IZETE SOARES DA SILVA DANTAS PEREIRA

**SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA DOS IMIGRANTES
GUINEENSES EM PORTUGAL**

Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Prática de Saúde
Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do Grau de Doutor

Área de concentração:
Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra.
Nelly Martins Ferreira Candeias

São Paulo
2001

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

42502/2002 doc

AGRADECIMENTOS

Deixo o meu agradecimento a todas as pessoas cujos contributos, diretos e indiretos, tornaram possível a realização deste trabalho, e, em especial:

À Prof^a. Dr.^a Nelly Martins Ferreira Candeias, Orientadora, pela amizade, mas também pela compreensão, profundo conhecimento sobre o assunto e forma com que orientou este trabalho.

À Prof^a. Dr.^a Isabel Bicudo, amizade e apoio expressos.

Ao Prof. Dr. Kabengele Munanga, pela amizade e incentivo proporcionado ao longo dos últimos anos.

Aos membros da Banca examinadora Prof^a. Dr.^a Helena Ribeiro e ao Prof. Dr. Carlos Serrano pelas valiosas sugestões.

Às Professoras Dr.^a Evelyn Naked e Dr.^a Alice Derntl, pela amizade.

À Prof^a. Doutora Anna Feitosa, pela amizade e incentivo.

À Dr.^a Hogla Cardoso Murai pela amizade, apoio e solidariedade sempre presentes em todo este percurso.

À Maria Lúcia pelo apoio na revisão bibliográfica.

À Sara Loureiro pelo apoio na elaboração do abstract.

Aos amigos Adozinda, Mary e Mauro pela amizade.

Às amigas Sónia, Antónia, Carmem e Alice pelo apoio durante a fase de coleta de dados.

Aos amigos das Secretarias do Departamento de Prática e da Pós-Graduação.

Ao CNPq-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro à investigação sem o qual não teria sido possível a realização deste trabalho.

Às minhas filhas: Aline, Lara e Bruna, pelo incentivo, afeto, e colaboração na digitação, tradução de textos e apoio informático durante a elaboração do trabalho.

Ao meu marido, João Dantas Pereira, pela amizade, incentivo e, ainda pelo apoio logístico, decisivo, na final da tese.

RESUMO

Pereira, ISSD. **Saúde e Condições de vida dos imigrantes guineenses em Portugal**. São Paulo, 2001. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP]

Objetivo. Conhecer as condições de vida e de saúde da população imigrante guineense que vive em Portugal, a partir de variáveis sócio demográficas e culturais, identificando o processo migratório e as infra-estruturas. **Métodos.** O estudo realizado foi do tipo “survey” tendo sido entrevistadas 139 pessoas, através de formulário. **Resultados.** A população estudada é, constituída, em sua maioria, por homens, adultos, maiores de 18, e menores de 47 anos residentes em Portugal há mais de 15 anos. Procedem dos setores urbanos da Guiné-Bissau, possuem baixo nível de escolaridade, dominam pouco a língua portuguesa e desenvolvem atividades não especializadas. As causas da emigração devem-se a problemas sócio-econômicos e políticos. Desconhecem a legislação para a entrada e permanência de estrangeiros em Portugal. A ajuda de familiares é essencial em todas as fases do percurso migratório. Acreditam que a vida no país de acolhimento é melhor do que na Guiné-Bissau. Pretendem retornar, tão logo reúnem condições. A saúde é entendida, pela maioria como ausência de doença, sendo poucas as ações em função da prevenção e promoção da saúde. **Conclusões.** Os problemas de saúde estão relacionados com os estilos de vida. As dimensões holísticas da saúde, não são contempladas. A participação comunitária é quase inexistente, Atribuem às instâncias superiores a resolução dos seus problemas. As preocupações remetem para formas de sobrevivência.. O mito do retorno leva a população a encarar a permanência em Portugal como etapa transitória.

Descritores. Migração. Promoção da saúde. Qualidade de vida. Guineenses. Portugal

SUMMARY

Pereira, ISSD. Saúde e condições de vida dos imigrantes guineenses em Portugal {**Health and conditions of life of Guinea-Bissau immigrants in Portugal**} São Paulo (BR); 2001. {Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo}.

Objective. This study outlines the profile of the Guinean immigrant population living in Portugal, from cultural, demographic and social variables. It identifies the health and living conditions of that population as well the migratory process and the infrastructure.

Methods. The study in question was a survey and it included 139 (one hundred and thirty-nine) people, interviewed through a questionnaire. **Results.** The study showed that the population is mostly made up of adult men (their ages range from 18 to 50) who have lived in Portugal for more than 15 years. They come from the urban sectors of Guinea-Bissau, have a low level of schooling, have no command of the Portuguese language and carry out unskilled activities. The reasons that led them to emigrate from their country of origin are related to political and socio-economic problems that prevent them from having access to the basic necessities of the population. As they did not know the legislation concerning the entry and permanence of foreigners in Portugal many of them started living there in a clandestine situation. The help of their families is vital at every stage of the migratory process. They believe that life in the foster country is far better than the one they led in Guinea-Bissau; however, they intend to go back there as soon as they can afford it. Health is understood, by most people, as absence of illness; thus, preventive actions towards health promotion have little significance. Measures related to the social and mental dimensions of health are scarce. **Conclusions.** Health in its different dimensions and from a holistic approach is not considered in people's everyday life. They are mostly affected by problems stemming from certain lifestyles, namely by chronic or degenerative illnesses. The concerns of the population have to do with ways of survival in the foster country, again the problem which was responsible for the migratory process. The solution to problems, even those affecting the community everyday life, is handed over to the authorities. Most times that happens due to the myth of return, which leads them to consider their permanence in Portugal just as a transitory stage of their lives.

Descriptors: Immigration. Health promotion. Quality of life. Guinea-Bissau. Portugal.

ÍNDICE

	Pág.
Introdução	1
1.1 Migrações em Portugal	3
1.2 Migrações da Guiné-Bissau para Portugal	7
1.2.1 Breve caracterização da Guiné-Bissau	17
1.2.2 Migração Guineense	19
1.3 Migrações: aspectos teóricos e conceituais	24
1.3.1 Teorias e modelos	26
2. Promoção da saúde: aspectos teóricos e conceituais	36
2.1 Conferências sobre promoção da saúde	44
2.1.1 Conferência de Ottawa	44
2.1.2 Conferência de Adelaide	48
2.1.3 Conferência de Sundsval	49
2.1.4 Conferência de Bogotá	51
2.1.5 Conferência de Jacarta	52
2.1.6 Conferência do México	54
2.2 Saúde e qualidade de vida	56
2.3 Visão holística da saúde	62
3. Objetivos	70
3.1 Objetivo geral	70
3.2 Objetivos específicos	70
4. Metodologia	71
4.1 Tipo de estudo	71
4.2 Local do estudo	71
4.3 População do estudo	73
4.4 Coleta de dados	74
4.5 Tratamento dos dados	75
5. Análise e discussão dos resultados	76
5.1 Língua portuguesa	76
5.2 Sexo e faixa etária	80
5.3 Estado civil	84
5.4 Escolaridade	85
5.5 Estrutura profissional/ocupacional	90
5.6 Procedência dos imigrantes	95
5.7 Causas da emigração	96
5.8 Características da migração	99
5.9 Atividades dos imigrantes	107
5.10 Tempo de residência em Portugal	108

5.11 Moradia	110
5.12 Atividades remuneradas	111
5.13 Nacionalidade	114
5.14 Imigração clandestina e políticas de imigração	115
5.15 Inserção laboral dos imigrantes	117
5.16 Meios de subsistência	119
5.17 Comparação de qualidade de vida	122
5.18 Saúde social	125
5.19 Atividades de lazer	127
5.20 Participação em associações	129
5.21 Racismo e discriminação	131
5.22 Costumes e tradições	134
5.23 Condições de residência	136
5.24 Condições de saúde	140
5.25 Comportamentos preventivos	145
5.26 Comportamentos perante à saúde	148
5.27 Vacinação	150
5.28 Hábitos prejudiciais	152
5.29 Métodos contraceptivos	154
5.30 AIDS	155
5.31 Conceito de saúde da população	158
5.32 Problemas percebidos pela população	163
5.33 Dimensão espiritual	167
5.34 Noção de qualidade de vida	169
5.35 Ambiente e infra-estruturas	172
 Conclusões	 178
Recomendações	181
Referências	182

Anexos

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Imigrantes guineenses em Portugal. 1986-1998	23
Gráfico 2. Características do idioma português falado pelos entrevistados	77
Gráfico 3. Língua falada nas residências dos imigrantes guineenses	79
Gráfico 4. Desejo de voltar para a Guiné-Bissau	123

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1. Resumo das principais teorias das migrações, respectivos variantes e argumentos	34
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de atração/repulsão de Ravenstein	29
Figura 2. Dimensão holística da saúde	64

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Distribuição da população segundo sexo e faixa etária.	81
Tabela 2. Distribuição da população segundo o estado civil.	84
Tabela 3. Distribuição da população segundo escolaridade e sexo.	87
Tabela 4. Distribuição da população segundo profissão/ocupação e sexo.	91
Tabela 5. Distribuição da população segundo motivos para emigrar.	97
Tabela 6. Distribuição da população segundo o responsável e o tipo de apoio recebido para emigrar.	101
Tabela 7. Distribuição da população segundo as informações sobre legislação antes de emigrar.	105
Tabela 8. Distribuição da população segundo a atividade no ano anterior a vinda para Portugal.	107
Tabela 9. Distribuição da população segundo o tempo de residência em Portugal até o ano 2000.	109
Tabela 10. Distribuição da população segundo com quem moram.	110
Tabela 11. Distribuição da população segundo o tempo para conseguir uma atividade remunerada.	112
Tabela 12. Distribuição da população segundo a nacionalidade.	114
Tabela 13. Distribuição da população segundo a inserção no mercado de trabalho.	117
Tabela 14. Distribuição da população segundo os meios de subsistência.	120
Tabela 15. Distribuição da população segundo comparação entre a qualidade de vida em Portugal e na Guiné-Bissau.	122
Tabela 16. Distribuição da população segundo a nacionalidade dos amigos.	126

Tabela 17. Distribuição da população segundo atividades de lazer.	127
Tabela 18. Distribuição da população segundo fontes de discriminação.	132
Tabela 19. Distribuição das respostas da população segundo a continuidade e aspectos culturais.	134
Tabela 20. Distribuição da população segundo condição de residência.	137
Tabela 21. Distribuição da população segundo a relação entre o número de pessoas e o de dormitórios.	139
Tabela 22. Distribuição da população segundo os problemas de saúde.	141
Tabela 23. Distribuição das mulheres segundo a realização de exames preventivos.	145
Tabela 24. Distribuição da população segundo a periodicidade com que vai ao médico.	149
Tabela 25. Distribuição da população segundo hábitos de fumar e consumir bebidas alcoólicas.	153
Tabela 26. Distribuição da população segundo o significado do que é saúde	160
Tabela 27. Distribuição dos problemas percebidos pela população como preocupantes.	163
Tabela 28. Distribuição da população segundo religião.	167
Tabela 29. Distribuição das respostas da população sobre o que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida.	170

INTRODUÇÃO

A saúde das populações imigrantes vem interessando estudiosos, nos últimos anos, na medida em que este aspecto se constitui de fundamental importância refletindo as condições de vida das mesmas nas sociedades de acolhimento. A saúde, definida como ausência de doenças, em tempos passados, atualmente, engloba o conceito de qualidade de vida e uma perspectiva holística que abrange as dimensões do indivíduo em seu aspecto físico, mental, social, sexual, emocional e espiritual bem como no contexto ambiental e societário. Assim sendo, a saúde pode ser entendida como determinante e determinada pelas reais condições de vida.

A escolha do tema deve-se ao fato de haver pouco conhecimento sobre a saúde e as condições de vida dos imigrantes dos países Africanos de Língua Oficial Portuguesa –PALOP, em especial dos provenientes da Guiné Bissau em Portugal. O interesse decorre, ainda, da escassez de estudos atualizados, de teor sócio demográfico e sanitário, sobre os guineenses, que permitam dar uma idéia, o mais aproximada possível, do fenômeno na sociedade portuguesa.

O estudo está estruturado em cinco partes e segue as orientações sugeridas pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para apresentação de teses.

Na primeira é feita uma abordagem teórica sobre o fenômeno migratório na Europa, em Portugal, e na Guiné-Bissau. Cita-se alguns teóricos que estudaram o fenômeno e as interpretações sobre a migração que tem servido de suporte para a análise do problema, a partir do Século XX. Para isto foi de especial relevância o trabalho de ROCHA-TRINDADE¹⁶¹, BAGANHA^{7, 8, 9, 10, 11} e MACHADO^{93, 94, 95, 96, 97, 98, 99}, representando, este último, o autor que tem estudado os imigrantes guineenses de forma mais sistemática.

