com dispensa de visto e facilitação no reagrupamento familiar com membros da família que se encontrem em Portugal.

Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, (2014), registraram mudanças significativas no número de imigrantes a residir em Portugal. Atualmente esta população é constituída por cerca de 395.195 cidadãos com título de residência válido, contabilizando autorizações de residência, autorizações de permanência e vistos de longa duração. Em comparação com o ano de 2013, houve uma diminuição significativa nesta população era constituído por acerca de 401.320. De acordo com o SEF os principais fatores que estão na base desta diminuição são a aquisição da nacionalidade portuguesa, a alteração de fluxos migratórios e o impacto da atual crise económica no mercado laboral.

Tabela 1. Evolução da População Imigrante Residente em Portugal.

Ano	Títulos de Residência	Concessão e Prorrogação de AP's	Prorrogação de Visto de Longa Duração	Total	Variação (%)
1980	50.750			50.750	
1981	54.414			54.414	7.22%
1982	58.667			58.667	7.82%
1983	67.485			67.485	15.03%
1984	73.365			73.365	8.71%
1985	79.594			79.594	8.49%
1986	86.778			86.982	9.28%
1987	89.778			89.778	3.21%
1988	94.694			94.694	5.48%
1989	101.011			101.011	6.67%
1990	107.767			107.767	6.69%
1991	113.978			113.978	5.76%
1992	123.612			123.612	8.45%
1993	136.932			136.932	10.78%
1994	157.073			157.073	14.71%
1995	168.316			168.316	7.16%
1996	172.912			172.912	2.73%
1997	175.263			175.263	1.36%
1998	178.137			178.137	1.64%
1999	191.143			191.143	7.30%
2000	207.58			207.587	8.60%
2001	223.997	126.901		350.898	69.04%
2002	238.929	174.558		413.487	17.84%
2003	249.995	183.655		433.650	4.88%
2004	263.322	183.833		447.155	3.11%
2005	274.631	93.391	46.637	414.659	-7.27%
2006	332.137	32.661	55.391	420.189	1.33%
2007	401.612	5.741	28.383	435.736	3.70%
2008	436.020		4.257	440.277	1.04%
2009	451.742		2.449	454.191	3.16%
2010	443.005		2.207	445.262	-1.97%
2011	434.708		2.114	436.822	-1.90%
2012	414.610		2.432	417.042	-4.53%
2013	398.268		3.052	401.320	-3.77%
2014	390.113		5.082	395.195	-1.53%

Fonte: SEF -Relatório de Imigração e Fronteiras e Asilo, 2014.

A figura 1 mostra as principais nacionalidades residentes em Portugal

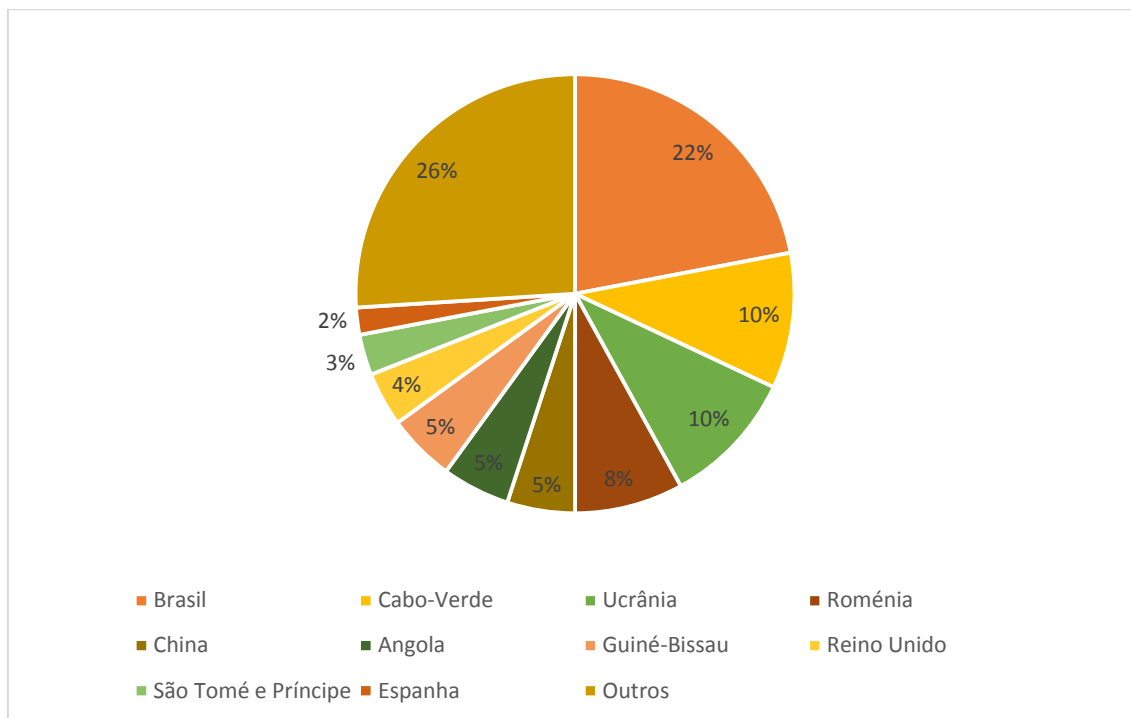


Figura 1. Principais nacionalidades residentes em Portugal

Fonte: SEF- Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo, 2014.

Segundo estes dados pode-se verificar que a nacionalidade mais representativa em Portugal é a nacionalidade Brasileira, Cabo Verdiana e a nacionalidade Ucraniana.

De acordo com Malgesini e Giménez (1997), o ato de emigrar engloba um conjunto de causas e intervenientes que influenciam o processo decisório. Segundo estes autores, o ato de emigrar consiste em deixar o país de origem para residir temporária ou permanentemente num país diferente. Esta mudança engloba um conjunto de razões que coloca decisão não só como uma escolha individual mas também familiar e social, podendo estar condicionado pelo contexto económico e político do país de origem.

Existem duas teorias sobre as migrações, que se denominam por Micro-Sociológicas e Macro-Sociológica, que debruçam os seus estudos de uma forma mais aprofundada sobre esta decisão e, por isso, torna-se pertinente compreender estas teorias sobre este fenómeno.

Estas teorias diferem uma da outra através dos motivos e da tomada de decisão para emigração, esta decisão está relacionada com a escolha individual e com as forças sociais estruturantes (Peixote, 2008).

A teoria Micro-Sociológicas dá ênfase ao papel do indivíduo, refere que a decisão de emigrar depende do próprio indivíduo e da sua tomada de decisão pelo que este apresenta a perceção dos seus possíveis vantagens e desvantagens. Segundo Peixoto (2004), a teoria Micro-Sociológicas apresentam três modelos fundamentais: Modelo de *Push-Pull*, Modelo do Capital Humano e Modelo do Ciclo de Vida e da Trajetória Social.

O primeiro Modelo do *Push-Pull* defende que a decisão de imigrar é condicionada pelos fatores de atração no local de destino e pela repulsão no local de origem, faz a conjugação entre os aspetos positivos do país de destino e as vivências negativas no país de origem pelo que o indivíduo tendo estas informações consegue tomar uma melhor decisão da sua partida. O Modelo do Capital Humano considera que a decisão de migração deve ser vista como noção de investimento que implica custo e benefício mas também pode ser recompensado pelo que deve ter em consideração ao médio e longo prazo; isto quer dizer que os custos podem ser maiores mas também são compensados ao longo prazo (Peixoto, 2004). O último Modelo é o Ciclo de Vida e a Trajetória Social apresenta uma perspetiva mais diretamente sociológica do estudo micro das migrações apresentando uma natureza, biográfica, tem como principal objetivo estudar a influência do indivíduo no ciclo de vida (Peixoto, 2004).

A teoria Macro-sociologicas refere que existem forças coletivas ou estruturantes que condicionam estas decisões de imigrar, tais como fatores, geográfico, económico e demográfico (Brigadeiro,2006). Neste sentido esta teoria define 3 tipos, o mercado de trabalho segmentado e a economia informal, a estruturas espaciais, sistemas mundo e sistemas migratórios e a teoria das instituições, redes migratórias, laços étnicos e sociais.

A teoria do Mercado de Trabalho Segmentado e a Economia Informal dá ênfase a aspetos coletivos que condicionam o fluxo migratório. E define dois tipos de segmentos, o mercado primário que é responsável pelo emprego que apresenta um maior estabilidade de trabalho, salários e melhores proteção social e o mercado secundário que apresenta trabalho de baixas qualificações, salários baixos e por vezes ausência de proteção social (Peixoto, 2004).

A teoria Estrutura Espacial, Sistema-Mundos e Sistema Migratório considera que existem fatores de atração específicos que levam às migrações internacionais nomeadamente, os mercados informais, e que a relação entre a economia e a geografia, é resultado da mobilidade migratório. A teoria da Instituição, Redes Migratórias e Laços Étnicos e Sociais, é mais sociológica de todas, dá uma especial atenção ao papel das instituições no processo migratório (Peixoto, 2004) nomeadamente, as organizações empregadoras, agências de emprego,

associações de apoio a migrantes, entidades financeiras, entre outros. Quando um grupo de indivíduos decide imigrar, as entidades ficam com responsabilidades neste âmbito.

Devido a algumas dificuldades de integração e adaptação que os imigrantes enfrentam ao chegarem a Portugal, em 2004 foram criados Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAI) na região de Lisboa, Porto e Faro que têm como principal objetivo ajudar o imigrante a ultrapassar as barreiras na sua integração. Um outro serviço prestado pelo CNAI é a linha SOS imigrante, que tem como objetivo transmitir informação sobre as problemáticas da imigração (ACIDI, 2004).

Para além do CNAI, foram criadas também a rede dos CLAI (Centro Local de Apoio ao Imigrante) que se encontra distribuída por todo o País e que tem como missão dar respostas às necessidades dos imigrantes a nível local, prestar apoio e informação geral em diversas áreas, tais como regularização de documentos, nacionalidade, reagrupamento familiar, habitação, retorno voluntário, trabalho, saúde, educação e entre outros. Ainda existe uma outra rede, a GAEI (Gabinete de Apoio Especializado ao Imigrante), que tem como objetivo apoiar os imigrantes em diferentes áreas especializada, tais como jurídica, social, psicológica, saúde e emprego (ACIDI, 2004).

Estas associações desempenham um papel fundamental no acolhimento e integração dos imigrantes ajudando estes na sua aculturação. Estas associações apresentam cinco funções fundamentais, ajudam a vencer o isolamento social, afirmam os valores e as crenças do grupo, oferece apoio assistencial aos membros do grupo, atuam na defesa dos interesses do grupo e na resolução dos problemas e permitem a prática de aspetos ou atitudes da sociedade de acolhimento num ambiente étnico, funcionando de certo modo como escolas de treino para a futura participação na nova sociedade onde estão inseridos (John Rex apud Moren-Alegret, 2002; Schrover, 2003; cit. por Pires, 2004, p.8).

1.1. Historial da Imigração Brasileira e Cabo-Verdiana para Portugal

Nos anos 80, com a situação da crise económica no Brasil, houve uma grande diminuição de oportunidade de emprego, que fez com que muitas pessoas sentissem a necessidade de imigrar para Portugal e para outros países, à procura de melhores condições de vida (Solimano & Pollack, 2004).

Viana (2003) apresenta algumas razões pelas quais os imigrantes Brasileiros escolheram Portugal para imigrar tais como, a facilidade em dominar a língua, diversos acordos existentes entre os dois Países, a facilidade de obtenção da nacionalidade Portuguesa através do laço

familiar, os investimentos de empresas Brasileiras em Portugal e vice-versa, ideias concretizadas de que com a entrada em Portugal podia ser de fácil acesso imigração para outros Países da Europa e o crescente laço existente entre os dois Países.

A imigração Brasileira para Portugal aconteceu em 2 momentos diferentes, o primeiro entre meados dos anos 80 e finais de anos 90 e o segundo após o ano de 1999. No primeiro momento predominaram as entradas de profissionais qualificados para Portugal que trabalharam em diversas áreas e ocuparam um cargo muito elevado. O segundo momento sofreu uma ligeira diferença, porque esta imigração incluiu imigrantes mais novos e indivíduos vindos de classe social mais baixa da sociedade Brasileira com baixas qualificações (Malheiros, 2007).

Segundo Fonseca, (2005) uma grande percentagem de imigrantes Brasileiros tem amigos ou familiares residentes em Portugal o que reforça as redes migratórias e dá sustentabilidade à manutenção dos fluxos migratórios. (Fonseca, Ormond, Malheiros, Patrício & Martins, 2005).

Malheiros (2007) refere outras razões que enquadram a imigração Brasileira para Portugal são os acordos bilaterais quanto a circulação de mão-de-obra e ao acesso a direitos a nacionalidade Portuguesa.

De acordo com Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2014), encontram-se a residir em Portugal 87.493 imigrantes Brasileiros, sendo que 33.956 são do sexo masculino e 53.537 do sexo feminino, constituindo a maior comunidade de imigrantes residentes em Portugal. A maioria reside na região de Lisboa e 7.993, residem na região do Algarve.

A imigração Cabo Verdiana para Portugal iniciou-se no século XVI, e persistiu ao longo de vários séculos. Esta imigração ocorreu em 3 fases distintas, antes da independência de Cabo Verde, após independência e a fase da imigração laboral (Góis, 2008).

Na primeira fase a maioria dos imigrantes foram contratados para trabalhar no sector da construção civil e nas obras públicas onde existia carência de mão-de-obra (a maioria destes imigrantes eram homens solteiros ou casados que deixaram famílias em Cabo Verde) e na altura devido à situação económica desfavorável viviam nas barracas que as empresas da construção civil construíram no próprio local da construção. A maioria destes imigrantes concentravam na região de Lisboa. Além de Lisboa estes também escolheram a região sul o Algarve para residirem devido ao crescimento das atividades turística na época que proporcionou um aumento do emprego nomeadamente na construção civil e obras públicas.

A segunda fase da imigração coincidiu com a independência de Cabo-Verde e das outras colónias Portuguesas em África ocorreu com o repatriamento de Cabo-Verdianos que na sua

maioria já tinham adquirido a nacionalidade Portuguesa e concentrava-se na cidade de Lisboa, mas no entanto muitos destes cabo-verdianos não regressaram, alguns vieram novamente para Portugal e os outros aproveitaram a nacionalidade Portuguesa para imigraram para EUA, Brasil França, Holanda, entre outros países.

Segundo Góis (2008), em termos laborais foram considerados nesta época dois tipos de segmentos, os retornados/repatriados Cabo-Verdianos desqualificados com baixos níveis de escolaridade que trabalhavam nas limpezas empregadas domésticas e nas vendas ambulantes, e os retornados / repatriados Cabo-Verdianos mais qualificados que foram integrados na função pública portuguesa. Por fim, a terceira fase iniciou nos anos 80 em que os imigrantes regressaram para Portugal como trabalhadores na sua maioria desqualificado, houve novamente um retorno da migração laboral que tinha sido suspenso com a independência de Cabo Verde (Góis, 2008).

A partir dos anos 80, estes imigrantes foram designados em cinco tipos de imigrantes. O primeiro tipo são os imigrantes convidados que entraram em Portugal antes de 1974, estes tinham alguns direitos como usufruir ou não a nacionalidade Portuguesa. O segundo tipo eram designados imigrantes retornados/repatriados Cabo-Verdianos, estes foram imigrantes repatriados, e também podiam usufruir dos mesmos direitos do que os primeiros migrantes. Quanto ao terceiro tipo são chamados de imigrantes laborais Cabo-Verdianos, vieram para Portugal como trabalhadores desqualificados, e possuem nacionalidade Cabo-Verdiana e alguns podem adquirir nacionalidade Portuguesa. O quarto foi identificado como imigrantes estudantes, são constituídos por indivíduos que vieram para Portugal para frequentar ensino superior e permanecem por mais tempo. O último grupo é considerado por imigrantes descendentes de Cabo-verdianos estes são descendentes dos outros tipos de imigrantes que podem ou não possuir nacionalidade Portuguesa (Góis, 2008).

As principais causas da emigração cabo-verdiana foram as faltas de recursos naturais, a escassez de chuva que provoca a falta artigos de primeira necessidade, a fraca competitividade industrial, baixo salário, desemprego, fome, até a mera ilusão de viajar. (Góis, 2002).

De acordo com Malheiros (2005), o aumento progressivo dos imigrantes oriundos de Brasil e PALOP foi incentivado pelas necessidades do mercado de trabalho português nomeadamente nas áreas que não necessitam de mãos de obra qualificada e na área da construção civil.

Segundo SEF (2014), encontra-se a residir 40.912 imigrantes Cabo-Verdianos em Portugal, 19.095 homens e 21.817 mulheres, sendo que 2.240 reside-se na zona do Algarve e a maioria concentra-se na área de Lisboa.

Estes imigrantes muitas vezes submetem-se a condições hostis e discriminatórias, que põem em causa o seu estado de saúde físico e mental.

Para uma melhor compreensão do impacto da imigração na saúde mental, é fundamental perceber os fatores que influenciam o estado de saúde mental desta população, quais as estratégias psicológicas utilizadas face ao problema e qual o impacto de tudo isto na sua saúde mental (Bhugra, 2004).

2. Reações Emocionais no Contexto da Imigração

2.1. Depressão: Fatores de Risco e Sintomas

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2003), a saúde é definida como um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas competências, sendo capaz de lidar com o stress da vida do dia-a-dia.

A saúde mental é um recurso principal para a qualidade de vida e percorre transversalmente toda a existência humana. A boa saúde mental está associada a um bom funcionamento global satisfatório da pessoa, de acordo com o contexto sociocultural de inserção, a concomitante vivência adequada das emoções, a capacidade de perceber e de compreender a realidade, e uma energia psíquica e motivação para viver com a capacidade para realizar os projetos pessoais e resiliência face às dificuldades da vida.

A depressão caracteriza-se pela presença de um conjunto de manifestações comportamentais, cognitivas, emocionais, motivacionais e somáticas (Sadock & Sadock, 2004) que interferem no equilíbrio emocional do indivíduo afetando a sua qualidade de vida (Rucan, Hategan, Barbat, & Alexiu, 2010).

Segundo Furlanetto e Fráguas (2006), referem que durante o ciclo da vida, uma em cada vinte pessoas apresentam um episódio de depressão moderado ou grave e em cada cinquenta diagnósticos realizados uma necessita de internamento e 15% dos pacientes diagnosticados com depressão grave cometem suicídio.

De acordo com o Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais (DSM-5, 2013), um indivíduo apresenta episódios depressivos quando tem os seguintes sintomas: aumento ou diminuição do apetite; insónia ou hipersónia; dificuldade de concentração, sentimento de desesperança, baixa autoestima, fadiga ou perda de energia e sentimento de desvalorização. Estes sintomas persistem e causam um mal-estar significativo no funcionamento social, ocupacional e nas outras áreas importantes da vida do indivíduo, não estando relacionados com efeitos fisiológicos de medicamentos. Estas perturbações depressivas incluem um conjunto de perturbações como a perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva de major, perturbação depressiva persistente, perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. Estas perturbações apresentam algumas características idênticas que são a tristeza, o humor irritável, acompanhadas de alterações somáticas e cognitivas, que interferem de forma negativamente na vida do

indivíduo. Uma das características que distinguem estas perturbações umas das outras é a sua duração e a etologia.

As suas características acabam por se refletir no relacionamento interpessoal, nomeadamente na estrutura familiar, causando muitas vezes situações de conflito e incompreensão, tendo consequências económicas, a nível individual e social, causando um grande sofrimento psíquico (Vaz Serra, 2003).

Esta sintomatologia intervém significativamente com as formas de sentir, pensar e agir. Quando o nível de depressão é elevado, além de persistirem estes sintomas, e de uma forma mais intensa, podem ainda estar acompanhados de alguns sinais nomeadamente, planos ou tentativa de suicídio, rejeição de alimentação, ideias delirantes, entre outros fatores (Wilkinson et al., 2005).

Alguns fatores de risco que podem estar envolvidos na sintomatologia da depressão têm a ver com as mudanças repentinas, que podem acontecer na vida do indivíduo, tais como desemprego, divórcio, mudança de país, baixa auto estima, padrões negativos de pensamento acerca de si, personalidade obsessiva, algumas experiências negativas na infância, entre outros fatores (Robertson et al., 2003).

Quando a depressão não é tratada pode resultar em consequências negativas provocando outras doenças ou até a morte.

De forma a compreender melhor a sintomatologia depressiva, existem alguns modelos explicativos, nomeadamente, o Modelo Cognitivo da Depressão de Beck que tem como principal objetivo compreender se as emoções e o comportamento do indivíduo são o resultado da forma como ele estrutura o mundo (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Bylsma et al., 2008; Kuyken et al., 2007). Com base neste modelo Beck, centra em três conceitos básicos que explicam os obstáculos psicológicos da depressão. A tríade cognitiva que corresponde a pensamentos negativos de si mesmo, das suas interações com o ambiente e com o futuro, o esquema ou crenças centrais que consistem nos padrões cognitivos que estão por base na irregularidade das interpretações de um conjunto específico de situações e podem permanecer por muito tempo manifestando mediante estímulos ambientais e, por fim, os pensamentos automáticos que correspondem aos erros sistemáticos no pensamento da pessoas deprimida, a perceção da pessoa relativamente aos acontecimentos tornam-se enviesados pelo que consegue apenas recordar acontecimentos negativos (Moore & Garland, 2003).

Segundo o modelo de Beck os sintomas depressivos estariam em funções das interpretações distorcidas dos eventos quotidianos causadas por esquemas cognitivos

disfuncionais. Beck caracteriza-se depressão como uma distorção cognitiva, em que o pensamento do indivíduo deprimido sofre uma alteração na forma como ele encara a realidade, (Beck et. al., 1997).