A Segunda parte aborda questões relacionadas com a promoção da saúde enquanto processo de envolvimento de pessoas, grupos e instituições, governamentais ou não, e como política social diretamente relacionada à qualidade de vida das populações. A fundamentação teórica tem por base as Conferências sobre Promoção da Saúde que, desde 1986, vem sendo realizadas em várias parte do mundo.

Na terceira parte do estudo são apresentados os objetivos: geral e os específicos.

A quarta refere a metodologia, apresentando o local do estudo, população, instrumento utilizado e a forma de coleta e tratamento dos dados

Finalmente, na quinta parte faz-se a apresentação, análise e discussão dos dados coletados, a partir das entrevistas realizadas com a população do estudo. A abordagem teórica, em que se fundamenta a análise para o processo migratório é o modelo de atração-repulsão complementado por outros modelos e teorias mencionadas no primeiro capítulo. Quanto ao componente saúde utilizou-se os princípios recomendados pelos Congressos realizados sobre Promoção da Saúde.

As conclusões e recomendações compõem a parte final do referido trabalho.

Para as citações da bibliografia, optou-se pelo sistema numérico, onde as mesmas são identificadas por números e em ordem alfabética.

1. MIGRAÇÕES NA EUROPA

Os fluxos migratórios, na Europa, têm vindo a se alterar, no decorrer das duas últimas décadas, tanto no que se refere a sua amplitude, como na sua organização e natureza. A natureza das migrações transformou-se com o abrandamento do crescimento econômico e o aumento da taxa de desemprego nos países europeus. A nível oficial e institucional, isso pôs um fim a migração econômica de trabalhadores. No entanto, os fluxos no seu conjunto, independentemente do destino, não diminuíram. Por um lado, porque continuam a existir motivos para a imigração, e, por outro, porque se diversificaram os canais.^{11, 161, 163}

As migrações decorrem de um macro modelo de organização mundial, reflexo da interdependência das relações econômicas, políticas, sociais e culturais que se estabelecem entre nações e grupos de países. Os comportamentos sócios demográficos indiciam a situação política, econômica e social dos países emissores e receptores das correntes migratórias, mas também as mudanças conjunturais que ocorrem em espaços mais amplos.^{4, 11, 61}

A população residente em alguns países da União Europeia é constituída por grandes contingentes de indivíduos de nacionalidade estrangeira, que residem em suas principais cidades. Sabe-se que Paris tem 40% da população imigrante; os restantes distribuem-se por outros locais de França, como Marselha e Lyon. Frankfurt tem, cerca de 22,0%, de imigrantes. Em Birmingham estima-se que os imigrantes são 20,0%. As quatro maiores cidades dos Países Baixos: Amsterdã, Roterdã, Haia e Utrecht tem cerca de 60,0%, de residentes que são imigrantes. Esses dados confirmam que os fluxos de imigrantes na Europa, nos últimos anos, não têm diminuído, como já foi referido anteriormente.¹⁶³

A pressão exercida no sentido Sul/Norte, que fundamentalmente caracterizou a mobilidade populacional intra europeia até os anos oitenta, foi protagonizada pelos países da Bacia Mediterrânea, Espanha, Portugal, Itália e Grécia, como emissores, e França, Alemanha e países do BENELUX (Bélgica, Holanda e Luxemburgo) como receptores. Essa pressão fora complementada por fluxo migratório extra europeia proveniente do Magrebe e da Turquia, de regiões super-povoadas e carentes da Ásia

e da América Latina e, ultimamente, do Leste Europeu e da África Sub-Saariana.^{1,138, 163}

Após a 2ª Guerra Mundial, a Europa assistiu a intensos fluxos migratórios provocados pelas alterações de fronteiras e de regimes políticos. Na década de cinquenta, a reconstrução dos países integrados no plano Marshall induziu um novo tipo de fluxos migratórios originários dos países europeus menos desenvolvidos, que se caracterizavam por excedentes da população rural. Esse movimento acentuou-se na década de sessenta. Também nesse período alguns dos países europeus mais desenvolvidos passaram a encorajar a imigração de populações não europeias, alargando o espaço geográfico de recrutamento da mão-de-obra estrangeira.

No final da década de 50 até a década de 70 do século XX, as condições do mercado de trabalho nos países de acolhimento foram os principais motivos da imigração para os países do Ocidente e do Norte da Europa: Alemanha, BENELUX, (Bélgica, Holanda e Luxemburgo) França e Reino Unido. O abrandamento do crescimento demográfico devido às condições existentes antes da Grande Guerra, e às perturbações causadas pela guerra, bem como o novo arranque da economia, modernizações da indústria, reconstruções, etc, fizeram sentir a necessidade de mão-de-obra. Nessas condições, o ajuste demográfico para o trabalho realizou-se através da imigração proveniente dos países do sul da Europa: Itália, Espanha, Grécia, Portugal, Turquia, ex – Iugoslávia, e também do Magrebe para os países do Ocidente e do Norte da Europa.^{54, 57,72,138,139,142,163}

Até ao início dos anos setenta, a maior parte dos países da Europa Ocidental acolheu grandes fluxos de imigrantes, à exceção da Grã-Bretanha, que tentou restringir a imigração oriunda das ex-colônias a partir de 1962.

O objetivo principal dos países envolvidos nesse processo, era o recrutamento de uma força de trabalho temporária que pudesse responder à rápida acumulação de capital e à concentração da produção, sem comprometer os níveis de pleno emprego da população nacional. A partir do momento em que o processo de reunificação familiar foi desencadeado, os objetivos do sistema foram ameaçados pela transformação de um contingente de trabalhadores temporários em trabalhadores permanentes.¹⁶³

A crise gerada pelo choque petrolífero e as subseqüentes alterações tecnológicas e a redução da importância do fator de produção provocaram mudanças na política de imigração dos países da União Européia. A finalidade dessa nova política passou a ser o de reduzir a imigração, quer incentivando o regresso aos países de origem, quer restringindo, ao máximo, a entrada de novos imigrantes.^{11, 27, 88, 103}

Em meados dos anos 70, os países europeus de imigração, a Alemanha em Novembro de 1973, a França em Julho de 1973, e a Bélgica, em Agosto de 1974, decidiram reduzir, e mesmo suprimir, a imigração de trabalhadores estrangeiros. Essa decisão deveu-se às alterações do panorama económico, quer a nível da oferta de trabalho (aumento das taxas de participação feminina, acesso ao mercado de trabalho de inúmeras gerações do baby-boom), quer ao nível do abrandamento do crescimento e à subida da taxa de desemprego. Essas novas condições reduziram significativamente a procura de trabalho estrangeiro e a imigração deixou de ser um mecanismo necessário para o ajuste do mercado de trabalho.^{161, 163}

Assim sendo, a imigração de trabalhadores deveria ser interrompida para não prejudicar o emprego e os salários dos cidadãos nacionais e dos estrangeiros já estabelecidos. A interrupção da imigração pretendia que os eventuais postos de trabalho, vagos ou criados, fossem ocupados ou por cidadãos nacionais ou por estrangeiros, já presentes no território. Em contrapartida, a chegada de mão-de-obra suplementar teria tendência para aumentar o desemprego e /ou reduzir os salários.^{7,9, 11,12,46,161}

No período compreendido entre a década de oitenta e o início da de noventa, os fluxos de imigração aumentaram significativamente nos países de destino. A partir de 1993, essa tendência cessou e observou-se, num grande número de países europeus, uma certa estabilização. Assim, na Bélgica, Dinamarca, Finlândia e na Noruega, bem como no Luxemburgo e no Reino Unido os fluxos estabilizaram. Entretanto na Alemanha, Suíça, Suécia e em França houve uma diminuição significativa. Mesmo assim, a Alemanha continuou a ser o país europeu com mais imigração, tendo registrado cerca de 700.000 mil entradas, em 1996, para 560.000 mil saídas.¹⁶³

Ainda na década de noventa, os conflitos na Albânia e nos Bálcãs e a questão Curda, na Turquia, fizeram com que os refugiados se dirigissem para os países de

centro da Europa. Inicialmente, essa situação enquadrava-se na problemática da concessão de asilo. Contudo, as dimensões do fluxo de refugiados e o fato da concessão de asilo não serem temporários, levaram à eclosão de atitudes xenófobas nos principais países de acolhimento, onde os asilados passaram a ser comparados com os imigrantes.⁴⁶

A distribuição das entradas, de acordo com a nacionalidade dos imigrantes, reflete as evoluções da população estrangeira residente nos países europeus: manutenção das correntes tradicionais e diversificação das origens. Isto significa que continua a decorrer as correntes migratórias antigas: em França os argelinos e os marroquinos representam os maiores fluxos; na Alemanha, as nacionalidades mais representativas são a turca, ex-Iugoslava, italiana e grega; no Reino Unido, a principal corrente, oriunda dos países em desenvolvimento, provém da Índia; em Luxemburgo, o fluxo mais importante é proveniente de Portugal.¹⁰ A imigração e o emprego dos trabalhadores estrangeiros na Europa foram adquirindo uma estrutura dualista no mercado de trabalho. A mão-de-obra nacional tende a ocupar os melhores empregos, enquanto que a mão-de-obra estrangeira tem atividades laborais pouco qualificadas, não chegando a competir com a nacional.⁴⁶

A complexidade econômica e social dos movimentos populacionais atualmente na Europa, são vistas com apreensão pelas instituições e governos da União. Este aspecto tem justificado o adiamento da livre circulação de pessoas no interior do espaço comunitário. A concepção e aplicação de uma política comum no domínio da imigração e do asilo, são resultantes das dificuldades de compatibilizar e articular os compromissos políticos, anteriormente assumidos por alguns Estados-membros com as suas ex-colônias. De qualquer modo, a Europa tem vindo a assumir, por diferentes formas, a sua multiculturalidade. O reconhecimento da necessidade de um relacionamento intercultural entre grupos de diferentes proveniências; a criação de mecanismos para promover a inserção social e econômica dessas comunidades imigradas é formas de combater o conflito interétnico, a intolerância xenófoba e a exclusão.⁴⁶

Apesar dos índices de migração laboral, para esses espaços territoriais terem diminuído, consideravelmente, outras categorias de imigrantes continuam a afluir de forma progressiva, como, por exemplo, os requerentes de asilo. Começam a surgir,

novas correntes vindas da Ásia e do Leste da Europa. As migrações do Este para Oeste passaram a ser significativas, sobretudo na Alemanha, e, em menor grau, no Reino Unido, Áustria e países do Norte da Europa. Nestes últimos, predominam a Polónia, Romênia e Hungria. Os fluxos provenientes da Ásia destinam-se a quase todos os países da Europa: indianos, paquistaneses e cingaleses no Reino Unido; iraquianos e iranianos na Suécia; paquistaneses e cingaleses na Noruega; iraquianos na Dinamarca e cingaleses em França.^{142, 163}

Em Portugal, os fluxos migratórios seguem a tendência verificada nos outros países europeus, com a particularidade de que a maior parte desse fluxo é constituído por indivíduos provenientes de países de língua oficial portuguesa, como será exposto a seguir.

1.1 Migrações em Portugal

O fenómeno migratório português tem uma tradição secular. Os contatos multiculturais, impulsionados pelas migrações, têm sido contínuos em sua história. Os fluxos migratórios com destino a Portugal não constituem um fenómeno isolado. Inscrevem-se na dinâmica populacional da Europa e do mundo de hoje.¹⁶¹

Em Portugal, após longo período de emigração, passou-se a sentir uma falta de mão-de-obra no setor secundário, fazendo com que a emigração passasse a ter efeitos negativos de carácter económico. Quando Portugal entrou numa fase de maior desenvolvimento económico, surgiu a necessidade de recorrer – tal como os outros países da Europa – à mão-de-obra estrangeira a fim de compensar a necessidade que a emigração provocara.^{8, 10, 46, 54}

Portugal é simultaneamente ponto de partida e de chegada. Ou seja, da mesma forma que recebe da União Europeia profissionais altamente qualificados, e para lá envia trabalhadores pouco qualificados, recebe dos PALOP trabalhadores pouco qualificados, enviando para lá quadros e profissionais com perfil idêntico aos que recebe da União Europeia.^{7, 8, 16, 60, 66}

ROCHA-TRINDADE¹⁶¹, numa retrospectiva histórica, afirma que a existência de diferentes grupos étnicos no atual território português é anterior à era cristã. Residiram em Portugal, Iberos, Lusitanos e Fenícios. Às invasões bárbaras pelo

Norte do território juntaram-se celtas e visigodos. A entrada dos árabes no sul da península ibérica deu origem a um extenso povoamento de mouros que aí permaneceram mesmo após a Reconquista iniciada com Afonso Henriques. A partir do século VI, registram-se os primeiros vestígios da presença de judeus. Bastante numerosos ao longo de toda a Idade Média, os judeus criaram comunidades dispersas pelo país. As judiarias de Lisboa e Porto e, em menor grau, as de Lamego, Santarém, Benavente e Évora, adquiriram especial importância. A vivência da comunidade judaica de Belmonte, na Beira Interior, constitui, até hoje, um exemplo ilustrativo desse fato.¹⁶¹

As comunidades ciganas chegaram a Portugal há cerca de quinhentos anos. Mantendo especificidades culturais próprias, os ciganos representam atualmente uma importante minoria étnica no espaço português.¹⁶¹

O tráfico de escravos negros, efetuado por navegadores e viajantes portugueses desde o século XVI, determinou a existência de um significativo contingente de africanos em território nacional, concentrados predominantemente em Lisboa. Com a abolição da escravatura, em Portugal, no XVIII, (1761) e a progressiva miscigenação com a população portuguesa, a sua presença viria, gradualmente a diminuir.¹⁶¹

A vinda para Portugal de contingentes populacionais provenientes de outros países da Europa processa-se sobretudo a partir do século XIX, sendo aqueles originários de Espanha, em especial da região da Galiza, Grã-Bretanha, Alemanha e França e do continente americano, predominando, nesse caso, os oriundos do Brasil.¹⁶¹

Na década de sessenta, o governo português iniciou uma política massiva de recrutamento de cabo-verdianos tendo como objetivo preencher a falta de mão-de-obra decorrente da emigração dos portugueses para a Europa e do recrutamento militar para a guerra colonial. Em 1971/72, os barcos que levavam os militares para a guerra, em África, passavam por Cabo-verde, no regresso, para trazer imigrantes. Segundo o Censo de 1981, 47% dos cabo-verdianos, então residentes, declararam ter imigrado para Portugal antes de 1973.^{98,99, 161,165}

No que diz respeito ao poder de atração exercido por Portugal, pode-se dizer que, até meados dos anos sessenta houve um primeiro momento de mudança. Até então o número de estrangeiros residentes era reduzido e constituído por pequenos grupos de

origem europeia, alguns envolvidos com atividades econômicas ligadas ao comércio do vinho do Porto e a exploração mineira.¹⁶¹

Na década de setenta dá-se a Revolução dos Cravos, marco decisivo na vida política, econômica e social do país, com reflexo acentuado no fenômeno migratório. Portugal passa a ser, também, um país de imigração, com correntes migratórias de três tipos: europeia, transoceânica e africana.^{67, 70} Após 1974 constata-se a conjugação de movimentos muitos diversos. Entre esses, são de salientar, por um lado, a retração da emigração para as nações do centro da Europa, conjugado com o retorno dos emigrantes aí estabelecidos, e, por outro, os efeitos da “descolonização,” com o repatriamento dos portugueses residentes nas colônias e a imigração proveniente dos PALOP.^{99,132,165,166}

A partir do período 1973/74, por razões de ordem conjuntural, cujo impacto foi sentido em primeiro lugar nos países da Europa Ocidental, surgiram restrições à entrada de novos imigrantes em Portugal. Isso decorreu da crise petrolífera de 1973, acompanhada da recessão na economia dos países industrializados mais dependentes daquela fonte de energia. Houve também motivos de ordem política e ideológica. A renovação dos contratos de trabalho, conjugada com os mecanismos de reunião familiar, deu origem à intensificação da competição entre os imigrantes e a restante população. Os benefícios sociais tais como educação, habitação e saúde, entre outros, aumentaram os custos sociais da imigração e passaram a ameaçar a estabilidade social das nações importadoras de mão-de-obra. As tensões resultantes da transformação dos imigrantes temporários em imigrantes permanentes envolveram o Estado com responsabilidades sociais que, até aí, eram atribuídas aos empregadores.^{7, 8, 11, 99, 161, 165}

A partir de meados dos anos oitenta, a imigração de natureza laboral assume maior expressão em Portugal, em termos quantitativos e qualitativos. Consolida-se no caso cabo-verdiano e aumenta nos restantes PALOP, especialmente em Angola e Guiné-Bissau. Três tipos de fatores favoreceram o rápido crescimento da imigração nesse período.⁹⁵

Primeiro, no mercado de trabalho, passa a haver evidente sincronia entre o reforço da política de obras públicas e o aumento progressivo do número de imigrantes dos

PALOP nesse setor de atividade, sobretudo nas regiões de Lisboa, Vale do Tejo e Algarve.

O segundo fator é de natureza política e diz respeito a posição do Estado português face à imigração. Durante toda a década de oitenta, a ausência de mecanismos de controle facilitou a entrada de imigrantes. Os países europeus, tradicionais receptores, já haviam imposto fortes restrições à entrada de estrangeiros extra comunitários. A omissão política, face à imigração e aos imigrantes teve graves implicações. Ao manter as questões da imigração despolitizada o Estado impediu os imigrantes de exercerem ações políticas, criando uma convergência funcional entre ausência de estatuto legal e formas de inserção dos imigrantes no mercado de trabalho, provocando situações de discriminação.⁴⁶

O terceiro fator, de natureza eminentemente social, e relaciona-se com a formação de redes migratórias, articulando, ou não, entre determinados pontos de partida e de chegada. A passagem à prática de intenções migratórias exige que os potenciais migrantes tenham acesso a redes de relacionamento interpessoal, que os apoiem, após a chegada, facultando-lhes a informação sobre oportunidades de trabalho. Essas redes funcionam como elementos de intermediação entre os atores individuais e as forças estruturais de atração e repulsão. Não só apoiam, como estimulam novas correntes migratórias, contribuindo para explicar a persistência de determinados fluxos populacionais, mesmo quando cessam as condições estruturais que lhes deram início.⁹⁶

Na década de oitenta, a crise brasileira do endividamento externo e o surto de crescimento econômico em Portugal, (decorrente da adesão à Comunidade Económica Europeia, e a queda do preço do petróleo) provocaram o aumento da imigração brasileira e determinaram o seu padrão técnico visto a maior parte dos imigrantes pertencerem à classe média. A imigração brasileira, até então reduzida, ganhou impulso. Convém acrescentar que, entre os originários dos países de expressão portuguesa, os brasileiros apresentam a maior percentagem de trabalhadores autónomos. Calcula-se que 46,4% dos brasileiros ativos têm profissões técnico-científicas (informáticos, televisão e rádio, médicos, dentistas, engenheiros etc.). Entre estes, é bastante elevado, o número dos profissionais liberais independentes. Como comparação, deve-se referir que, em 1998, 42,4% dos

estrangeiros ativos, cidadãos da União Europeia também tinham também profissões técnicas e científicas.^{46, 98, 99, 161, 163, 165}

Além do Brasil, a imigração da América Latina mais significativa é a proveniente da Venezuela. Esta imigração, assim como a canadense, resulta da contracorrente de emigração portuguesa, fato comprovado pela localização da residência em Portugal. Em 1997, 78,0% dos imigrantes venezuelanos, assim como 34% dos canadenses, fixaram-se na Madeira e nos Açores respectivamente. A elevada percentagem de quadros entre a imigração venezuelana e canadense prende-se, à implantação de empresas e de negócios daqueles países em Portugal. Essa é, também, a explicação para 66% dos imigrantes provenientes dos EUA terem profissões técnico-científicas ou serem dirigentes de altos postos administrativos. É, também, nos Açores e Distritos que se localiza, a maior a incidência de uma imigração que corresponde à contracorrente da emigração portuguesa para os Estados Unidos da América – EUA.¹⁶⁵

O contingente global dos originários dos PALOP tem vindo a registrar um aumento generalizado, muito embora a evolução quantitativa se tenha dado em ritmos diferentes. Observa-se a seguinte situação: os imigrantes cabo-verdianos ocupam uma posição de supremacia numérica sobre os demais, embora o seu peso relativo tenha vindo a diminuir; os provenientes da Guiné-Bissau demonstram uma evolução crescente; os São-tomenses revelam também um aumento progressivo, ao lado dos moçambicanos, sendo de salientar, entre estes o crescimento do segmento indiano. Em sintonia com a tendência geral, o número de angolanos apresenta também um aumento. Para estes, além das razões sócio económicas semelhantes às existentes nos outros PALOP, que contribuem para o aumento da emigração, o panorama é agravado ainda mais pela situação política existente.¹⁶⁵

Entre as populações dos territórios colonizados por Portugal, regista-se ainda a imigração dos naturais de Timor-Leste e de Macau.¹⁶³

A proveniência geográfica dos estrangeiros radicados em Portugal não se restringe apenas à África de língua oficial portuguesa. O número de imigrantes provenientes do Brasil, América do Norte, Reino Unido, Espanha, Alemanha e da França é também muito significativo. Possuem, contudo, um nível sócio-económico superior aos da maioria dos africanos. A chegada destes cidadãos veio acentuar, ainda mais, o

caráter heterogêneo da população residente em Portugal. Os movimentos migratórios, que para Portugal se deslocam, são constituídos por indivíduos de origens geográficas e culturais muito diversificadas e emergem também de conjunturas políticas e econômicas bastante desiguais.^{46, 163}

Entre os asiáticos distinguem-se dois pólos principais de origem: a Índia e a China. Os imigrantes indianos englobam os três países da região: Índia, Paquistão e Bangladesh. É uma imigração que segue a corrente aberta em 1975 com a chegada de moçambicanos dessas etnias. Poucos qualificados, esses novos imigrantes, trabalham, essencialmente, para patrões hindus em atividades comerciais. No entanto, há uma percentagem significativa de profissionais qualificados, quase todos de origem goesa ou hindu, que exercem outras atividades.^{46, 163}

A imigração chinesa é mais recente. Originou-se por ocasião da devolução de Macau à República Popular da China. Concentra-se nas atividades de hotelaria e restauração, trabalhando nos setores dos serviços e comércio. Cerca de 88% desses imigrantes são empregados por patrões de origem chinesa.^{46, 163}

Tendo em vista o estabelecimento gradual de normas comuns para os países da União Européia, foi assinado em 1990 o acordo de Schengen, entre os países que formam o BENELUX e, ainda, Itália, França, Alemanha, Espanha, Grécia e Portugal. Esse acordo visa a supressão do controle das fronteiras comuns e prevê cuidadosa vigilância à entrada de estrangeiros no território comunitário. Desde então, algumas medidas passaram a ser tomadas, por Portugal, no sentido de controlar a entrada de imigrantes, inclusive brasileiros.^{27, 46}

O Acordo de Schengen, realizado entre os cinco países, Alemanha, França, Bélgica, Países Baixos e Luxemburgo em 1985, resultou na Convenção de Schengen, assinada pelos mesmos países, em 19 de julho de 1990. Posteriormente, vários outros países aderiram à Convenção, entre os quais Portugal, em 25 de junho de 1990. Atualmente, fazem parte do acordo quase todos os países da União Européia, com exceção da Dinamarca, Irlanda e Reino Unido. Os países signatários assumiram a Convenção como um instrumento de coordenação, visando a assegurar a livre circulação das pessoas no interior das fronteiras comuns e a harmonização e controle das políticas de imigração. Essa Convenção não interfere no processo de regulamentação da imigração, visto que em suas normas esse aspecto permanece da

exclusiva responsabilidade das partes contratantes. Desse modo, estrangeiros residentes em cada um dos países da Convenção não têm o direito de livre circulação no espaço Schengen. Se um estrangeiro penetrar em outro país desse território, é obrigado a declarar-se às autoridades nos três primeiros dias subseqüentes à sua entrada.^{27, 46}

A definição de “estrangeiro” estipulada na Convenção de Schengen, de que Portugal é signatário, e cujo acervo foi integrado no Tratado da CE pelo Tratado de Amsterdã diz: “estrangeiro é qualquer pessoa que não seja originária de um dos Estados-Membros das Comunidades Européias”. Por sua vez, o Tratado da Comunidade Européia, no seu título IV, sobre “vistos, asilo, imigração e outras políticas relativas à livre circulação de pessoas” considera imigrantes os cidadãos de países terceiros. Assim sendo, a imigração em Portugal é constituída pelos estrangeiros que não são cidadãos comunitários.^{27, 174, 176}

A Constituição Portuguesa²⁰⁷ refere-se ao direito de emigração no parágrafo 2 do Artigo 44º, no Capítulo I sobre Direitos, Liberdades e Garantias Pessoais, nos seguintes termos “A todos (os cidadãos) é garantido o direito de emigrar ou de sair do território nacional e o direito de regressar”.