2.2. Depressão e Imigração

Independentemente das razões que levam à deslocação de indivíduos para um espaço distante do seu território de origem, o processo de adaptação ao novo contexto social e cultural é essencial nos primeiros tempos de fixação (Albuquerque, 2000). Esta adaptação é, muitas das vezes, encarada como hostil, tendo o indivíduo que ultrapassar esta nova fase, desenvolvendo estratégias que lhe permitam resolver as dificuldades relacionadas com a condição de imigrante (Ramos, 2008). De acordo com alguns autores, esta mudança espacial e temporal experienciada pelos imigrantes pode provocar implicações físicas, psicológicas, sociais e culturais que podem afetar a saúde física e mental (Dias, 2007; Ramos, 2006). Porém, a adaptação depende também da característica da personalidade, assim como outros fatores ambientais tais, apoios especializados e suporte social (Brooks & DuBois, 1995).

Os migrantes não ultrapassam apenas fronteiras geográficas, mas também culturais, socioeconómicas e interpessoais, quando abandonam o seu meio ambiente familiar e social, para se confrontarem com um local desconhecido e uma sociedade com diferentes valores, perceções e tradições.

São diversos fatores que levam os indivíduos a se deslocarem para países e culturas distintas das suas. As deslocações podem ser potenciadas por várias razões tais como a procura de novas oportunidades de trabalho, a desigualdade social no país de origem procura de mão-de-obra pelos países de acolhimento, melhores condições de saúde, insegurança, motivos académicos, entre outros fatores (Neves & Rocha Trindade, 2008). Alguns estudos mostram que a imigração pode também ter um efeito negativo na saúde mental dos imigrantes, pelo facto de os imigrantes se encontrarem em maior vulnerabilidade de vir a sofrer de doenças do foro mental, nomeadamente depressão, esquizofrenia e stress pós-traumático, devido a diversos fatores de stress durante o processo migratório (Carta et al., 2005; Pumariega et al., 2005; Keyes, 2000; Fox et al., 2001; Hermansson et al., 2002; Maddern, 2004; Mollica et al., 2001; Steel e Silove, 2001).

Bhugra (2004) defende que há uma eventualidade dos migrantes terem uma maior probabilidade de sofrerem de depressão devido à perda que poderão ter sofrido neste processo de imigração.

Um estudo desenvolvido por Magalhães (2007) sobre a subjetividade, identidade e memória, com 40 imigrantes Brasileiros, permitiu concluir que, a depressão apresenta efeitos nocivos no processo migratório, sendo decorrente da solidão, do stress e da insegurança quanto ao futuro e da decepção com o país de acolhimento.

Espinosa e colaboradores (1989), descrevem os imigrantes como um grupo especialmente vulnerável em termos da saúde, devido a fatores como a dificuldade na inserção social, níveis económicos e socioculturais baixos, barreiras linguísticas e o desconhecimento de hábitos e costumes do país de acolhimento.

Um estudo desenvolvido por Moreira (2007) numa amostra constituída por 100 Brasileiros residentes em Lisboa, com idades entre os 20 e 30 anos e residentes em Portugal há 4 e 5 anos, concluiu que a associação dos sujeitos relacionadas com a facto de ser imigrante, tinha a ver com a experiência difícil da adaptação, que provoca muito sofrimento, e o motivo do porque imigraram esta relacionado com a procura de melhores condições de vida para a sua família. Em termos de saúde este estudo concluiu que os imigrantes demonstraram uma certa preocupação com o tipo de atendimento de saúde e ao mesmo tempo, sentem receio de reclamar, devido à situação de legalidade no País.

Um estudo desenvolvido por Vega, Kolody e Valle (1987), evidenciou-se a que a adaptação dos migrantes depende muito da capacidade de resolução dos stressores interpessoais, relativamente à ausência da rede social no país de origem.

Os sintomas de Depressão relacionados com a Ansiedade são referenciados como uma das patologias mentais dos imigrantes. Neste sentido Achotegue (2003), definiu uma nova categoria de diagnóstico, para explicar estes mal-estar dos imigrantes, caracterizando por síndrome de Ulisses (síndrome de stress múltiplo ligado à imigração) que é definido como o “mal-estar do século vinte um”, que afeta na sua maioria os imigrantes africanos que se encontram mais expostos aos riscos de Depressão (Achotegue, 2005).

Segundo Dinesh e Oyedeji (2004) a maioria dos imigrantes em situação de ilegalidade, pobreza, marginalização que apresentam queixas meramente somáticas, são clinicamente deprimidos.

A aculturação acarreta a aprendizagem de uma nova cultura que é muito difícil nos imigrantes. Muitos gostariam de manter o mesmo hábito cultural, pelo que gera uma grande ansiedade e frustração, que poderão causar alguns tipos de comportamento inadequado que podem estar na origem de alguns distúrbios psicológicos, complicações na adaptação e stress na aculturação.

3. Fatores Protetores: Estratégia de Coping e Resiliência

Os migrantes não ultrapassam apenas fronteiras geográficas, mas também culturais, socioeconómicas e interpessoais quando abandonam o seu meio ambiente familiar e social para confrontar-se com um local desconhecido e uma sociedade com diferentes valores, perceções e tradições por vezes as suas capacidades lidarem com estas alterações são drasticamente dolorosa.

Neste sentido a forma como os indivíduos fazem face aos problemas pode ser um indicador da desadaptação emocional.

Muitas vezes, o individuo é confrontado com situações stressantes ou mudanças repentinas na vida, por vezes, apresenta uma certa dificuldade em adaptar-se e lidar com a situação, o que pode afetar o seu estado emocional, físico, cognitivo e social.

Dell’Aglío e Bandeira (1998) definem coping como um conjunto de estratégias utilizadas pelo individuo para lidar com diversas situações de stress. Estas estratégias surgem quando o individuo é confrontado com situações de stress, para as ultrapassar e é necessário que o individuo seja resiliente apresentando um conjunto de traços de personalidade que lhe permite ultrapassar as suas adversidades. Dependendo das experiências e dificuldades vividas pelos imigrantes e da avaliação que façam a esta mesma situação, os imigrantes utilizam um conjunto de estratégias de coping no sentido de defender se e adaptar-se. Alguns utilizam o suporte social de forma amenizarem as adversidades que vão sentindo enquanto imigrantes, outros refugiam-se em diferentes estratégias de coping, nomeadamente, de evitação de fuga (lidando com a situação de forma positiva) e muitas vezes demonstram uma maior labilidade emocional ao enfrentarem a sua condição enquanto imigrante.

Num estudo realizado por Mirsky, Baron-Draiman e Kedem (2002), com 892 jovens adultos imigrantes da Ex-União soviética que residem em Israel, um elevado nível de suporte social estava associado a um baixo nível de stress psicológico, sendo que esta associação era mais evidente em indivíduos do sexo masculino.

Padilla (2006) mencionou a importância do papel das redes sociais como uma ferramenta essencial no que diz respeito ao suporte social que os imigrantes procuram para lidar com as situações de crise decorrentes no processo migratório.

Um estudo realizado por Monnier (1994) analisou as diferenças nas estratégias de coping entre homens e as mulheres e concluiu que as mulheres tem tendência a utilizar estratégias mais assertivas e mais ativas enquanto, os homens utilizam estratégias mais agressivas e anti-sociais (cit. por Rocha, 2006).

Segundo o estudo realizado por Ritsner, Modai e Ponizovsky (2000) concluíram que existia uma relação entre suporte social disponível e os níveis de perturbação psicológica, os imigrantes que percecionavam o suporte social como sendo disponíveis apresentavam níveis de stress menor e menos perturbação psicológica.

Lazarus e Folkman (1984), referem duas funções do coping, centrado na emoção ou no problema. O coping centrado no problema envolvem um conjunto de estratégias que possibilitam o individuo a lidar diretamente com o problema e o coping centrado na emoção abrange um conjunto de estratégias que permitem agir face às reações emocionais diminuindo a sensação física desagradável mas sem lidar diretamente com o problema.

No processo migratório é relevante ter em consideração o nível de integração e as reações de adaptação dos migrantes às novas condições espaciais e socioculturais. A imigração implica uma mudança psicossocial, que muitas vezes é encarada como luto independente do tipo de imigração. Eisenbruch (1988), utiliza a expressão luto cultural, para caracterizar os imigrantes que sofrem de stress, traumas e perdas culturais no processo migratório.

Berry e colaboradores (1987), definiram um modelo sobre processo de aculturação dando o seu ênfase no processo individual de aculturação, em que definiu está como um processo normativo que pode englobar mudanças dos valores, hábitos pessoais, crenças e identidade.

O modelo de Berry (1987) foca a atenção em duas questões, a manutenção das tradições culturais do grupo de pertença e o interesse em manter um contacto positivo com outros grupos e definiu um esquema de formas de aculturação, a integração, assimilação, separação e marginalização. A integração está relacionada com a manutenção da integridade cultural do grupo de pertença e estabelecimento de uma relação positiva com a sociedade de acolhimento; a assimilação define-se pela perda total da identidade cultural de origem e de uma opção pela interiorização das normas da sociedade de acolhimento, a separação mantém e preserva a identidade cultural do grupo de pertença mas opta por uma estratégia de rejeição das normas e dos valores da sociedade de acolhimento e o por fim o processo de marginalização refere-se pela perda total da relação da cultura de gênese, caracteriza-se por sentimentos individuais de ansiedade, confusão, terminando o processo numa situação de stress aculturativo.

Alguns estudos (Achotegui, 2008; Franken, Coutinho e Ramos 2007, 2009; Ramos, 2008) referem que a migração se apresenta como um processo social complexo, tendo um impacto negativo na saúde mental do indivíduo, afetando toda a área de sua vida.

Bhui (2008) refere que este processo de aculturação dura cerca de doze a dezoito meses, sendo que é nesta altura que se dá o período de adaptação, seguido de um restabelecimento com sucesso. Quanto mais o indivíduo se relaciona com a cultura predominante e mais resiliente for melhor são as oportunidades de adaptação e bem-estar.

De acordo com Masten (2001) a resiliência não pode ser explicada como um processo absoluto ou adquirido, mas sim como uma capacidade decorrente de um processo dinâmico e evolutivo que varia conforme as circunstâncias, a natureza humana, o contexto e a etapa do ciclo da vida e, ainda, a cultura. Pode ser percebida como um processo adaptativo do sujeito face aos problemas que se pode alterar de um momento para outro perante uma situação de stress.

Num estudo, realizado com 450 imigrantes Soviéticos concluiu-se que a elevada resiliência está relacionada com baixa somatização e depressão, maior determinação, sensação de bem-estar e capacidade para lidar com os problemas (Arion, Schaooker-Mooris, Neary, Spitizer & Train, 1997).

Na comunidade de imigrantes certos traços culturais tais como o suporte social, sentimento de pertença, valores religiosos e espirituais desempenham uma função protetora no processo de aculturação, pelo que facilita uma melhor integração (Kiritz & Moos, 1974).

A integração acontece quando o grupo estes grupos culturais desejam manter as suas tradições e a sua identidade cultural mas, ao mesmo tempo, mantém uma relação positiva com a cultura predominante, participando nas atividades e tradições tanto da sua cultura de origem como da cultura do país de acolhimento.

Uma melhor integração no País de acolhimento está relacionada com um processo de adaptação positivo como, diferentes modalidades de aculturação, múltiplos fatores individuais e coletivos, um elevado nível de resiliência, porém é a estratégia mais eficaz em termos de saúde e bem-estar a longo prazo e uma boa capacidade de lidar com as situações desfavoráveis (Schmitz citado por Berry, 1997).

Toda a imigração implica mudanças que influenciam a vida do indivíduo não somente a nível espacial mas também mudanças ambientais, culturais, económico, e psicológico que implica uma adaptação. Em alguns casos estas mudanças são vivenciadas de forma positiva quando o indivíduo consegue integrar na sociedade de acolhimento, em outras situações

quando existem dificuldades da adaptação e integração podem desencadear problemas psicológico, problemas de identidades, exclusão social, doenças físicas e entre outros (Ramos, 2009). Porém, torna relevante analisar alguns fatores que interferem nestas mudanças.

Capítulo II - Relevância do Estudo, Objetivos e Hipóteses

2.1. Relevância do Estudo

A imigração constitui na sua essência um ato de mudança a diversos níveis que não envolve somente uma mudança espacial, implica um processo de mudanças externas e internas e que, segundo alguns autores, constitui em si um fator de risco, quando está relacionada com diversos fatores de perdas. Por vezes, estas perdas são vivenciadas como um luto e sempre acompanhada por uma maior vulnerabilidade às perturbações emocionais tendo o indivíduo tem de procurar estratégias de coping mas adaptativas para o ultrapassar (Caballo et al.,1998, Jansa, 2004). A depressão pode surgir em decurso desse intenso processo de perdas, agravada por sentimentos de solidão e isolamento (Grinberg & Grinbe, 2004), principalmente quando envolve migrações forçadas por situações dramáticas.

Visto que o processo imigratório encontra-se envolvido em várias questões que podem levar o indivíduo a um estado de desorganização interna e externa que pode desencadear uma patologia, porém torna-se relevante compreender esta temática.

Também o estudo desta temática torna-se mais relevante por se tratar de um estudo pouco investigado em Portugal, que pode ser mais uma valia para a sociedade Portuguesa e para uma melhor integração dos imigrantes.

A escolha desta população imigrante deve se ao facto de ser um grupo cultural mas representativo em Portugal segundo SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) e ainda por tratar de uma população imigrante que sempre teve um historial partilhado com a cultura Portuguesa e que até a atualidade mantém uma boa ligação.

2.2. Objetivos

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação que existe entre a depressão, as estratégias de coping e resiliência em imigrantes Cabo-Verdianos e Brasileiros. Como objetivos específicos pretendeu-se:

- Perceber quais as estratégias de coping que são utilizadas pela população alvo.
- Avaliar o nível de sintomatologia depressiva da população em estudo.
- Comparar diferenças entre os grupos relacionadas para as estratégias de coping.
- Verificar a associação entre depressão, estratégias de coping, e resiliência nos emigrantes Cabo-verdianos e Brasileiros.

2.3. Hipóteses:

De acordo com os objetivos específicos foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Era esperado que as estratégias de coping mais utilizadas estivessem relacionadas com as estratégias de evitação de fuga, labilidade emocional e suporte social.
- Era esperado que a maioria dos imigrantes apresentem níveis moderados de depressão.
- Era esperado que os imigrantes Brasileiros relatassem mais estratégias de coping do que os imigrantes Cabo-Verdianos.
- Era esperado que um elevado índice de sintomatologia depressiva, estivesse associado a menos utilização de estratégias de coping e menor nível de resiliência.

Capítulo III - Método

3.1. Participantes

A população alvo deste estudo foram os imigrantes Brasileiros e Cabo-Verdianos que residem na região do Algarve. A amostra foi constituída por cerca de 100 participantes, 50 imigrantes Cabo-Verdianos e 50 imigrantes Brasileiros, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre 18 e os 65 anos.

A recolha foi efetuada em diversas zonas do Algarve: Faro, Portimão, Olhão, Lagos e Albufeira.

O critério de inclusão utilizado foi o ser imigrante de nacionalidade Brasileira e Cabo-Verdiana, ter idade compreendida entre os 18 e os 65 anos e o tempo de permanência superior a um 1 ano em Portugal, que é considerado suficiente para a decisão de fixação de residência no País.

A figura 2 mostra os resultados relativamente a sexo entre as duas nacionalidades.

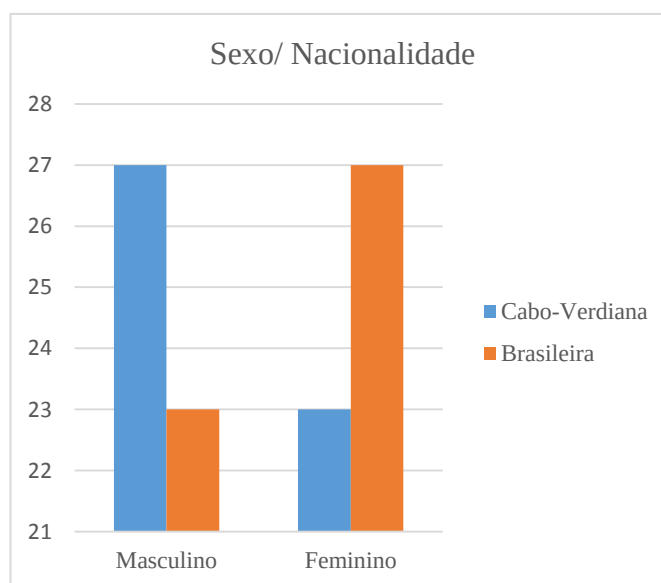


Figura 2. Sexo / Nacionalidade

De acordo com os resultados, 27 imigrantes Brasileiros eram do sexo feminino e 23 do sexo masculino, relativamente aos imigrantes Cabo-Verdianos 23 eram do sexo feminino e 27 do sexo masculino.

A figura 3 mostra os resultados da composição do agregado familiar.

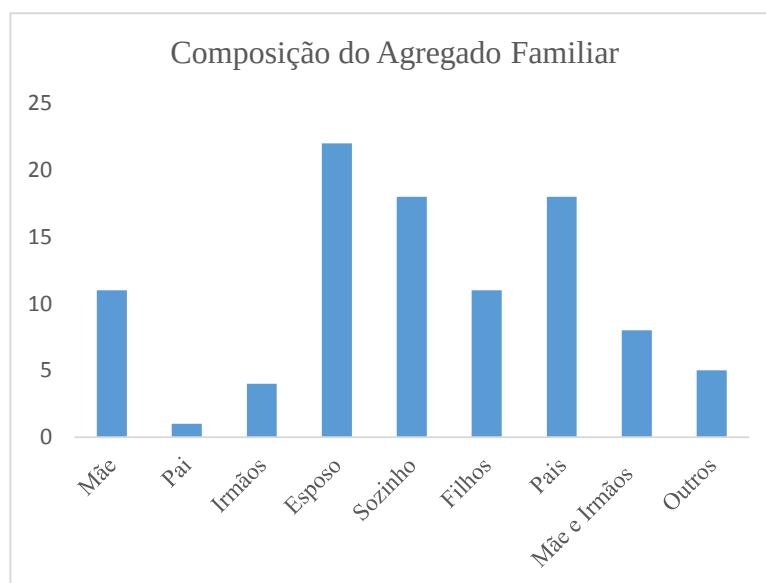


Figura 3. Composição do Agregado Familiar

A maioria dos imigrantes inquiridos 22% relatou viver com o esposo e 18% viviam sozinhos.

A figura 4 mostra os resultados relacionados com o motivo da imigração e posteriormente compara-se as duas nacionalidades.

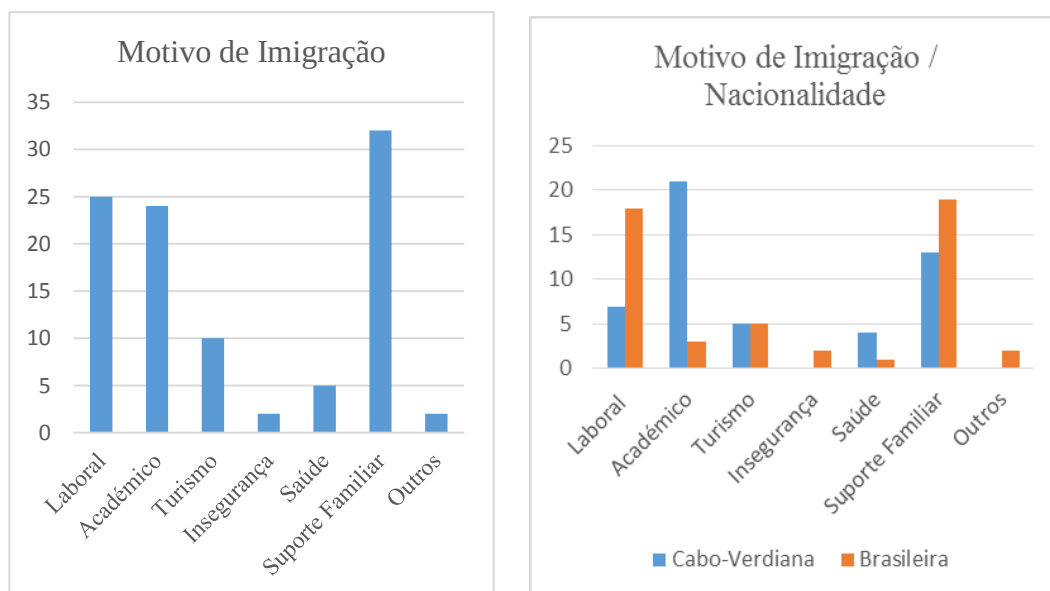


Figura 4. Motivo de Imigração

A maioria dos imigrantes inquiridos emigraram por razões relacionadas com o suporte familiar (32%) ou por uma questão de oportunidade profissional (25%), com objetivo de procurarem melhores condições de vida. Há também quem tenha afirmado ter abandonado o seu

país por razões académicas (24%), para turismo (10%), por motivos de saúde (5%) por questões de insegurança (2%), ou por outras razões (2%).

Quanto à razão para imigrar, os imigrantes Brasileiros referiram que o motivo mais forte para deixar o seu país e residir em Portugal estava relacionada com as questões laborais, a procura de melhores condições de vida e o suporte familiar, estar com a família. Relativamente aos imigrantes Cabo-Verdianos inquiridos, a maioria referiu que a sua vinda para Portugal foi por motivos académicos, para o prosseguimento de estudos e suporte familiar.

A figura 5 mostra os resultados da situação profissional e também a diferença entre as duas nacionalidades.