Nada existe sobre imigração. Existem direitos e garantias estabelecidos para os estrangeiros que, por inerência, se aplicam aos imigrantes. Os princípios gerais que regem os direitos dos estrangeiros constam no Artigo 15º da Constituição a saber:

“Os estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português; Excetuam-se do disposto no número anterior os direitos político, o exercício das funções públicas que não tenham caráter predominantemente técnico e os direitos e deveres reservados pela Constituição e pela lei exclusivamente aos cidadãos portugueses;

Aos cidadãos dos países de língua portuguesa podem ser atribuídos, mediante convenção internacional e em condições de reciprocidade, direitos não conferidos a estrangeiros, salvo o acesso à titularidade dos órgãos de soberania e dos órgãos de governo próprio das regiões autónomas, o serviço nas forças armadas e a carreira diplomática;

A lei pode atribuir a estrangeiros residentes no território nacional, em condições de reciprocidade, capacidade eleitoral ativa e passiva para a eleição dos titulares de

órgãos de autarquias locais; a lei pode ainda atribuir, em condições de reciprocidade, aos cidadãos dos Estados membros da União Europeia residentes em Portugal o direito a elegerem e serem eleitos Deputados ao Parlamento Europeu.”

De forma geral, a Constituição Portuguesa estabelece equiparação entre cidadãos nacionais e estrangeiros, no que se refere aos direitos e deveres fundamentais. Assim sendo, estão assegurados os direitos à saúde, educação, habitação, segurança social, etc. Os direitos dos trabalhadores estão consagrados nos termos do Art.º 59º– 1 da Constituição: “ todos os trabalhadores, sem distinção de idade, sexo, raça, cidadania, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, têm direito: à retribuição do trabalho, segundo a quantidade, natureza e qualidade, observando-se o princípio de que para um trabalho igual salário igual, de forma a garantir uma existência condigna; à organização do trabalho em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal e permitir a conciliação da atividade profissional com a vida familiar; à prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde; ao repouso e aos lazeres, a um limite da jornada de trabalho, ao descanso semanal e as férias periódicas pagas; à assistência material, quando involuntariamente se encontrem em situação de desemprego; à assistência e justa reparação, quando vítimas de acidente de trabalho ou de doença profissional.

O Estado português passou a reconhecer, portanto, a existência de um “problema imigração”, pondo em prática o processo de legalização extraordinária dos imigrantes clandestinos. Essa operação, cujo grau de cobertura ainda está por avaliar, adotou uma política severa de contenção da imigração ao nível da União Europeia e consagrada no acordo de Schengen.^{11, 16, 27}

Entre 1992 e 1994 os diplomas legais de regulamentação dos estrangeiros em Portugal foram alterados: regime de entrada, permanência, saída e expulsão. Devido à iminente imigração dos países do Terceiro Mundo e da Europa de Leste, os países da União Europeia adotaram uma política de redução da imigração com aumento das restrições de entrada e fixação de estrangeiros.²⁷

Em 8 de março de 1993, entrou em vigor a Lei de Estrangeiros, Decreto-Lei n.º 59/93, que trata da normalização da entrada e da permanência dos cidadãos não comunitários em Portugal. De acordo com essa lei, a competência de expulsar cidadãos estrangeiros ilegalmente residentes, até então exclusivamente dos tribunais,

passou a ser também da responsabilidade das autoridades administrativas do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras-SEF. Assim sendo, o processo de expulsão de imigrantes ilegais tornou-se, dessa maneira, muito mais ágil, a exemplo do que já ocorre em outros países europeus.

O caráter restritivo da nova lei estende-se à punição/criminalização do auxílio dado por qualquer cidadão português à imigração ilegal, aspecto esse, até então, inexistente. Os imigrantes clandestinos ficam sujeitos a multas, detenção e expulsão. Para os agentes da imigração e empregadores de mão-de-obra ilegal são previstas multas pesadas e prisão de até dois anos. (Cap. VIII, art. 93) Mesmo assim, as possibilidades de fiscalização ainda são reduzidas, sendo o número de expulsões e punições extremamente baixo. Entretanto, mantém-se a perspectiva controladora que obriga os cidadãos estrangeiros a comunicar ao SEF qualquer alteração na vida privada, tais como alteração de nacionalidade, estado civil e profissão.²⁷

A estimativa, a nível nacional, dos imigrantes ilegais é de cerca de 40.000. No entanto, em 1999, encontrava-se no Ministério da Administração Interna cerca de 20.000 pedidos de regularização ainda não concedidos. Há ainda imigrantes que por medo e falta de informação não requerem a legalização. A maioria dos ilegais parecem desconhecer que, no âmbito do Artigo 88 do Decreto-lei 244/98, podem pedir a legalização extraordinária.¹⁶³ Dados do governo português, fornecidos à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE, indicam que cerca de 20.000 pediram vistos em 1994. No ano anterior, 1993, esses pedidos totalizaram 8.000, constatando-se um aumento de 150%. Os imigrantes representam cerca de 1,7% da população de Portugal, estimada em dez milhões. Os africanos representam 46,2% do total de estrangeiros, cerca de 72.596 em um total de 157.075. Quase todos, 68.945 são provenientes dos PALOP. Se a eles forem somados os brasileiros, constata-se que mais da metade dos residentes estrangeiros, cerca de 55,7%, provêm de países de língua oficial portuguesa.⁴⁶

A legalização ou mesmo a naturalização não tem resolvido todos os problemas de ordem social, particularmente aqueles que se referem a uma harmoniosa integração social. Os problemas de inserção social e/ou laboral na procura do primeiro emprego, habitação, convívio social, etc. não se resolvem,

automaticamente, com a legalização ou mesmo com a aquisição da nacionalidade portuguesa.^{7, 16, 28, 31, 61}

O Decreto-Lei n.º 59/93, de 3 de março e a Lei n.º 25/94, de 19 de agosto, introduziu alterações à lei da nacionalidade. De acordo com esses instrumentos legais são considerados portugueses de origem os seguintes indivíduos: filhos de pai ou mãe portuguesa, quando nascidos em Portugal ou em outro território sob administração portuguesa; indivíduos nascidos em território português, filhos de estrangeiros que aí residam, com título de residência válido, há pelo menos seis anos, para os cidadãos da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP e 10 anos para os nacionais de outros países, que não estejam a serviço do respectivo país de origem e declarem o desejo de serem portugueses; indivíduos nascidos em território português, quando não optarem por outra nacionalidade; filhos menores, de pai ou mãe que adquiram nacionalidade portuguesa, podem também obtê-la mediante declaração; indivíduos casados a mais de três anos com um/uma cidadão/cidadã português/portuguesa podem adquirir a nacionalidade mediante declaração efetuada na altura do casamento.²⁷

O Governo também pode conceder a nacionalidade portuguesa a estrangeiros, desde que esses satisfaçam as seguintes condições: serem maiores ou emancipados face à lei portuguesa; residirem há, pelo menos, 6 anos em território português ou sob administração portuguesa; comprovarem a existência de uma ligação afetiva à comunidade nacional; conhecerem suficientemente a língua portuguesa; terem idoneidade cívica; possuírem capacidade para reger a sua própria pessoa e assegurar a sua subsistência.

Apesar das restrições implementadas surge, em alguns municípios, uma política de apoio à integração e à participação dos trabalhadores imigrados e das suas famílias na sociedade. Essas medidas visam a melhorar o acesso aos serviços sociais, como habitação, saúde e educação, através de Gabinetes de Apoio. Com a mesma finalidade, surgem também Organizações Não Governamentais – ONG – Obra Católica das Migrações, Associação Guineense de Solidariedade Social, SOS Racismo, Instituto de Apoio à Criança, entre outras.³¹

A discussão sobre o processo migratório dos guineenses para Portugal será tratada de forma mais detalhada a seguir.

1.2. Migração da Guiné-Bissau para Portugal

1.2.1 Breve caracterização da Guiné-Bissau

Antes de falar da migração dos guineenses para Portugal, convém fazer uma breve caracterização da Guiné Bissau, uma vez que os dados, a seguir apresentados, de uma certa forma, tentam explicar o porquê do fenómeno migratório.

A Guiné-Bissau é um pequeno país que integra o espaço designado PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Tem uma superfície de 36.125 Km², dos quais 28.000 Km² são constituídos por terras permanentemente imersas. As restantes revestidas de tarrafe, são cobertas, periodicamente, pelas marés. Possui uma parte continental, com um cordão de ilhas contíguo e uma parte insular, o arquipélago dos Bijagós, separada do continente pelos canais de Geba, Pedro Álvares, Bolama e Canhabaque.^{39, 133} Localiza-se na costa Ocidental de África. Limita-se a Norte com o Senegal, a Sul e Este com a Guiné Conacry, a oeste e a sudoeste com o oceano atlântico. (Anexo 1) O clima é do tipo predominantemente tropical-úmido, em decorrência da sua localização geográfica. As temperaturas são, em geral, elevadas durante todo o ano. As principais cidades da Guiné-Bissau são Bafatá, Gabú, Mansôa, Catió, Cantuchungo e Farim. O país é dotado de algumas riquezas naturais: reservas mineiras de bauxita, ilmenite e recursos florestais. O potencial de exportação de madeiras nobres é de cerca de 50 mil toneladas e o de carvão é estimado em 80 mil. Cerca de 12 milhões de hectares destinam-se à agricultura fluvial ou de irrigação, com destaque para o arroz que se constitui a principal produção. Além do arroz, outras culturas afiguram-se importantes, por se tratar de produtos de exportação, entre eles, amendoim, caju, copra, palmito, algodão e uma variedade de frutos tropicais. A Guiné-Bissau está entre os principais exportadores de caju mundiais.^{39, 133}

Apesar desse potencial, há uma desarticulação entre os diferentes componentes que integram o subsistema de infra-estruturas de desenvolvimento, composto por setores de apoio nos quais assentam as ações de desenvolvimento regional.¹³³

De acordo com os resultados preliminares do Censo de 1991, a estimativa, em 1994, era de que a Guiné-Bissau possuía cerca de 1.046.143 habitantes, correspondendo a uma densidade populacional de 27,8 habitantes por km². A taxa de natalidade e a de mortalidade situavam-se em torno de 42,9 e 23,0 por mil, respectivamente. É um país com uma população muito jovem, 49,0% tem menos de 15 anos e só 4,1% ultrapassam os 65 anos.¹⁴⁵

Quanto à distribuição por sexo, 51,7% da população é constituída por mulheres.^{71, 45}

O crescimento médio anual da população é de 2,08% ao ano, sendo a esperança de vida de cerca de 40 anos. Isso equivale a dizer que a expectativa de vida de um guineense é de cerca da metade de um europeu.^{133, 145}

O país tem enfrentado grandes dificuldades desde a sua independência, principalmente, no sentido de implementar um programa capaz de desencadear um processo de desenvolvimento sócio-econômico e cultural. Ainda hoje, encontra-se bastante dependente do exterior. Além desses, outros fatores endógenos também tem contribuído para o desequilíbrio da economia do país. Entre eles a má gestão dos recursos financeiros oriundos das ajudas externas e do erário público.¹³³

Os sucessivos programas de desenvolvimento implementados têm-se mostrado ineficazes, sobretudo no combate à pobreza. Resta como alternativa, na maioria das vezes, a saída para outros países à procura de melhores condições de vida.^{67, 71, 133, 145}

A Guiné-Bissau é um país de diversidade étnico-lingüística, com repercussões na religião, organização social, noções de direito e da justiça, produção de alimentos, construção de habitações e alguns traços culturais dos grupos que compõe o seu tecido social. Adotando critérios geográfico-lingüísticos, a população divide-se em dois grandes grupos: povos do litoral ou baixa Guiné: manjacos, papéis, parte dos balantas, felupes; povos sudaneses do interior ou da alta Guiné: fulas e mandingas.

Em termos de distribuição desses grupos pelo país também se destacam dois grandes períodos: anterior à ocupação européia e o da ocupação efetiva até aos dias atuais.^{39, 67, 71, 133}

A estrutura administrativa atual da Guiné-Bissau tem a configuração de uma pirâmide. O país está dividido em três Províncias: Norte, Sul e Leste com nove Regiões: Cacheu, Biombo, Oio, Bafatá, Gabú, Quinara, Tombali, Bolama e o Setor

Autônomo de Bissau – SAB. As Regiões subdividem-se em setores administrativos, num total de trinta e seis. Na base da pirâmide, encontram-se cerca de 3.600 Comitês em nível de tabancas, estrutura que reflete a organização do partido único vigente até as primeiras eleições multipartidárias em 1994.^{39, 133}

A Assembléia Nacional Popular (ANP) é o órgão máximo da hierarquia do Estado. O poder central do Estado é exercido pelo Concelho de Estado e pelo Presidente desse órgão.^{39, 133}

Os países doadores mais influentes, na Guiné.-Bissau, em termos de ajuda são a Holanda e a Suécia. A seguir está a França e a Alemanha. Portugal situa-se em quinto lugar.¹³³

No que se refere a trocas comerciais, Portugal é o maior parceiro do país, seguido pela França. Esses países, exercem uma forte influência fazendo com que o governo procure integrar-se, econômica e monetariamente, na zona do franco. Portugal e França são também os principais países estrangeiros na gestão dos grandes negócios guineenses, e nos setores cultural e militar. Portugal, exerce maior preponderância nas forças armadas. A França tem a sua atenção mais voltada para as forças paramilitares – polícia. É de ressaltar o grande esforço desenvolvido por este país no ensino e na divulgação da sua língua e da sua cultura, na Guiné-Bissau.¹³³

1.2.2 MIGRAÇÃO GUINEENSE

A emigração intercontinental a partir da Guiné –Bissau, sobretudo no norte do país, tem alguma tradição. O fluxo em direção a Portugal, particularmente intenso entre meados dos anos oitenta e noventa, como já foi referido, não é, contudo, a primeira experiência de migração europeia dos guineenses.^{94, 96, 96, 97, 98, 99}

Segundo MACHADO⁹⁴ apesar da escassez de estudos sobre a tradição migratória guineense, em diferentes momentos do século XX, houve emigração de manjacos e, em menor grau, de mancanhas, para França. Os manjacos e mancanhas são etnias animistas do norte da Guiné, localizadas na zona fronteiriça com o Senegal. A chegada desses grupos à França era, freqüentemente, intermediada por passagens preparatórias por Dacar, a capital do Senegal. Essa emigração, geralmente

masculina, teve início nos anos 30 e uma das vias utilizadas, para chegar aos destinos desejados, era o ingresso na Marinha mercante.

O aparecimento de algumas vilas e cidades deu origem a um processo de mestiçagem, de alguns grupos, devido a um ambiente de relativa tranquilidade. Esse desempenhou um papel importante, sobretudo pelas oportunidades criadas com a exploração econômica do território. Desencadeou-se, igualmente, um processo de migrações internas, não só ao longo de todo o litoral mas, também, do interior para o litoral, resultando em três tipos de fluxos: o primeiro movimento migratório predominantemente interno dos grupos étnicos: papéis, bijagós e alguns balantas; o segundo movimento migratório predominantemente externo dos fulas, mandingas e manjacos; e, por último, um movimento migratório interno e externo, protagonizado pelos manjacos, mancanhas e balantas.^{94, 95} Registre-se que três grandes períodos constituem marcos importantes em todo o processo migratório guineense: o pré-colonial; o da Luta Armada de Libertação Nacional e o do pós-independência.⁹⁴

Estudos dos anos cinquenta chamam a atenção para a antiguidade de emigração dos manjacos e mancanhas da zona de Cacheu, no norte da Guiné-Bissau, para a região de Casamansa, no Senegal. Essa imigração, intensificou-se a partir dos anos vinte e entre 1948-50. Há também registro oficial de saída, sobretudo para a Gâmbia de, aproximadamente, cinco mil manjacos por ano. As migrações nessa zona estão relacionadas com o tradicional comércio trans-fronteiriço e os efeitos combinados da pressão demográfica e de certas medidas políticas da administração colonial.^{195, 96}

Pesquisas realizadas no princípio dos anos 80 mostravam que, na região de Cacheu, cerca de 30,0% da população masculina entre 15 e os 35 anos, tinham emigrado.^{94, 95, 96}

Entre os imigrantes guineenses, residentes em Portugal, os manjacos e os mancanha são as etnias mais representadas. Vale salientar que em termos de antecedentes migratórios, a emigração de manjacos e mancanhas, ou de quaisquer outras etnias, para França, nunca atingiu valores tão elevados como a presente migração para Portugal. Nesta, estiveram e continuam a estar envolvidos, contingentes populacionais muito numerosos.⁹⁴

Para além da emigração de manjacos e mancanhas para Dacar e, em menor parte, para França, MACHADO⁹⁴, identifica quatro tipos de fluxos de guineenses, geralmente temporários, em direção aos países limítrofes:

Primeiro, a emigração de jovens operários agrícolas, das etnias mandinga, fula, manjaca e balanta, que partem, no fim das estações das chuvas, das regiões de Oio, Bafatá, e Gabú em direção às zonas de cultura de amendoim, no Senegal.

Segundo, dos homens, geralmente mais velhos que os anteriores, que vão trabalhar em artesanato e comércio no Senegal e na Gâmbia. São fulas, mandingas, artesãos da madeira, cestaria e sapataria, e também pequenos comerciantes ambulantes ou tecelões manjacos e papéis que se instalam em Dacar e Ziguinchor durante a estação das secas.

Terceiro, os marabus, conhecidos na Guiné-Bissau por “mouros”. São religiosos muçulmanos que trabalham como curandeiros e em prática de adivinhação e magia. Essa migração se revela particularmente compensadora em termos económicos. Vale salientar que a figura dos marabus também acompanha a migração guineense para Portugal. Os chamados “mouros” adotam a designação de astrólogos e dirigem-se a um mercado alargado de clientes que incluem, principalmente, guineenses, mas também, portugueses e pessoas de outras nacionalidades.

Quarto, é a migração feminina. Para além das mulheres que seguem com os maridos ou companheiros para Dacar ou mesmo para a Europa, há emigração de jovens de etnias felupes, fulas, mandingas ou balantas em direção aos centros urbanos senegaleses. Emigram para trabalhar como empregadas domésticas ou acompanhar os familiares.

A emigração é, sem dúvida, uma componente central da economia rural guineense. Qualquer que seja a origem étnica das populações, há a necessidade da emigração. Isso deve-se à pressão fundiária, principalmente na zona manjaca; ao baixo rendimento das explorações agrícolas ou ainda pela necessidade de um mínimo de rendimentos monetários. Em 1980, as únicas regiões do país ainda não atingidas pela emigração eram a de Tombali, no sul do país e o arquipélago dos Bijagós. Nessas, a organização social existente e os trabalhos agrícolas, ligados ao cultivo do arroz, fixavam os jovens a terra.^{94. 95}

A saída do país de origem é uma tentativa de fuga às condições precárias aí vividas, com exceção de número muito reduzido de imigrantes guineenses que detêm uma posição social satisfatória. É, sobretudo, uma imigração laboral e familiar que pretende ser de longa duração.¹³

Dois processos caracterizam a migração para Portugal, protagonizados por segmentos distintos da população guineense, atualmente residentes no país: os guineenses de nacionalidade portuguesa, designados por luso-guineenses e os imigrantes propriamente ditos. Esses últimos, constituem a maioria dessa população imigrante. A diferença entre luso-guineenses e guineenses imigrantes reside no fato de os primeiros, terem em Portugal uma condição social que contrasta com a dos imigrantes. Essa diferença decorre do período da vinda para Portugal, posse da nacionalidade portuguesa, mas, também, da origem social e do status que uns e outros possuíam na sociedade de origem.^{95, 96, 99}

Um outro aspecto a ressaltar é que a vinda dos luso-guineenses está direta e indiretamente relacionada com o contexto particular de transição política da independência. Ao contrário, a dos guineenses imigrantes ocorre num quadro mais amplo de repulsão migratória, característico de muitos países do Terceiro Mundo.⁹⁶

A situação, prolongada, de crise econômica que se instalou após a independência, é outro fator estrutural que vem atuando como causa da pressão migratória.^{67, 190, 210}

Em 1997, com a adoção pela Guiné - Bissau da moeda vigente em vários outros países da África ocidental, o franco CFA (Comunidade Financeira Africana), registrou-se nova subida do custo de vida, o que, aliado à permanência das situações de salários em atraso, gerou nova onda de descontentamento entre os funcionários e um surto de greves sem precedentes.⁹⁴

A intensidade da migração da Guiné-Bissau para Portugal está visível no rápido crescimento anual do número de cidadãos guineenses recenciados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras entre 1986 e 1998. Como pode ser observado no gráfico entre 1990 e 1998, o número de imigrantes triplicou. Esses dados confirmam os estudos realizados sobre a imigração guineense quando referem que a mesma começa a assumir um caráter mais constante a partir da década de oitenta. No entanto, é na década de noventa que o fluxo migratório da Guiné-Bissau para Portugal vai se intensificar. Vale salientar que o Gráfico acima reflete apenas os

números oficiais. As medidas extraordinárias de regularização de estrangeiros, feitas posteriormente, não são contempladas, bem como o número, desconhecido de pessoas que se encontram ilegalmente no país.

Como se pode verificars cidadãos da Guiné-Bissau, passaram, do décimo para o quarto lugar na lista das populações estrangeiras mais numerosas. Antes de 1986 essa imigração era bastante reduzida. ^{140, 141, 233}

Gráfico 1. Imigrantes Guineenses em Portugal, 1986–1998. Lisboa, 2000.

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Lisboa, 2000.

As comunidades imigrantes estão concentradas nos concelhos mais populosos da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Atualmente regista-se também a fixação da população africana na área metropolitana do Porto, litoral Centro e em cidades como

Aveiro, Coimbra e em alguns Concelhos do litoral Algarvio. No restante do país, a presença africana é pequena.^{16, 22, 31, 53, 90}

A imigração constitui um movimento populacional duplamente associado a processos de mudança social. A explicação desse processo vem sendo alvo de discussões complementares e controversas por parte de estudiosos do assunto. Algumas abordagens serão apresentadas, a seguir, a fim de facilitar a compreensão teórica e conceitual do assunto.

1.3 MIGRAÇÕES: ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

A história moderna tem se caracterizado pela intensa mobilidade espacial da população. Não houve economia, nem sociedade, que se desenvolvessem sem que tenha sido registrado esse fenômeno. As migrações e fixações dos povos por várias regiões do mundo ocorreram durante toda a história da humanidade e entre diferentes países, gerando um permanente fluxo internacional de populações que, em alguns momentos, têm-se acentuado. Estima-se que, entre 1850 e 1914, por exemplo, 30 milhões de pessoas emigraram da Europa para a América.^{160, 161, 163, 165, 166, 184, 187, 193}

O estudo das migrações tem vindo gradativamente a afirmar-se como um campo de investigação cada vez mais autônomo no âmbito das Ciências humanas e Sociais, bem como disciplina específica do conhecimento científico.¹⁶¹

Relativamente a este campo, verifica-se a existência de uma comunidade científica cada vez mais dinâmica, centrada em torno da problemática das migrações. ROCHA-TRINDADE¹⁶¹ cita BRINLEY THOMAS na área da História econômica; GEORGES TAPINOS na Demografia econômica; W. CLARCK e JONH SALT no âmbito da Geografia; DOUGLAS MASSEY e ALEXANDRO PORTES na Economia; ARISTIDE ZOLBERG e ANTHONY RICHMOND na Sociologia, além de outros.

Esse conjunto de investigadores, oriundos de diferentes áreas disciplinares no âmbito das Ciências Sociais, têm procurado superar doutrinas e abordagens

parcelares. Recorrem aos paradigmas conceptuais dessas várias ciências para estabelecer comparações entre processos migratórios.¹⁶¹

Os economistas estudaram as relações entre os recursos e a população e analisando a mobilidade do fator trabalho no âmbito das trocas de mercado. Os historiadores centraram a atenção, sobretudo, nos movimentos de populações, as consequências das transformações econômicas e sociais, ligando os conceitos de migração, ao êxodo rural, aos processos de industrialização e de urbanização. Os geógrafos preocuparam-se, sobretudo, com a distribuição dos homens no espaço, o povoamento e as deslocações populacionais. Os demógrafos observaram a estrutura e a distribuição da população, quase sempre mais atentos ao crescimento em si mesmo, do que ao ritmo do seu desenvolvimento.¹⁶¹

Para ROCHA-TRINDADE¹⁶¹ o termo emigração designa tradicionalmente o ato de emigrar, isto é, a saída de alguém com ausência suposta de duração significativa, do país que é seu, por relação de nacionalidade e por vivência no território que politicamente lhe está ligado. Os migrantes são considerados, na perspectiva de alguns estudiosos, atores intervenientes nas mudanças sociais.^{231, 235, 236, 237, 262}

Emigrar significa, portanto, para a autora, deixar a pátria ou a terra própria para se refugiar, trabalhar temporariamente ou estabelecer residência em um lugar estranho. Os protagonistas desta ação são designados, emigrantes. Do outro lado do itinerário espacial da emigração, no destino que foi encarado como objetivo da decisão de partir, os mesmos protagonistas são denominados imigrantes.²³¹

À diferença de designações, atribuídas aos mesmos indivíduos, corresponde também diferentes condições sociais. O emigrante é um nacional ausente, com perda pouco significativa de direitos, no país de onde provém. E, talvez, até com uma certa diminuição dos deveres e obrigações inerentes à sua qualidade de cidadão. Em contrapartida, como imigrante, é um estrangeiro, vindo de fora, que passa a viver em uma sociedade que não conhece bem onde terá de se inserir, de acordo com as leis que a administram. Essas leis regulam as relações públicas e privadas que irão desenvolver durante a estada. A sua condição de cidadão estrangeiro limita-lhe os direitos e prerrogativas e não deixa de lhe criar os mesmos deveres e obrigações a que os nacionais, desse país, estão sujeitos.¹⁶¹

Além das pessoas envolvidas no processo da emigração/imigração, também é preciso considerar o país de origem e o país de destino - este também chamado país de acolhimento, país receptor ou país de residência. Essas designações encontram franca correlação com o desenvolvimento das situações que, cronologicamente, se desenvolvem desde o país de emigração até ao país de imigração.