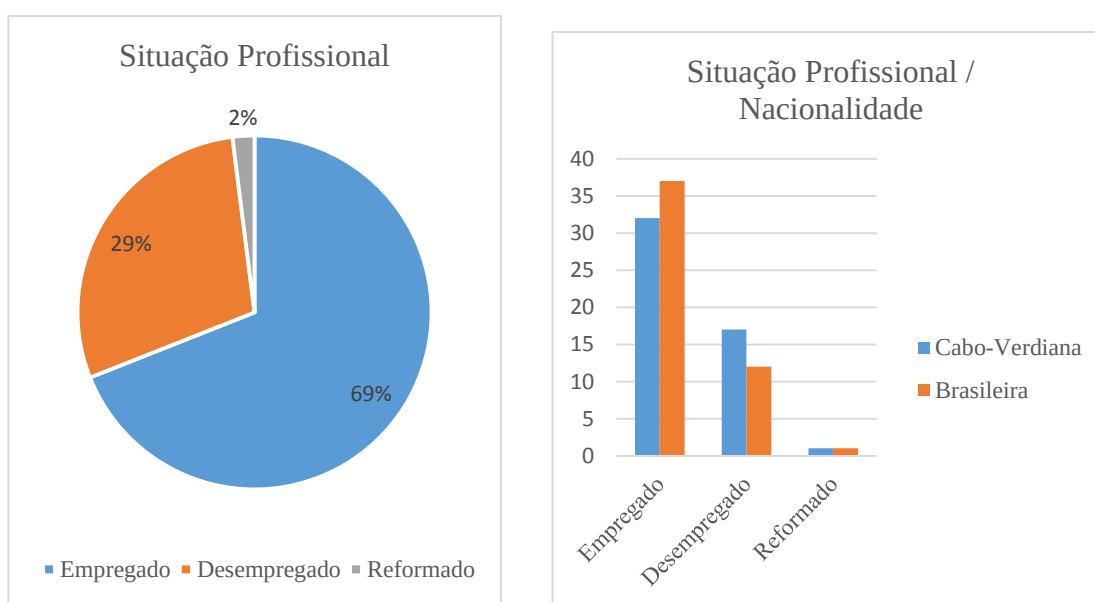


Figura 5. Situação Profissional

A maioria dos imigrantes encontra-se empregado (69%). Relativamente à nacionalidade os imigrantes Cabo-Verdianos apresentaram uma percentagem maior de indivíduos desempregados (17%) do que os imigrantes Brasileiros (12%).

A figura 6 mostra os resultados da situação de legalidade no país e depois compara as duas nacionalidades.

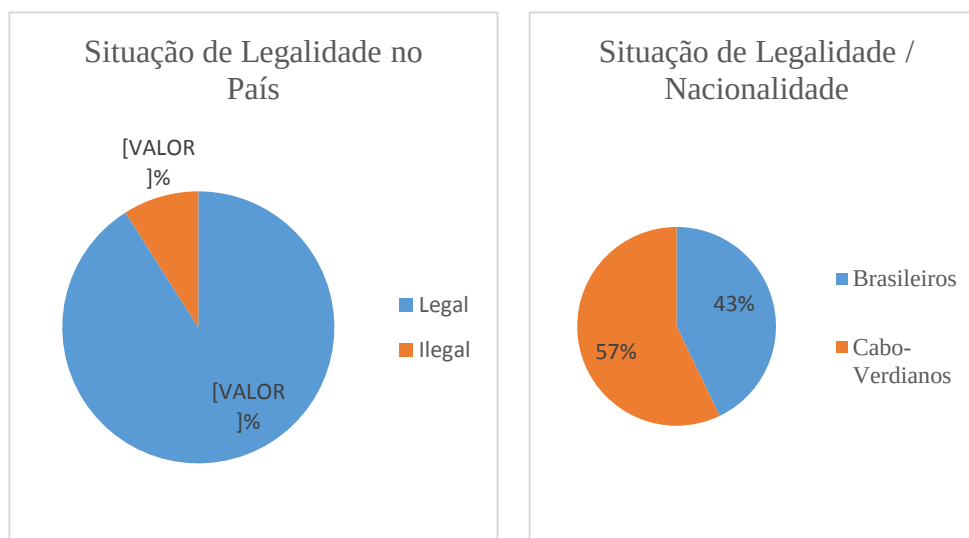


Figura 6. Situação de Legalidade no País

A maioria dos imigrantes encontraram-se em situação legal no País (91%). Em comparação entre as duas nacionalidade os imigrantes Brasileiros apresentam um maior número de situação de ilegalidade (6%) no País do que os Cabo-Verdianos (3%).

A figura 7 mostra os resultados sobre a intenção de regressar para o país de origem .

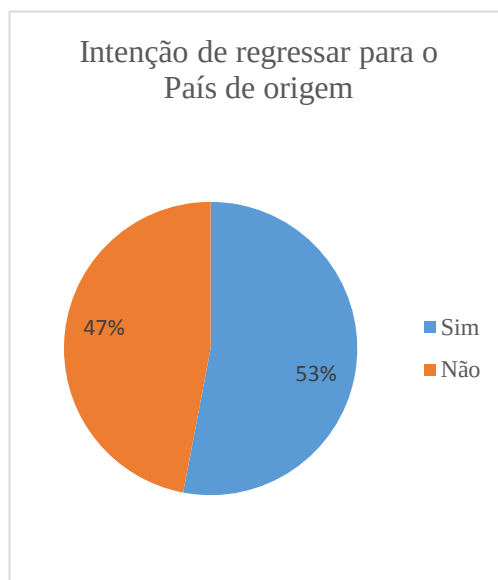


Figura 7. Intenção de Regressar para o País de Origem

No total dos indivíduos inquiridos 53% referiram a intenção de regressar para e País de origem enquanto que 47 % relataram não ter intenção de regressar.

A figura 8 mostra os resultados da intenção de regressar e compara a diferença entre o sexo e as duas nacionalidades.

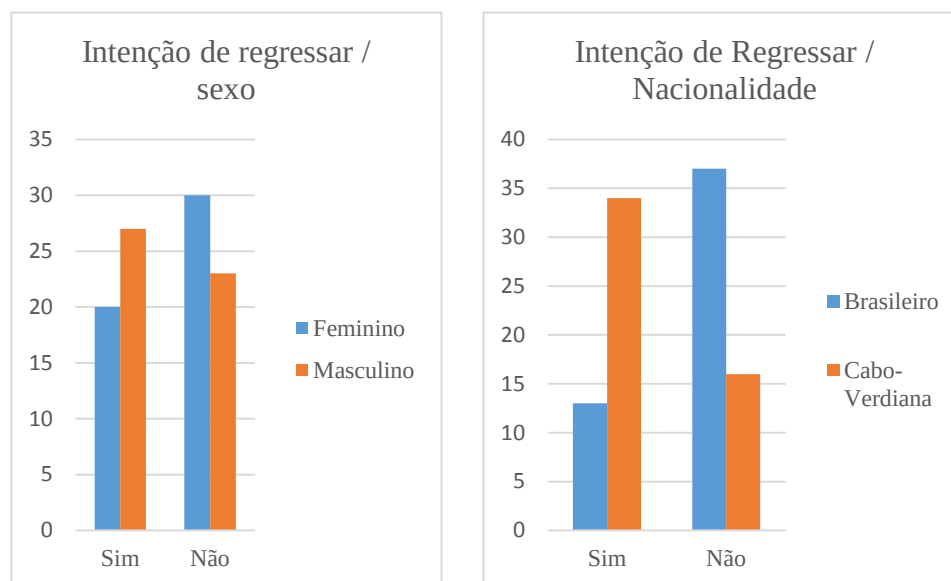


Figura 8. Intenção de regressar sexo / nacionalidade

No que diz respeito à intenção de regressar, os indivíduos do sexo masculino apresentam uma maior percentagem de sim (27%) do que os do sexo feminino (20%).

Comparando a intenção de regressar entre as duas nacionalidades, os imigrantes Cabo-Verdianos a maioria (34 %) pensa em regressar enquanto que os Brasileiros a maioria não pensa em regressar (37%).

3.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a presente investigação foram um questionário sociodemográfico construído para o efeito, o Beck Depression Inventory (BDI-I, Beck et al, 1961; tradução e adaptação Vaz Serra, 1973), para avaliar a depressão, o Brief COPE (Brief COPE; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; tradução e adaptação Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) que permite avaliar as estratégias de coping e a Resilience Scale (Wagnild, & Young, 1993; adaptada e traduzida por Carvalho & Leal, 2012), com intuito de avaliar a resiliência.

3.2.1. Beck Depression Inventory (BDI- I, Beck et al, 1961)

A depressão foi avaliada através do instrumento Beck Depression Inventory, (BDI- I, Beck et al, 1961) versão Portuguesa foi traduzida e adaptada por Vaz Serra (1973).

O Inventário de Depressão de Beck é uma escala de autoavaliação composta por 21 itens, que têm como finalidade medir a intensidade ou nível de severidade da depressão, tanto nos adolescentes como nos adultos. Em cada item, o indivíduo deve escolher uma das afirmações que correspondam melhor ao que sentiu durante a última semana, sendo que todas elas apresentam intensidades diferentes dos sintomas depressivos (Beck et al., 1996). Segundo Adriano Serra, a pontuação em cada item varia entre 0 e 3 e o máximo da pontuação final é de 63 pontos, sendo depois classificada em quatro níveis, ausência de depressão (entre 0 a 9), depressão ligeira (entre 10 a 20), depressão moderada (entre 21 a 30) e depressão severa (valores superiores a 30), ou seja, estes traduzem-se na intensidade da depressão (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

É um instrumento muito utilizado pelos profissionais de saúde que não pretende apenas avaliar a intensidade da Depressão nos doentes psiquiátricos mas também, proceder à eventual identificação dos estados depressivos (Beck et al., 1996; Whismam et al., 2000).)

Foi aferido para a população portuguesa por Vaz Serra em 1973, que demonstrou possuir boas propriedades psicométricas (Vaz Serra et al., 2006).

A consistência interna do BDI tem revelado níveis elevados (Beck et al., 1996; Whismam et al., 2000).

3.2.2. Brief COPE (Brief COPE; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)

O Brief COPE desenvolvido por Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, foi adaptado e traduzida para a versão Portuguesa (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), foi administrado para avaliar as estratégias de coping.

É um questionário de autoavaliação composto por 28 itens, na qual o indivíduo é solicitado a responder como costuma lidar com as situações stressantes que variam entre 0 - “nunca faço isto” e 3 - “faço quase sempre isto.

Estes itens foram agrupadas em 14 dimensões, focalização no problema, coping ativo, planear, reinterpretação positiva, aceitação, utilização de suporte instrumental e utilização de suporte social e emocional e os focalizados na emoção, a auto distração, humor, expressão de sentimentos, religião, uso de substâncias, negação, auto culpabilização e desinvestimento comportamental.