Por migração entende-se um processo social condicionado por múltiplos fatores, que motivam o deslocamento espacial de contingentes populacionais de seus lugares de nascimento para outros locais e que podem variar segundo os níveis de aspiração. Os imigrantes são grupos de pessoas que tomam a decisão de partir e depois de radicar-se definitivamente noutro país/cidade. É um fenômeno social de grande complexidade que engloba muitas e diversas situações particulares.¹⁶¹

Na classificação de tipologias das migrações há sete critérios a considerar: limites espaciais do movimento migratório; dimensão temporal da situação migratória; composição do fluxo migratório; tipo de fatores contextuais sobre os quais se centra a avaliação conducente à decisão de migração; grau de liberdade individual presente no momento da migração; tipo de ator envolvido no fluxo migratório; alterações nas condições de vida do migrante, decorrentes da trajetória percorrida. A subdivisão desses critérios permite delimitar uma multiplicidade de casos possíveis, cujo enfoque depende do contexto histórico em análise e dos interesses do pesquisador.^{165, 166}

1.3.1 Teorias e Modelos

Ao longo do século XIX, até inícios do século XX, apesar dos movimentos migratórios terem constituído motivo de interesse para a Economia Política, História Política, Demografia Histórica e para a Geografia, como já foi referido, essas ciências, estudaram-nos quase sempre como manifestações, até certo ponto “marginais”, em relação aos objetos específicos de cada uma das disciplinas.²³¹

Os movimentos populacionais, entre os quais as migrações se incluem, não podem dispensar a descrição quantitativa e nem podem ser compreendidos como meros

atos demográficos. São movimentos coletivos, cujo impacto afeta o desenvolvimento das populações. Não podem ser separados dos fatos sociais e culturais que, em grande medida, os determinam, por serem fenômenos, histórica e culturalmente, determinados. Exigem, portanto, o estudo das redes de interligação entre indivíduos, grupos e sociedades, com graus de desenvolvimento diversificados, complexos e interdependentes.^{142, 165, 184}

A partir da Segunda Guerra Mundial, as mudanças nos padrões de relacionamento internacional, o caráter global das migrações e a complexidade das relações inter-étnicas, vieram demonstrar, ainda mais, que as migrações não representavam fenômenos sociais isolados, como já foi referido. Os fenômenos migratórios tornaram-se alvo de interesse especial no momento em que se tornou indispensável a colaboração internacional, principalmente, no âmbito do controle dos contingentes de trabalhadores. O impacto das migrações, no período do capitalismo industrial, confrontou os investigadores com padrões de mobilidade interno e externo complexos. A coexistência de mecanismos e processos migratórios diferenciados numa mesma área geográfica, os tipos e padrões de seletividade e as consequências nacionais e internacionais das migrações, na estrutura dos mercados de trabalho.^{11, 46, 52, 57, 73, 161, 165}

Do ponto de vista político, a problemática das migrações ganhou uma importância tão grande como a atribuída a outros desafios mundiais, tais como o ambiente, o desequilíbrio econômico entre regiões ou o crescimento demográfico. A identificação de fatores de migração, nos dois extremos do percurso migratório, tem sido desde as formulações clássicas, uma preocupação das teorias das migrações. Dada a multiplicidade de fatores intervenientes no fenômeno da migração, e cuja importância progressivamente se foi reconhecendo, convém focar algumas abordagens sobre o tema.

WALLERSTEIN¹⁸⁷, defendeu a necessidade de se focar os fenômenos econômicos e sociais, associados à questão da migração, como parte integrante de um sistema-mundo. O desigual desenvolvimento capitalista resultaria na dependência, funcional e hierárquica dos países subdesenvolvidos – a periferia – em relação aos países de forte crescimento econômico – o centro. Estruturalmente, a relação estabelecida entre centro e periferia funciona de modo a criar e a manter os

criar e a manter os desequilíbrios do crescimento econômico. A migração é uma resposta variável a essa diversidade espacial em termos de produção, com diferentes formas de causalidades, caráter e impacto.

GIDDENS ⁵⁷ aponta para um modelo de determinação e ação social mais abrangente, onde os atores sociais surgem como sujeitos do processo e da decisão de migrar. Os atos individuais são acontecimentos sociais inseridos em circunstâncias históricas específicas. Essas circunstâncias condicionam as decisões mas não as determinam.

SALT, citado por SAINT-MAURICE ¹⁶⁵ valoriza a abordagem sistêmica que, sobretudo a partir de 1970, tem preponderância, encarando a migração como um processo dinâmico que reflete os contextos complexos nos quais ocorrem os movimentos.

LIND ⁸⁸ revê esse modelo privilegiando outros fatores além do emprego, tais como as infra-estruturas locais, aspectos sociais e culturais ligados ao meio, entre outros.

SAINT-MAURICE ¹⁶⁵ lembra que as remessas de dinheiro dos emigrantes para os países de origem constituem uma das rubricas de crédito mais importantes em termos de balanço de pagamentos. Servem para atenuar a dívida externa do país de emigração. Lembra, o autor, entretanto, que não se deve ignorar os problemas estruturais decorrentes das formas de dependência relativamente ao exterior.

RAVENSTEIN, citado por ROCHA-TRINDADE ¹⁶¹ e SAINT-MAURICE ¹⁶⁵, após estudar empiricamente as migrações internas em vinte países, constatou a existência de fatores atrativos e repulsivos atuando sobre o fenômeno. A teoria clássica das migrações, da qual é o principal precursor (1885-89), fundamenta-se no modelo de atração/repulsão, no qual o fator econômico é considerado como a causa fundamental das migrações. (Fig. 2)

Os homens deslocam-se na procura da maximização das vantagens e minimização das desvantagens. O modelo, abaixo esquematizado, centra a sua atenção em fatores ligados aos locais de partida -origem e de chegada – destino. Considera, também, variáveis que interferem, positiva ou negativamente, na decisão de migrar.

Fig. 1 Modelo de atração/repulsão

Fonte: Saint-Maurice A . 1993

O modelo de repulsão-atração pressupõe que, visando a maximizar as vantagens e reduzir o desconforto, o homem é conduzido a efetuar escolhas racionais em função de determinadas “pressões”. Essas pressões, às quais os indivíduos estão sujeitos, “empurram-nos” do seu local de origem, “atraindo-os” para outros locais. Pressupõe ainda que o mesmo domina, em termos de conhecimento/informação, a nova situação e as consequências de suas decisões. Os fatores de repulsão considerados são, fundamentalmente, de ordem econômica e incluem: escassez de terras, desemprego, baixos salários, seca, fome, explosão demográfica. Os fatores de atração constituem alternativas aliciantes aos de repulsão, acrescentando-lhes as vantagens da vida urbana, em contraposição à suposta estagnação vivida nas zonas rurais.^{161, 65}

A contribuição de RAVENSTEIN¹⁶¹ citado por ROCHA-TRINDADE¹⁶¹ para a teoria dos movimentos populacionais demorou meio século até ser reconhecida, permanecendo, até hoje, como a contribuição teórica mais significativa, baseada nos fatores de repulsão-atração. Pressupõe, um conjunto de variáveis associadas à área de destino, bem como um conjunto de variáveis intermédias, conforme demonstra o esquema.

GERMANI⁵⁶, faz uma crítica ao modelo de RAVENSTEIN citado por ROCHA-TRINDADE¹⁶¹ propondo seu próprio modelo de análise. Para este autor, o estudo das migrações, a partir da teoria da repulsão/atração, reduz o fenômeno a um equilíbrio mecânico de forças impessoais externas. Essa perspectiva está diretamente relacionada com a urbanização européia, decorrente de fatores diferentes dos que predominam em outras regiões do mundo, como por exemplo, na América Latina. O modelo de Ravenstein¹⁶¹, na perspectiva de GERMANI⁵⁶, não permite analisar os processos de adaptação, aculturação e participação do imigrante na sociedade de acolhimento.

GERMANI⁵⁶ comenta que o estudo das migrações, visto em termos de fatores de repulsão e atração, enfatiza, de forma excessiva, as motivações racionais ou instrumentais. Além disso, não leva em conta a complexidade do processo psicológico que dá lugar a decisão de ir ou de ficar. Assim, propõe um esquema metodológico para o estudo das migrações que compreende três níveis de análise do processo: ambiental ou objetivo, normativo e o psico-social.

O nível objetivo inclui duas categorias principais: a) fatores repulsivos e atrativos e b) natureza, condições das comunicações, acessibilidade e o contato entre as áreas, ou seja, o lugar de origem e o lugar de destino. Acrescenta que, ao estudar os fatores repulsivos e atrativos, não deve-se limitar aos contrastes entre as condições rurais e urbanas. Em muitos países, especialmente, naqueles em vias de desenvolvimento, a migração ocorre geralmente entre áreas urbanas, ou seja, entre pequenas cidades de características diferentes e, destas, para os grandes centros urbanos.

O nível normativo engloba normas, crenças e valores da sociedade de origem. Encontram-se os critérios acerca do que devem considerar-se más ou boas condições, repulsões ou atrações, mas, também, atitudes e padrões de comportamento que regulam a migração. Sabe-se que cada sociedade possui atitudes e valores que facilitam ou dificultam a mobilidade. Nas sociedades tradicionais, dá-se excessivo valor à estabilidade, ao isolamento e à fixação do indivíduo à sua terra. Pode até ser sancionada negativamente qualquer intenção de mobilidade. Nas sociedades mais modernas esses valores não predominam, sendo até incentivada a mobilidade. Daí a necessidade de se considerar o conjunto normativo no âmbito do processo migratório, a partir do ator e, não, segundo o juízo de valor do observador.

No nível psico-social consideram-se principalmente as atitudes e expectativas dos indivíduos. Nessa perspectiva, um pouco de desvio e insatisfação deve ser considerado normal. Esse nível de análise é, particularmente, importante no estudo das migrações. Qualquer que seja o caso, o nível psicológico estará implicado. O modo como as atitudes individuais são afetadas condiciona não só a decisão de migrar, como também o caráter da migração e o comportamento posterior do migrante na sociedade receptora.⁵⁶

O método de GERMANI⁵⁶ aborda ainda três outros aspectos que devem ser analisados, quando se pretende estudar a absorção do migrante pela sociedade de destino: adaptação, participação e aculturação.

A adaptação refere-se à maneira pela qual o migrante desempenha seus papéis nas diversas esferas de atividade em que participa, bem como a sua capacidade em desempenhar novos papéis sociais sem excessiva tensão psico-social.

O item participação leva em conta as características da sociedade receptora, observando o migrante em três dimensões diferentes: a) extensão e grau de

participação, avaliados pela quantidade de papéis desempenhados pelo indivíduo dentro das instituições, grupos e demais setores sociais da sociedade; b) eficiência com que o indivíduo desempenha seus papéis, em termos de valores predominantes nas instituições e nos grupos da sociedade receptora e, c) o grau de recepção do migrante pelas instituições e pelos grupos da sociedade acolhedora.

A aculturação indica o processo (e o grau) de aquisição e aprendizagem, por parte do migrante, dos modos urbanos de comportamento, papéis, hábitos, atitudes, valores e conhecimentos.

Considerando que, mediante o processo de socialização, o migrante já internalizou os padrões culturais de sua sociedade de origem, a aprendizagem social dentro de uma nova sociedade pode resultar superficial ou, então, integrar-se na personalidade do indivíduo. As noções de adaptação, participação e aculturação devem ser analisadas numa perspectiva de espaço e tempo, não sendo, necessariamente, simultâneos ou associadas num mesmo grupo ou indivíduo.^{56, 191}

O estudo do nível normativo e psico-social, além de permitir a compreensão do funcionamento dos fatores objetivos, facilita a análise da assimilação dos imigrantes nas áreas urbanas.

O conceito de assimilação é interessante sempre que se pretende traçar a imagem do imigrante/imigrado. A necessidade de assimilar a resistência do imigrado no sentido de se integrar plenamente à nova sociedade. A questão da integração é um processo de gerações que pode ser facilitado, promovido, retardado ou detido. Por ser um processo gradual, exige esforços constantes que envolvem, muitas vezes, conflitos e violências. Sua duração relaciona-se com a capacidade de as duas sociedades envolvidas evoluírem no sentido de um respeito mútuo e do melhor conhecimento das respectivas especificidades culturais. O desenrolar desse processo pode ser comprometido por situações de crise social grave, como um aumento brutal do desemprego ou de delinquência atribuída a uma das comunidades, causando insegurança e rejeição na outra.^{28, 31, 42, 44, 71, 74, 161}

O modelo de EVERETT LEE, citado por ROCHA -TRINDADE¹⁶¹, baseia-se no esquema teórico de Ravenstein¹⁶¹ considerando que, além dos fatores de atração e repulsão, há também obstáculos intervenientes e fatores pessoais que interferem no processo migratório. EVERETT LEE, citado por ROCHA -TRINDADE²³¹ reduziu a

abordagem de RAVENSTEIN citado por ROCHA-TRINDADE¹⁶¹ a sete critérios, a seguir apresentados: migrações e distância; migrações por etapas; correntes e contra-corrente; propensão relativa das populações urbanas e rurais para a migração; preponderância do contingente feminino nas migrações de curta distância; relação da tecnologia com as migrações e domínio dos motivos de ordem econômica

O conjunto de preposições, construídas por EVERETT LEE, citado por ROCHA – TRINDADE¹⁶¹, procura dar respostas a questões variadas como volume das migrações, estabelecimento de correntes e contra-correntes e aspectos relativos às características dos migrantes. A sua preocupação fundamental centra-se na compreensão dos efeitos, nas áreas emissoras e receptoras, de recursos humanos e dos processos de assimilação dos migrantes na sociedade de destino.

A enumeração das variáveis intervenientes nos processos migratórios como distância, crescimento urbano, transportes, etapas e motivos, especialmente os de ordem econômica, constitui, sem dúvida, uma contribuição importante na história da teoria das migrações. A maior parte dos estudos analíticos chegaram à conclusão que, no contexto das migrações voluntárias, os motivos de ordem econômica são fatores intervenientes, dominantes, nas tomadas de decisão dos indivíduos e dos grupos.^{161. 165. 166}

A fim de facilitar a compreensão do leitor sobre as diferentes abordagens sobre as migrações, apresentar-se-á, a seguir, um quadro resumo das diferentes teorias.

Quadro 1. Resumo das principais teorias das migrações e respectivos variantes e argumentos.

Teoria	Variantes	Argumentos
1.Econômica	1.1 Mercantilismo e Populacionismo	Conjuga a noção individualista de realização econômica com a noção coletiva de enriquecimento do Estado. O crescimento demográfico era vantajoso para os Estados, permitindo manter os cidadãos ocupados na produção de bens
	1.2 Doutrina Liberal	Defende a remoção das barreiras impostas pelos Estados ao movimento de bens, capitais e população. A emigração para as colônias era vantajosa para a economia das metrópoles, constituindo uma das formas de "aliviar" a pressão demográfica.
	1.3 Visão de Karl Marx	Concorda com outros autores (Ricardo, Wakefield) que a emigração para as colônias constituía uma forma de aliviar as crises de superprodução, exportando os excedentes de capital e as classes produtivas.
	1.4 Perspectiva Neoclássica	As leis que regulam o mercado de trabalho são diferentes das que regulam o mercado de produtos. A produtividade marginal do trabalho depende das relações em que os diferentes fatores se encontram
2.Migrações Internacionais: Perspectiva de Equilíbrio	2.1 Modelo de atração/repulsão	Os fluxos migratórios são condicionados por uma série de variáveis que se constituem factores de atração para o país de destino, e de repulsão do local de origem
	2.2 Modelo microeconômico	Os processos migratórios encontram-se relacionados com a distribuição desigual dos fatores de produção, afetando a direção

		e a magnitude dos fluxos.
continuação	2.3 Teorias do capital humano	O fator educação é fundamental na seleção dos trabalhadores e na capacidade de adaptação econômica no país de acolhimento.
	2.4 Modelo macroeconômico	Os fluxos migratórios são condicionados pelas restrições impostas pelo sistema de controle à imigração.
3.Perspectiva histórico estrutural	3.1 Capitalismo divisão internacional do trabalho	As imigrações após a Segunda Grande Guerra deve-se à inter relação dos processos de acumulação de capital e desenvolvimento desigual, os quais criam exércitos de mão-de-obra de reserva na periferia do sistema mundial. As pressões para migrar e a tendência para importar trabalho são expressão das desigualdades.
	3.2 Modos de incorporação e segmentação do mercado de trabalho	
	3.2.1 Teorias dualistas do mercado de trabalho	As migrações devem ser entendidas como um processo circular, que se desenvolve em torno do setor secundário, de um mercado de trabalho dual.
	3.2.2 Teorias da Nova Divisão Internacional do Trabalho- NDIT	Os grandes empregadores das economias desenvolvidas, ao serem confrontados, em seus próprios países, com a dificuldade de explorar os trabalhadores imigrantes, optam pela exploração dos trabalhadores dos países periféricos
	3.2.3 Teorias dos enclaves econômicos	Os grupos de imigrantes, concentram-se num determinado espaço e organiza-se, constituindo suas empresas que passam a servir o seu próprio mercado étnico, ou, a população em geral.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE: ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

Existe polêmica acerca do conceito de promoção da saúde. Trata-se de um conceito amplo sobre o qual grupos distintos de estudiosos têm vindo a limitar um ou outro aspecto da formulação total.¹⁸⁰

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez em 1945 quando Henry E. Sigerist, citado por Terris¹⁸⁰ grande historiador médico, definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, restabelecimento dos doentes e reabilitação.

Afirmou o autor que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, educação física e formas de lazer, entre outras. Para isso é necessário o esforço combinado dos setores políticos laborais e industriais, assim como de educadores e profissionais de saúde. Esses princípios repetiram-se, quarenta anos mais tarde, na Carta de Ottawa, para a promoção da saúde. Sigerist, citado por Terris¹⁸⁰ assinalou ainda que a promoção da saúde tende evidentemente a prevenir a doença, pois uma promoção eficaz exige medidas protetoras especiais, tais como: controle das doenças transmissíveis, saúde materno-infantil e saúde dos trabalhadores. Interessa assinalar que, em 1942, na lista de aspectos fundamentais a incluir num Programa Nacional de Saúde, o referido autor enumerou em primeiro lugar a educação gratuita das pessoas, inclusive: a educação para a saúde, melhores condições de trabalho e habitação, condições de descanso e lazer; atenção médica, investigação e formação dos profissionais de saúde.

Carapinheiro e Cortes²⁹ afirmam que o conceito de “promoção de saúde” surgiu pela primeira vez em 1974, num relatório produzido pelo Ministro Canadense para a Saúde e Bem-Estar que ficou conhecido como o “Relatório Lalonde.” Esse documento propunha que a saúde dos indivíduos poderia ser melhorada se estes pudessem evitar a utilização de serviços de saúde técnicos, complexos e dispendiosos. Para isso, tornava-se necessário que se criassem condições para que as ações com vistas a prevenção da doença se distanciassem dos centros de alta tecnologia médica.

A promoção da saúde implicaria que os indivíduos deveriam estar atentos a fatores ambientais que afetam a saúde individual e coletiva, optando por estilos de vida saudáveis.^{29, 65, 84}

Vários autores assumem postura teórica semelhante, ao assinalar que os avanços tecnológicos da medicina moderna são pouco eficazes na melhoria da saúde da população. O peso crescente das instituições de saúde, na sociedade moderna, se constitui numa fonte de iatrogenia clínica social e estrutural. Clínica, na medida em que provoca novos problemas de saúde. Social porque leva à medicalização da sociedade. Estrutural porque limita a capacidade de cada indivíduo para o crescimento pessoal e para o auto cuidado consciente aumentando a sua vulnerabilidade e dependência.^{15, 29, 47, 69, 70, 84}

Alguns aspectos importantes merecem ser destacados: a) melhoria dos fatores do meio na elevação dos níveis de saúde e o relativo impacto médico na redução da morbidade; b) o aparecimento de novas doenças e sofrimentos paralelo à ocorrência de novos progressos, tanto na investigação quanto nos cuidados médicos, c) a medicalização crescente da sociedade em que os profissionais de saúde contribuem para a manutenção de estruturas sócio-econômicas alienantes tornando aceitáveis por meio da medicalização más condições de existência.^{15, 29, 42, 67, 70, 84, 167}

Um acesso, sem restrição, aos cuidados de saúde pode causar mais doença, confirmando a iatrogênese social, e acima de um certo nível, os cuidados de saúde suplementares influenciam, pouco, o nível geral de saúde, o qual depende, principalmente, da qualidade do meio social e físico e dos hábitos de saúde e estilos de vida das pessoas.^{15, 167}

Essas abordagens podem ser justificadas, entre outras, dentro de uma ótica de cuidados primários de saúde, utilizando argumentos baseados em evidências epidemiológicas de que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos nos serviços básicos.

Um estudo comparativo realizado em dois Estados americanos, com o mesmo nível de rendimento per capita e de cuidados de saúde, concluiu que as determinantes essenciais para os níveis de saúde diferentes são as diferenças genéticas e de estilos de vida. Os resultados desse estudo conferem maior responsabilidade ao indivíduo e aos

fatores que o rodeiam do que apenas a intervenção estatal, através do fornecimento de cuidados ou serviços de saúde de forma ilimitada.¹⁷⁷

No entanto, apesar de reconhecer a validade do estudo, não se deve adotar uma postura tão reducionista, legitimando uma diminuição da responsabilidade das instituições de saúde. O estilo de vida é determinado pelas características individuais, mas, também, pela natureza das instituições sociais, nas quais os indivíduos vivem ou trabalham. Os problemas de saúde tem caráter interdisciplinar, exigindo ações integradas de prevenção e de promoção da saúde envolvendo indivíduos, grupos, comunidades e instituições.^{15, 29, 177, 182, 194}

A Declaração dos Cuidados de Saúde Primários, resultante da Conferência de Alma-Ata, realizada na Rússia em 1978, foi reconhecida por todos os especialistas do setor saúde como a contribuição mais significativa para a consolidação de políticas que promoviam a descentralização administrativa, a participação comunitária e a extensão da cobertura dos serviços de saúde a setores da população, tradicionalmente excluídos. Desde então, a estratégia de cuidados primários de saúde tem afetado a formulação e a implementação de políticas de saúde em todo o mundo.²⁹

A referida Declaração recomendava a implementação de políticas de cuidados primários de saúde que estimulariam o auto-cuidado e a autonomia das comunidades. Defendia, acima de tudo, a mobilização das comunidades locais para que elas assumissem responsabilidade pela sua própria saúde.

A promoção da saúde, conceito unificador de diversos campos de estudo e de prática com implicações na saúde, intensifica-se de forma mais direta, na década de oitenta, passando a consolidar-se na década de noventa. Tem, como propósito básico, facilitar a obtenção dos mais elevados níveis de saúde nas pessoas. Esse conceito reflete ainda os princípios básicos do movimento de Saúde para Todos e da Atenção Primária em Saúde, marcos fundamentais da Declaração de Alma-Ata.^{80, 82.}

112

A saúde requer condições e recursos fundamentais para a sua implementação. Estende a responsabilidade, por esta promoção, à ação coordenada de Governos, setor saúde, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias, Organizações

Não Governamentais-ONG, autoridades locais, indústria e meios de comunicação de massa, tendo em vista a equidade dos cidadãos.

Apresenta-se a seguir os elementos fundamentais para a saúde.^{112, 180}

Paz - Desaparecimento da ameaça de guerra. A guerra é a mais séria de todas as ameaças para a saúde. No entanto, a paz não é somente a ausência de guerra. É, também, um sentimento positivo de bem-estar e de segurança dos habitantes de todos os países. Implica na possibilidade de dispor livremente da sua própria sorte e de explorar plenamente o seu potencial humano.

Habitação- Moradia adequada é um fator importante na construção e preservação da vida familiar e na interação social. A higiene das habitações é um relevante indicador de salubridade do ambiente, especialmente, para aqueles que passam a maior parte do seu tempo no interior das mesmas, como crianças de colo, pessoas idosas e inválidas. Milhões de pessoas, na Europa, vivem em habitação com características inferiores às normas mínimas de habitabilidade. Vivem no centro da cidade, em plena degradação; ou em apartamentos de construção recente, que não respeitam as normas legais estabelecidas. Como consequência da falta de habitação, ou pelos preços excessivos de aluguel, pode ocorrer que diversas famílias tenham que partilhar a mesma casa ou que membros de uma mesma família sejam obrigados a viver separados. As condições de habitação influenciam, portanto, para melhor ou para pior, o bem estar físico, mental e social de cada um.