No estudo realizado pelo Pais Ribeiro (2004), com 364 indivíduos, para investigar as propriedades psicométricas da versão reduzida do questionário de coping desenvolvido por Carver, a consistência interna com recurso ao alfa de cronbach mostra valores adequados em

todos os itens 0.60, estes resultados obtidos foram idênticas a escala original, com uma boa adaptação em português para ser utilizada em investigação em contexto de saúde.

3.2.3. Resilience Scale (Wagnild, & Young, 1993).

A resiliência foi avaliada através do instrumento The Resilience Scale, Wagnild, & Young 1993, adaptada e traduzido para a população portuguesa (Carvalho & Leal, 2012).

É uma escala que procura medir níveis de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos. É composta por 25 itens descritos de forma positiva com respostas tipo Likert, desde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os valores totais são obtidos por somatório dos valores das respostas obtidas e podem variar entre 25 a 175, em que valores altos correspondem a elevada resiliência.

Foram encontradas três estudos realizados para adaptação para a população Portuguesa (Pesce, Assis, & Oliveira, 2004; Pesce et al 2005) com 997 adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos e com uma consistência interna de $\alpha=.80$. Um estudo preliminar desenvolvido pelo Vara e colaboradores (2006) com 380 adolescentes portugueses, com idades compreendida entre os 12 e os 18 anos e com um nível de consistência interna ($\alpha=.86$), por fim, uma adaptação e validação (Felgueiras, 2008) para adolescentes portugueses com idades entre os 10 e 16 anos e com valor $\alpha= 0.82$.

No estudo realizado por Carvalho & Leal (2012) com uma amostra de 365 indivíduos, sendo 43,5% do género masculino e 56,5% do género feminino, com o valor α de Cronbach 0,868, a escala mostra boas características psicométricas aferindo níveis de resiliência nesta população.

3.3. Procedimento

Para a realização da presente investigação, foram contactados os autores dos instrumentos a fim de obter autorização para a sua aplicação no estudo. Posteriormente, foi solicitada a colaboração de uma forma voluntária e livre de interesses e pressões. Foi explicado o tema e os objetivos do estudo, o investigador ficou ao inteiro dispor para quaisquer esclarecimentos, garantindo sempre anonimato e confidencialidade dos dados, visto que os resultados obtidos são exclusivos da presente investigação. Após o consentimento informado foram aplicados os instrumentos de recolha dos dados.

Foi também solicitada autorização ao Presidente da Junta Freguesia de Portimão para realização da colheita de dados no Centro de Apoio ao Imigrante de Portimão. Após obter

autorização do Presidente, foram entregues pessoalmente 30 questionários no CLAI, o que permitiu um contacto mais direto e uma informação mais detalhada de todo o processo. Algumas das vezes a colheita de dados foi realizada no centro CLAI presencialmente pelo investigador.

Além do contacto efetuado ao centro de apoio ao imigrante, também foram distribuídos inquéritos por diversas lojas, igrejas, cabeleireiros e restaurantes onde trabalham e frequentam a população em estudo. Em alguns dos locais o preenchimento dos protocolos foi efetuado em aplicação coletiva, na presença da autora mas também em alguns casos, os participantes levaram o protocolo para casa e após uma semana devolveram.

A recolha da amostra ocorreu entre os meses de Fevereiro e Maio de 2015 e cada protocolo demorou, em média, cerca de 30 minutos a ser preenchido.

Para análise e tratamento de dados foi utilizado o programa de tratamento estatístico, Statistical Package Social Siences (SPSS).

O nível de significância estatístico utilizado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Contudo, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados como valores significativos ($p \leq 0,10$).

Capítulo IV - Resultados

4.1. Resultados

Em primeiro lugar serão apresentados os resultados das análises descritivas sobre a depressão e estratégias de coping. Seguidamente apresentar-se os resultados das associações entre depressão estratégias de coping e resiliência e por fim serão apresentados os resultados da diferença entre nacionalidade relativamente a estratégias de coping.

4.1.1. Análises Descritivas

Para perceber quais as estratégias de coping mais utilizada pela população alvo e os níveis de sintomatologia depressiva foram realizadas análises descritivas, sendo os resultados apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Resultados descritivos para a escala de estratégias de coping e depressão

	N	M	DP	Mín.	Máx.
Depressão	100	4.25	7.11	.00	33.0
Estratégias de Coping					
Coping Ativo	100	3.65	1,76	.00	6.00
Planear	100	4.01	1.38	.00	6.00
Utilizar Suporte Instrumental	100	2.61	1.63	.00	6.00
Utilizar Suporte Social Emocional	100	3.17	1.69	.00	6.00
Religião	100	3.39	2.02	.00	6.00
Reinterpretação Positiva	100	4.39	1.61	.00	6.00
Auto culpabilização	100	2.29	1.34	.00	6.00
Aceitação	100	3.49	1.59	.00	6.00
Expressão de Sentimentos	100	2.83	1.61	.00	6.00
Negação	100	1.87	1.57	.00	6.00
Auto distração	100	2.12	1.68	.00	6.00
Desinvestimento Comportamental	100	3.09	1.63	.00	6.00
Uso de Substâncias	100	.61	1.17	.00	5.00
Humor	100	3.59	1.58	.00	6.00

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$;

Relativamente a depressão os valores obtidos demonstram que a maioria dos imigrantes apresentam ausência de sintomatologia depressiva. A dimensão de coping reinterpretação positiva, planear, aceitação e utilização de suporte social e emocional apresentam resultados mais elevados por isso, são as estratégias mais utilizados pelos imigrantes e as dimensões de negação, auto distração e consumo de substância foram as dimensões de coping com menores resultados sendo assim, as menos utilizadas por esta população.

4.1.2. Correlações entre dimensões

Para verificar a existência de correlações entre a depressão, as estratégias de coping e a resiliência foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, sendo os resultados apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Associação entre depressão, estratégias de coping e resiliência nos emigrantes Cabo-verdianos e Brasileiros

Depressão	
Estratégias de Coping	
Coping Ativo	-.040
Planear	.103
Utilizar Suporte Instrumental	.110
Utilizar Suporte Social Emocional	.219*
Religião	.131
Reinterpretação Positiva	-.166
Auto culpabilização	.216*
Aceitação	-.077
Expressão de Sentimentos	.183
Negação	.202*
Auto distração	.159
Desinvestimento Comportamental	.142
Uso de Substâncias	.105
Humor	-.157
Resiliência	
Fator I Perseverança	-.266**
Fator II Sentido de Vida	-.240*
Fator III Serenidade	-.165
Fator IV Autossuficiência e Auto Confiança	-.242*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$;

A depressão correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativas com as dimensões estratégias de coping, relativamente à utilização de suporte social emocional ($r = .219$; $p = .029$), auto culpabilização ($r = .216$; $p = .031$) e negação ($r = .202$; $p = 0.44$).

A depressão correlacionou-se também de forma negativa e estatisticamente significativas com as dimensões resiliência de perseverança ($r = -.266$; $p = .008$), sentido de vida ($r = -.240$; $p = .016$) e autossuficiência e auto eficácia ($r = -.242$; $p = .015$).

Os resultados mostram que os participantes com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva relataram utilizar mais a estratégias de coping, suporte social emocional, a auto culpabilização e negação.

4.1.3. Diferenças entre Nacionalidades

Para investigar a diferença entre as duas nacionalidades para a utilização de estratégias de coping, utilizou-se o Teste T- Student para amostra independentes.

Tabela 4. Mostra diferença entre nacionalidades relacionadas com as estratégias de coping

	Cabo-Verdianos		Brasileiros		T
	M	DP	M	DP	
Estratégias de Coping					
Coping Ativo	3.18	1.8 1	4.12	1.58	2.75**
Planear	3.96	1.26	4.06	1.51	-.358
Utilizar Suporte Instrumental	2.36	1.57	2.86	1.67	-1.24
Utilizar Suporte Social Emocional	2.96	1.66	3.38	1.71	-1.53
Religião	2.72	1.96	4.06	1.87	-3.48***
Reinterpretação Positiva	4.52	1.69	4.26	1.53	1.53
Auto culpabilização	2.30	1.32	2.28	1.37	.074
Aceitação	3.46	1.51	3.52	1.68	-.187
Expressão de Sentimentos	3.18	1.67	2.48	1.14	2.21*
Negação	2.02	1.53	1.72	1.61	.952
Auto distração	2.28	1.79	1.96	1.56	.950
Desinvestimento Comportamental	3.20	1.86	2.98	1.39	.669
Uso de Substâncias	.680	1.26	.540	1.07	.596
Humor	3.80	1.52	3.80	1.63	1.32

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$;

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas na dimensão das estratégias de coping relativamente ao coping ativo, $t(98) = 2.75$, $p = .007$). Os participantes de nacionalidade

Brasileira relataram níveis mais elevados no coping ativo ($M = 4.12; DP = 1.58$) comparativamente com a nacionalidade Cabo-Verdiana ($M = 3.18; DP = 1.81$). Ainda na dimensão do coping, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na religião, $t(98) = -3.48, p = .001$ sendo que os participantes Brasileiros apresentam níveis mais elevados na estratégias de coping relacionada à religião ($M = 4.06; DP = 1.87$) comparativamente com a nacionalidade Cabo-Verdiana ($M = 2.72; DP = 1.96$). Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na expressão de sentimentos $t(98) = 2.21, p = .029$, em que os participantes Cabo-Verdianos apresentam níveis mais elevados na expressão de sentimentos ($M = 3.18; DP = 1.67$) comparativamente com os participantes Brasileiros ($M = 2.48; DP = 1.14$).

Capítulo V - Discussão dos Resultados

5.1. Interpretação dos Resultados

O presente estudo teve como objetivo principal analisar a relação que existe entre a depressão, as estratégias de coping e resiliência nos imigrantes Cabo-Verdianos e Brasileiros. De modo a atingir os objetivos foram colocadas as seguintes hipóteses. Era esperado que as estratégias de coping mais utilizadas se remetem para as estratégias de evitação de fuga, labilidade emocional e suporte social. Era esperado que os indivíduos de nacionalidade Brasileira relatassem mais utilização de estratégias de coping do que os da nacionalidade Cabo-Verdiana. Era esperado níveis moderado de depressão na população em estudo, e por fim era esperado que elevado nível de sintomatologia depressiva estivesse associado a menos utilização de estratégias de coping e menos nível de resiliência

Para uma melhor compreensão e explicação dos nossos resultados orientamos a discussão dos resultados numa primeira fase pelos dados recolhidos relativamente a caracterização da amostra em termos sociodemográficos e na segunda fase, nos resultados dos objetivos proposto pela presente investigação.

No que desrespeita ao motivo de imigração, a maioria dos imigrantes inquiridos referem ter imigrado por razão relacionadas com o suporte familiar, questões laborais e oportunidades académicos. Segundo Neves & Rocha Trindade (2008), algumas das causas que levam os imigrantes a deslocarem-se do seu país de origem, para um país diferente, estão relacionadas com a desigualdade social no país de origem, a união familiar, a procura de melhores condições de saúde, a insegurança, as ambições académicas, entre outros fatores.

Relativamente à intenção de regressar para o país de origem no que desrespeita a comparação entre as duas nacionalidades os resultados mostraram que a maioria dos participantes Cabo-verdianos manifestaram a intenção de regressar para o país de origem enquanto a maioria dos participantes Brasileiros referiram não existir intenção de regressar. Esta discrepância pode, eventualmente, estar relacionada com o motivo da imigração referido pelos participantes Cabo-Verdianos. Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Pereira (2010), com 100 imigrantes Brasileiros e Cabo-Verdianos, onde foi avaliada a intenção do regressar ao país de origem. A maioria dos imigrantes Cabo-Verdianos manifestou vontade de regressar ao seu país de origem.

A maioria dos participantes inquiridos encontram-se legalmente no país e empregado pelo que ajuda bastante na sua integração. No que desrespeito a intenção de regressar a comparação entre sexos, os participantes do sexo masculinos manifestaram um maior desejo de regressar para país de origem do que os do sexo feminino, estes resultados podem estar eventualmente

relacionada com a situação profissional, visto que os indivíduos do sexo masculino apresentam uma taxa mais elevada de desemprego, muitos optam por procurar outras soluções, como imigração para próprio país para ultrapassarem estas dificuldades.

Os resultados obtidos confirmaram que os imigrantes utilizam mais como estratégias de coping a reinterpretação positiva, planejar, aceitação e utilização de suporte social emocional, o mais focalizado no problema e menos as estratégias negação, auto distração e o consumo de substância. Apesar de não ter sido encontrada literatura para confirmar estes resultados, os mesmos parecem indicar que, nesta população considerada vulnerável em termos da saúde mental, muitos indivíduos procuram estratégias de coping mais focadas no problema para enfrentar situações difíceis.

A maioria dos imigrantes apresentam ausência de sintomatologia depressiva, o que pode ter diversas explicações entre quais a boa adaptação na sociedade portuguesa, o fato de serem oriundos de um país muito próximo da cultura portuguesa o que facilita muito a integração na mesma.

Os imigrantes Brasileiros utilizam mais estratégias de coping do que os imigrantes Cabo-Verdianos. Apesar de não terem sido encontrados estudos no âmbito destas diferenças, este resultado pode estar relacionado, uma vez mas, com o motivo de imigração e a adaptação à cultura portuguesa.

Os resultados mostraram que os participantes com elevado nível de sintomatologia depressiva utilizam mais as estratégias de coping de suporte social emocional, a auto culpabilização e a negação. Todas estas estratégias de coping estão mais focalizadas no problema. E no que concerne à dimensão da resiliência, a perseverança, autossuficiência e auto eficácia foram as menos utilizadas pelos imigrantes destas duas nacionalidades.

A literatura que refere que a elevada resiliência está relacionada com baixa somatização e depressão, maior determinação, sensação de bem-estar e capacidade para lidar com os problemas (Arion, Schaooker-Mooris, Neary, Spitzer & Train 1997).

Este resultado também esteve de acordo com os estudos realizados pelo (Achotegui, 2008; Franken, Coutinho e Ramos, 2007, 2008; Lechner, 2007; Ramos, 2008) ao afirmarem que existe uma associação entre a migração e o desenvolvimento de problemas psicopatológicos ou seja, a migração pode apresentar um efeito negativo na saúde mental, visto que esta apresenta algumas alterações na vida social, pessoal, laboral, económico, psicológico do imigrante.

5.2. Limitações

Apesar da pertinência do estudo, a investigação apresenta algumas limitações.

Destaca-se o número pequeno da amostra uma vez que esta é reduzida devido às exigências dos critérios de inclusão.

Por tratar-se de um estudo transversal, não será possível saber o desenvolvimento das dificuldades diárias sentidas pelos participantes no país de acolhimento.

Como uma outra limitação, verifica-se a impossibilidade de fazer generalizações a partir dos resultados obtidos, devido ao tamanho da amostra.

Por fim, a última limitação está relacionada com o baixo nível de escolaridade de alguns participantes nomeadamente, a dificuldade na interpretação e compreensão dos itens dos respetivos questionários, podendo ter contribuído para um enviesamento de algumas respostas dadas pelos participantes.

5.3. Sugestões para estudos futuros

Em estudos futuros propõe-se fazer uma replicação deste estudo aumentando o tamanho da amostra, as zonas geográficas para recolha de dados e explorar outras nacionalidades ou mesmo abrangendo todas comunidades imigrante em si.

Seria também relevante a avaliação de outras novas variáveis, tais como a ansiedade, stress, cuidados de saúde e adaptação. Visto que estas variáveis estão na base dos sintomas que muitos imigrantes apresentam no processo migratório.

Sugere também que tenha sido realizados estudos longitudinais com objetivo de compreender melhor o desenvolvimento dos participantes ao longo do tempo, de forma a recolher informações relevantes sobre o impacto da imigração na saúde mental. Com objetivo de incentivar as organizações a implementar medidas para a promoção da saúde com intuito de proporcionar os imigrantes uma melhor integração.

Será também relevante um estudo mais aprofundado das principais comunidades presentes no nosso país, Africana, Brasileira e do Leste Europeu, na procura de um maior entendimento daquilo que são as expectativas que cada uma delas apresentam sobre o estado de saúde, e quais os aspetos que mais influencia o seu estudo de saúde para proporcionar uma melhor integração.

5.4. Implicações Clínicas

Apesar da existência de algumas limitações, os resultados obtidos no presente estudo revelam implicações revelantes.

Visto que a depressão encontra-se relacionada com as reações psicológicas no processo de aculturação, deste modo, torna pertinente o país de acolhimento implementar algumas medidas preventivas neste âmbito para proporcionar uma melhor integração dos seus imigrantes. Para conhecer melhor o impacto da migração na saúde mental, é necessário ter em atenção os tipos de stress mental que o migrante está exposto, quais as estratégias psicológicas utilizadas face ao stress e o impacto de tudo isto na sua saúde mental (Bhugra, 2004). Importa uma maior consciencialização e intervenção junto aos imigrantes com vista à promoção do seu otimismo e diminuição dos níveis de stress.

Sendo assim, parece-nos importante que os países de acolhimento, disponibilizassem aos seus imigrantes apoios a diversos níveis que atuassem como um fator de prevenção tais como, criação de programas de integração dos profissionais de saúde imigrantes no sistema de saúde, isto facilita o atendimento e apoio ao imigrante visto que o domínio fluente da língua materna ajuda a perceber melhor as suas necessidades, também é necessário realização de ações de formação, educação em saúde e apostar em programas de prevenção juntos aos bairros onde concentram maior números de imigrantes porque muitas das vezes a falta de informação sobre algumas temáticas ou mesmo sobre os seus direitos condiciona muito a sua adaptação, pelo que o leva a tornar mais vulnerável em termos da saúde.

Refletindo sobre as exigências a nível pessoal e social com que os imigrantes se confrontam, podemos entender que diversos apoios a nível, social, jurídico e psicológico pode beneficiá-los, contribuindo para a prevenção de reações depressivas.

Conclusão

Conclusão

Há diversos fatores que influenciam o estado de saúde dos indivíduos imigrantes, de entre os quais, destacamos as condições socioeconómicas desfavoráveis, precariedade, falta de suporte social e familiar, ilegalidade no país, falta de apoios especializados e barreira linguística. Estas situações colocam numa posição de grande fragilidade social que, como se sabe, potencia o desenvolvimento de perturbações de cariz psicológico, como estados depressivos e ansiosos e, no limite, ideação suicida (Lechner, 2007).

Os resultados obtidos revelaram que a depressão apresenta efeito negativo no decorrer da imigração devido a dificuldade que os imigrantes enfrentam no processo de aculturação.

Relativamente aos resultados, também demonstram que os imigrantes Brasileiros utilizam mais estratégias de coping que os imigrantes Cabo-verdianos.

Sendo a saúde mental cada vez mais associada ao bem-estar físico e sendo os imigrantes um grupo minoritário muitas vezes marginalizado, é necessário proporcionar ao indivíduo migrante um enquadramento psicossocial, familiar, cultural, sanitário e jurídico, capaz de transformar o risco, o trauma, a ruptura que percorre a situação migratória, num processo estruturante que permite uma melhor integração.

Com este estudo, constatámos a necessidade da realização de mais investigações, que explorem o estudo de saúde dos imigrantes, por exemplo, de estudos longitudinais, que permitam compreender o impacto dos fatores determinantes do estado de saúde da população imigrante ao longo do tempo.

Sendo, de todo, impossível eliminar a ocorrência dos fatores de risco da sintomatologia depressiva nos imigrantes, os diversos apoios especializado no país de acolhimento podem ser uma ferramenta mais apropriada e mais otimista para lidarem com estas questões.

Esperamos assim que a presente investigação venha contribuir para uma melhor reflexão sobre as dificuldades que os imigrantes atravessam no processo migratório e que venha contribuir para a sua melhor integração.

Bibliografia

Bibliografia

- Achotegui, J. (2005). El síndrome de Ulises. *EL síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple*. Director del Postgrado Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, refugiados y minorías de la Universidad de Barcelona.
- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. (2007). Imigração em Portugal. ACIDI. Lisboa.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5-TR: Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais (5ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antoniuzzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Ali, J. (2002). Mental Health of Canada's Immigrants. Health Reports (Statistics Canada, a, Catalogue 82-003-XIE) 2002; 13(suppl): 101-11.
- Bógus, L. M. M. (2007). Esperança Além-Mar: Portugal no “Arquipélago Migratório” Brasileiro. In J. M. Malheiros (Ed.), Imigração Brasileira em Portugal. Lisboa: ACIDI. Pag.39-45.
- Canha, J. (2009). Adaptação, saudade de casa e sintomatologia depressiva nos estudantes deslocados tese orientada pelo Prof. Doutor Bruno Gonçalves para obtenção de mestrado em psicologia, faculdade de psicologia e de ciências da educação.
- Carvalho, C., Ng Deep & I. Pereira. (2012). Adaptação da “The Resilience Scale ”, para a população adulta Portuguesa.
- Castro, A., Marques, S. (2008). A Integração dos Imigrantes de Leste em Portugal. Contributos para a sua análise. Cidades Comunidade
- Casa do Brasil de Lisboa. (2004). A “Segunda Vaga “ de Imigração unidades e Territórios Dez. 2008, n.º 17, pp. 63-80
- Dias, S. & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. In S. Dias (Ed.), *Revista Migrações*, 1, (pp. 15-26). Lisboa: ACIDI.

- Ferreira, J., E. Lechner., C. Santinho. (2009). Migração e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural. ACIDI pag .43-74
- Franken. I, C,M & N. R. (2009). Migração e qualidade de vida: Um estudo Psicossocial com Brasileiros Migrantes.
- Góis, Pedro (2008). Comunidade (S) Cabo-Verdiana (S):As Múltiplas Faces da Imigração Cabo-Verdiana. Observatório da Imigração: ACIDI
- GÓIS, Pedro et al. (2009). “Segunda ou Terceira Vaga” As características da imigração Brasileira recente em Portugal. *Revista Migrações* - Número Temático Migrações entre Portugal e América Latina, Outubro 2009, n.º 5, Lisboa: ACIDI, pp. 111-133.
- Góis, Pedro. (2006). Emigração Cabo-Verdiana para (e na) Europa e a sua Inserção em Mercados de Trabalhos Locais: Lisboa, Milão, Roterdão, ACIDI IP, Lisboa.
- Grassi, M., Évora, I. (Eds.). (2007). Género e Migrações Cabo-Verdianas. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Leal, J. (2007). Açores, EUA, Brasil Imigração e Etnicidade. (1ªed.p) Açores: Direção geral de comunidades.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lechner , Elsa. (2007). “Imigração e Saúde Mental”, in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações* - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 79-101.
- Lima, M. I, Franken & Ramos, N. (2007). Transtornos Mentais Comuns no Contexto Migratório Internacional. V. 43, n. 3, pp. 400-407, jul./set. 2012.
- Linares, R. (2012). O envolvimento religioso e a sintomatologia depressiva nos Imigrantes Brasileiros, tese orientada pela Prof.ª Doutora Maria Teres para a obtenção do grau de doutor em Psicologia Clínica.
- Monteiro, A. (2008). Migração e Saúde Mental Vulnerabilidade ao stress, apoio social e saúde mental em imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal tese orientado pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra para obtenção do grau de doutoramento em Ciências Biomédicas, faculdade de medicina da universidade de Coimbra.

- Organização Mundial de Saúde. (2008). Acedido em 24 de Março de 2015 em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.
- Padilla, B. (2007). A imigrante Brasileira em Portugal: Considerando o género na análise. In J. Malheiros (Ed.), *Imigração Brasileira em Portugal* (pp. 113-134). Lisboa: ACIDI.
- Pais Ribeiro & A.P. Rodrigues. (2004). Questões Acerca do Coping : A Propósito do Estudo de Adaptação do Brief COPE, *Psicologia, Saúde & Doença*, 2004, 5 (1), 3-15.
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). Normas para a elaboração e apresentação de Teses de Doutoramento (Aplicáveis às Dissertações de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Reitoria, Lisboa.
- Pussetti , C. (2009). Biopolitics of Depression in African Immigrants *Saude. soc. Volume.18 Numero.4* São Paulo Oct./Dec. 2009.
- Ramos, N. (2009). Saúde, Migração e Direitos. Mudanças. *Psicologia da Saúde*, 17 (1), 1-11.
- Renata P. PesceI, Simone G. Assis II, Joviana Q. AvanciII, Nilton C. SantosII, Juaci V. Malaquias & Carvalho. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade validade da escala de resiliência.
- Rosa, C. (2007). Saúde mental em contexto migratório, dissertação de mestrado em relações interculturais orientada pela Professora Doutora Natália Ramos universidade aberta lisboa.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2013). RIFA – Relatório de Imigrações Fronteiras e Asilo. Acedido a 30 de julho de 2015 em <http://www.sef.pt/portal/v10/PT>.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2014). RIFA – Relatório de Imigrações Fronteiras e Asilo. Acedido a 30 de julho de 2015 em <http://www.sef.pt/portal/v10/PT>.
- Soares, C, Rosa. (2007). Saúde Mental em contexto Migratório, dissertação apresentado para obtenção do grau de mestrado em relações interculturais. Universidade Aberta Universidade.
- Telles- Correia, D., & Barbosa. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98.

Maria Madalena Fernandes Semedo, Depressão, Estratégias de Coping e Resiliência: Estudo Transcultural com Imigrantes Cabo-Verdianos e Brasileiros

Vianna, C. (2003). A Comunidade Brasileira em Portugal. *Observatório da Imigração*, 2, 72-90.

Anexos

Anexos I - Pedido de Consentimento Informado

Exº Senhor Presidente da Junta de Freguesia de Portimão

Dr. Álvaro Bila

Portimão, 23 de Março de 2015

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de estudo sobre Depressão, Estratégias de Coping e Resiliência nos Imigrantes Cabo-verdianos e Brasileiros.

Eu, Maria Madalena Fernandes Semedo, encontro-me a realizar uma investigação no âmbito do 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Esta investigação, orientada pela Professora Doutora Marina Carvalho, tem como objetivo geral a análise da relação que existe entre a Depressão, Estratégias de Coping e Resiliência nos Imigrantes Cabo-verdianos e Brasileiros.

Para a recolha de dados no âmbito do presente estudo, é necessária a administração de um questionário aos imigrantes Cabo-Verdianos e Brasileiros que frequentam o Gabinete de Apoio do Imigrante na Junta de Freguesia de Portimão.

Todos os dados que vierem a ser fornecidos, no caso das pessoas que aceitem colaborar no presente estudo, são anónimos e confidenciais, destinando-se a análise estatística em grupo. Anexo o referido protocolo para conhecimento.

Face ao exposto, venho por este meio solicitar a v/ autorização para que a recolha de dados relativa a este estudo possa decorrer no Gabinete de Apoio do Imigrante.

Agradeço, desde já, toda a colaboração e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento que considere necessário.

Atentamente,

Madalena Semedo

Email: lenysemedo20@hotmail.com Tef-968021200

Anexos II - Protocolo de Investigação

Questionário Sociodemográfico

1. Sexo: M ☐ F ☐

2. Idade: _____

3. Nacionalidade: _____

4. Escolaridade: _____

5. Localidade de residência: _____

6. Estado civil:

Solteiro ☐ Casado ☐ separado ☐ Viúvo ☐

7. Tem filhos?

Sim ☐ Quantos ____

Não ☐

8. Composição do Agregado Familiar:

Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Outros ☐ Quais _____

9. Situação Profissional:

Empregado ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐

10. Há quanto tempo imigrou? _____

11. Motivo de Imigração:

Laboral ☐ Académico ☐ Turismo ☐

Insegurança ☐ Saúde ☐ Suporte Familiar ☐ Outros _____

12. Situação de Legalidade no País:

Legal ☐ Illegal ☐

13. Intenção de regressar ao País de origem:

Sim ☐ Não ☐

I.D. BECK

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Sublinhe a resposta que melhor descreve a forma como hoje se sente.

A 0 Não me sinto triste

1 Ando “neura” ou triste

2 Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo

2 Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim

3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar

B 0 Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro

1 Sinto-me com medo do futuro

2 Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro

2 Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas

3 Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

C 0 Não tenho a sensação de ter fracassado

1 Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas

1 Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos

3 Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

D 0 Não me sinto descontente com nada em especial

1 Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo

1 Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente

2 Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for

3 Sinto-me descontente com tudo

E 0 Não me sinto culpado de nada em particular

1 Sinto grande parte do tempo que sou mau ou que não tenho qualquer valor

2 Sinto-me bastante culpado

2 Agora sinto, permanentemente, que sou mau ou que não tenho qualquer valor

3 Considero que sou muito mau ou que não tenho qualquer valor

F 0 Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo

1 Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal

2 Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado

3 Sinto que mereço ser castigado

3 Quero ser castigado

G 0 Não me sinto descontente comigo

1 Estou desiludido comigo mesmo

1 Não gosto de mim

2 Estou bastante desgostoso comigo

3 Odeio-me

H 0 Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa

1 Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros

2 Culpo-me das minhas próprias faltas

2 Acuso-me por tudo de mal que me acontece

I 0 Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo

1 Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar

2 Sinto que seria melhor morrer

2 Creio que seria melhor para a família que eu morresse

2 Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo á vida

3 Matar-me-ia se tivesse oportunidade

J 0 Actualmente não choro mais que o costume

1 Choro mais agora do que costumava

2 Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo

3 Costumava ser capaz de chorar mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho

vontade

K 0 Não ando mais irritado do que o costume

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava

2 Sinto-me permanentemente irritado

2 Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente

L 0 Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas

1 Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter

2 Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas

2 Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada

M 0 Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente

1 Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões

2 Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas

2 Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

N 0 Não acho que tenha pior aspecto do que o costume

1 Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente

2 Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco

atraentes

2 Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

O 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente

1 Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar

1 Não consigo trabalhar tão bem como costumava

2 Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for

3 Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho por mais pequeno que seja

P 0 Consigo dormir tão bem como dantes

1 Acordo mais cansado de manhã do que era habitual

2 Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer

3 Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas

Q 0 Não me sinto mais cansado do que é habitual

1 Fico cansado com mais facilidade do que antigamente

2 Fico cansado quando faço seja o que for

3 Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

R 0 O meu apetite é o mesmo de sempre

1 O meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente

3 Perdi completamente todo o apetite que tinha

S 0 Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum

1 Perdi mais do que 2,5 quilos de peso

2 Perdi mais do que 5 quilos de peso

3 Perdi mais do que 7,5 quilos de peso

T 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual

1 Sinto-me preocupado com dores, sofrimentos ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo

2 Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto que se torna difícil pensar noutra coisa

3 Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto

U 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual

1 Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar

2 Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual

3 Perdi completamente o interesse pela vida sexual

TOTAL	
-------	--

BRIEF- COPE

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress na sua vida desde que imigrou para Portugal. Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que fez para lidar com este problema. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tentou lidar com este problema. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema. Queremos saber *em que extensão* fez aquilo que o item diz. *Quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido *eficaz* ou não - mas se fez ou não fez isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade.

0-nunca faço isto

1-faço isto por vezes

2-em média é isto que faço

3-faço quase sempre isto

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				

4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5- Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9- Fico aborrecido e expesso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				

12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva					
13- Faço críticas a mim próprio					
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer					
15- Procuro o conforto e compreensão de alguém					
16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação					
17- Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer					
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira					
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras					
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer					
21- Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento					
22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual					
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo					

24- Tento aprender a viver com a situação

25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação

26- Culpo-me pelo que está a acontecer

27- Rezo ou medito

28- Enfrento a situação com sentido de humor

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1),3-15

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Por favor, leia as instruções. Encontrará sete números, variando de "1" (Discordo Totalmente) a "7" (Concordo Totalmente). Assinale com uma cruz (X) o número que melhor indica seus sentimentos sobre essa afirmação. Por exemplo, se você discordar totalmente com a afirmação, assinale "1". Se você é neutro, assinale "4" e se concordar totalmente, assinale "7". Identificação (facultativo): _____ _____ Idade: _____ Sexo: _____		Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Discordo e nem Concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Concordo Totalmente
		1	2	3	4	5	6	7
1	Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra.							
2	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.							
3	Manter-me interessado/a nas atividades do dia a dia é importante para mim.							
4	Posso estar por conta própria se for preciso.							
5	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.							
6	Sou amigo/a de mim próprio/a.							
7	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
8	Sou determinado/a.							
9	Raramente me questiono se a vida tem sentido.							
10	Vivo um dia de cada vez.							
11	Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.							
12	Tenho autodisciplina.							
13	Mantenho-me interessado/a nas coisas.							
14	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.							
15	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.							
16	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.							
17	Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspectivas.							
18	Por vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.							
19	A minha vida tem um propósito.							
20	Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.							
21	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.							
22	Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.							
23	Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.							