Educação - A educação é a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo e se estabelece uma participação útil na vida cívica. É também uma condição para que o indivíduo possa trabalhar, escolher com conhecimento de causa, o seu estilo de vida, zelar pela sua própria saúde e pela saúde da sua família. A Assembleia Geral das Nações Unidas adotou uma resolução sobre o direito à educação, onde enfatiza a necessidade de erradicar com a maior urgência o analfabetismo. Convida todos os Estados-Membros da Região Européia a adotarem medidas apropriadas para assegurar a plena aplicação desse direito. Para isso, faz-se necessário, educação primária gratuita e obrigatória, educação secundária universal e progressivamente gratuita, e um acesso igual a todos os meios de educação. Dar-se-á

especial atenção aos grupos que não tiverem possibilidades de acesso a uma educação básica suficiente.

Alimentação - O acesso a uma alimentação saudável, em quantidade e qualidade, é um fator muito importante. O número de óbitos infantis e de crianças com baixo peso à nascença atestam a importância da má-nutrição e da subnutrição. Uma alimentação insuficiente, principalmente, no que diz respeito às crianças, reduz a resistência às doenças e compromete o desenvolvimento físico e intelectual. Acrescenta-se a esse aspecto as carências alimentares de numerosas pessoas idosas, principalmente daquelas que vivem sós.

Salários - Ter um emprego estável e executar uma tarefa útil na sociedade fazem parte das necessidades fundamentais do homem. O desemprego e o subemprego têm, portanto, consequências nocivas ao indivíduo, à família e a coletividade afetando a saúde individual e social.

Eco- sistema estável- Em todos os países existe interesse pela qualidade do ambiente e do seu impacto sobre a saúde humana. A gestão do ambiente não visa somente à proteção da saúde humana em relação aos efeitos nocivos dos fatores biológicos, químicos e físicos. Busca também a melhoria da qualidade de vida, oferecendo à população condições de bem-estar e felicidade. Essas condições são: pureza da água, do ar, poder encarar a vida e o trabalho com otimismo e acesso a várias modalidades de lazer, além de outras.

Recursos sustentáveis - O abastecimento de água potável e o saneamento são dois aspectos indispensáveis à proteção da saúde das pessoas. Em países subdesenvolvidos, ou em desenvolvimento, grande parte da população rural e urbana não possui quaisquer instalações, mesmo as mais elementares. As taxas referentes à mortalidade infantil, por doenças gastrointestinais e diarreicas, confirmam a gravidade desse problema.

Justiça social - Há desigualdades consideráveis entre os países e suas regiões.

Equidade - Para que se alcance o princípio fundamental da política social, segundo a qual todas as pessoas têm direito à saúde, é preciso fornecer à população oportunidades iguais para que possam desenvolver e manter plenamente a sua saúde.

Sem paz, justiça social, água, habitação e nutrição convenientes, não poderá haver saúde para a população, como se comentou acima.

Nas orientações estratégicas e prioridades programáticas da Organização Pan-americana de Saúde – OPS, definiu-se a promoção da saúde como a soma de todas as ações da sociedade, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva.

A promoção em saúde adquire assim verdadeira importância sempre que as condições de saúde se encontram relacionadas com fatores de risco. Fatores esses ligados ao comportamento individual e grupal, incluindo também, aqueles determinados por condições mais gerais. Assim, múltiplos fatores que dependem de outros setores do desenvolvimento, tais como os que se referem a condições sócio-econômicas, trabalho, ambiente natural e humano, requerem para seu controle, o incremento e a canalização da participação dos conjuntos sociais nessa atividade.²⁵
128, 129

Segundo CANDEIAS²⁵, uma das definições mais amplamente aceitas por especialistas da área é a proposta por GREEN e KREUTER⁶³ quando afirmam que promoção da saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais nas ações e condições de vida conducentes à saúde.

Para NUTBEAN¹²¹ a promoção da saúde é o processo de fazer com que indivíduos e comunidades tenham maior controle sobre os determinantes da sua saúde e possam, conseqüentemente, melhorá-la. Representa, portanto, um processo participante, político e socialmente orientado no sentido de fortalecer capacidades e habilidades dos indivíduos. Visa, ainda, gerar mudanças, nas condições sociais, individuais e econômicas, com impacto sobre a saúde das pessoas e da comunidade.

A decisão para mudar condições ambientais, modos de vida coletivos e modelos de conduta, que põem em risco à saúde, tanto na esfera individual e familiar, quanto na esfera das relações sociais mais amplas, exigem a ação conjunta de indivíduos, famílias e órgãos do governo. Isso, não só para correção dos erros, mas, também, para a promoção de condutas bio-psico-sociais saudáveis. A magnitude das ações a serem desenvolvidas, para

eliminar esses riscos no âmbito local, deve ser uma responsabilidade compartilhada por todos os setores envolvendo os níveis centrais e regionais. Nesse sentido, cabe resgatar a posição sustentada no referido documento, onde são definidas as linhas para a execução das orientações estratégicas e prioridades programáticas da OPS. Reconhece-se que as ações de promoção consistem no desenvolvimento pleno e no uso integral das capacidades dos seres humanos. Deve ser alcançado no fortalecimento da saúde positiva e nos sistemas sociais de apoio à saúde. Assim sendo, podem-se melhorar as condições dos grupos mais afetados pelas conjunturas históricas, promovendo o desenvolvimento de esquemas de ação intersetorial para a melhoria dos níveis de saúde ^{112, 129, 130}

Os fundamentos principais, sobre os quais se organiza a estratégia de promoção da saúde, podem definir-se em termos de quatro grandes níveis de intervenção, que correspondem a uma concepção multicausal do processo saúde /doença. ^{102,}

¹²⁸ O nível macro-social, requer alterações na legislação e na organização do Estado, que permitam a redução das desigualdades entre os grupos sociais, através de políticas de ajuste sobre os menos favorecidos. Devem visar ainda, a criação de condições para que a saúde, entendida no seu sentido mais amplo, ressurgja como prioridade política nos programas de ação dos Governos e das Instituições sociais com poder para intervir na situação. No nível - sócio ecológico, as atividades de promoção da saúde devem ser dirigidas de modo a provocar transformações que permitam a recuperação e o equilíbrio do ecossistema físico natural. Desse modo, introduzem-se mudanças no sistema social, das quais ambos os sistemas se beneficiam, evitando a ocorrência de situações que conduzam a uma interferência nociva entre eles. Um outro nível de intervenção é definido pela sociedade, pelos grupos sociais e pelos indivíduos. Trata-se do “empowerment”, ou seja, as pessoas devem desenvolver e/ou fortalecer habilidades e recursos gerar condições necessárias para que adquiram poder suficiente sobre suas próprias vidas capazes de influenciar e controlar os hábitos e estilos de vida. Esses, determinam e condicionam a saúde e têm origem nas condições de desigualdade que imperam, na sociedade. As orientações de

desenvolvimento econômico e político nacionais, o grau de dependência, grau de equidade social, qualidade de vida, assim como as modalidades de participação social, constituem o último nível de estratégias de promoção da saúde.^{5, 85, 188, 189, 192}

As condições de vida se manifestam em quatro grandes esferas do processo social: nos processos biológicos, através do potencial genético e da capacidade imunológica; nos processos ecológicos, ligados ao meio ambiente residencial e de trabalho; nos processos que reproduzem as formas de consciência e de conduta, determinando as culturas, os hábitos e as formas de conduta e dos denominados estilos de vida e, por último, nos processos econômicos, no que se refere às formas de produção, distribuição e consumo de bens e serviços.^{49, 84, 112}

A difusão da informação e as vias de comunicação permitem criar as condições necessárias para que os grupos sociais e as pessoas passem a adotar, conscientemente, as atitudes que conduzem a melhores níveis de saúde. O exercício democrático dos direitos e obrigações, gera condições para que a cidadania seja um direito ao alcance de todos e não apenas um privilégio reservado a poucos.^{112, 117, 121, 124, 177}

O estilo de vida está diretamente relacionado ao conceito de promoção em saúde. Estilo de vida é um conceito integral, onde valores, crenças e a cultura, por um lado, e oportunidades e limitações de contextos socioeconômicos, por outro, definem comportamentos e práticas de saúde. Nesse enfoque, os estilos de vida se assemelham à noção mais ampla e completa de condições de vida. As formas em que as condições de vida funcionam, modificam-se e variam conforme a sua influência e podem ser localizadas nas dimensões: individual, cultural e político - econômica.^{19, 112, 119}

O desenvolvimento de ações, nos níveis individual, familiar e dos grupos sociais locais, deve ser feita sem deixar de reconhecer a necessidade de que a ação não se auto limita, nesse âmbito. É preciso considerar que é a partir dessas ações que se poderá ter o poder necessário para transcender as esferas regionais e nacionais.

Na transformação da organização dos serviços de saúde a promoção e a prevenção surgem como estratégias básicas para a melhoria das condições de saúde, e do controle para evitar morte e incapacidade, estimulando o tratamento precoce das infecções. O fortalecimento dos espaços locais, como estratégia básica para a transformação dos sistemas de saúde, é o principal marco de referência onde se inserem as atividades de promoção.

Nesse sentido serão apresentadas, a seguir, idéias básicas e as linhas de orientação que vem sendo desenvolvidas nas últimas conferências sobre promoção da saúde.

2.1 Conferências sobre Promoção da Saúde

2.1.1 Conferência de Ottawa

Em 1986, quando se realizou a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, um aspecto começou a firmar-se nas dimensões do campo da saúde: o de que a promoção da saúde poderia ser um paradigma válido e alternativo que acompanha os enormes problemas de saúde e do sistema de saúde dos países, no nível preventivo. Como nova perspectiva, teve o mérito de alcançar um notável apoio político-social praticamente em todo o mundo. Além disso, desenvolve-se dentro de um marco analítico integrado pelas ciências sociais e comportamentais tais como psicologia, sociologia, educação e política social, entre outras.^{19, 26, 112}

A promoção da saúde foi conceituada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, como preconiza a Organização Mundial da Saúde - OMS, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.^{23, 76, 108, 112}

Numa abordagem moderna, a saúde é vista como a expressão de habilidades para os indivíduos se defrontarem com os determinantes e condições desfavoráveis do

ambiente, visando a manter e melhorar o seu bem-estar no transcorrer do processo de desenvolvimento econômico e social sustentável.

A Carta de Ottawa (1986) afirma ser a saúde um conceito positivo e um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Atribui, portanto, um papel de protagonista a homens e mulheres, envolvidos nas ações de promoção, potencialmente capazes de vir a controlar os fatores determinantes da sua própria saúde.^{76, 81, 112, 120}

Os indivíduos e as sociedades modernas têm, portanto, uma nova perspectiva de propostas e mecanismos para melhorar a sua saúde e bem-estar. A política de promoção da saúde deve recorrer a diversos enfoques complementares, entre os quais destacam-se a legislação, as medidas fiscais, o sistema tributário e as mudanças organizacionais. Destaca ainda que deve haver uma preocupação com as causas gerais e específicas, sublinhando o papel integrador da ação multisetorial para a promoção da saúde.^{75, 76, 78, 79, 109, 112}

A Conferência de Ottawa defende que a Promoção da Saúde envolve cinco campos de ação, como se apresenta a seguir.¹¹²

Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis - Corresponde a uma intervenção junto aos responsáveis políticos, em todos os setores e níveis esclarecendo-os sobre as consequências das suas decisões para a saúde pública, levando-os a admitir as suas responsabilidades no campo da saúde. O objetivo é contribuir para que os responsáveis políticos possam fazer as opções mais eficazes para a valorização do potencial de saúde. Nesse contexto, uma política de promoção de saúde conjuga diversas abordagens que se complementam tais como legislativas, fiscais, organizacionais, entre outras.

Criação de ambientes favoráveis à saúde - As sociedades são complexas e interligadas. Os elos entre a população e o meio constituem a base para uma abordagem sócio-ecológica da saúde. Assim sendo, a Promoção de Saúde passa necessariamente pela promoção de ambientes favoráveis, preservação dos recursos naturais e pela avaliação sistemática do impacto do ambiente na saúde. Nesse contexto, torna-se importante criar um sentimento de responsabilidade global na valorização do ambiente.

Reforço da ação comunitária – A Promoção da Saúde realiza-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo-se prioridades, tomando-se decisões, planejando-se estratégias e implementando-as com vistas a valorizar o potencial de saúde. Insere-se, no poder das comunidades e no domínio e controle dos seus próprios objetivos. O desenvolvimento comunitário estabelece-se através dos recursos materiais e humanos existentes, da capacitação para a auto ajuda, do suporte social e reforço da participação pública na orientação dos problemas de saúde.

Desenvolvimento de habilidades pessoais – Esse campo de ação pressupõe o desenvolvimento pessoal e social através da melhoria da informação e da educação para a saúde. As populações terão, assim, opções mais válidas, podendo exercer maior controle sobre a sua vida e sobre o ambiente. Torna-se fundamental capacitar as pessoas para uma aprendizagem permanente ao longo da vida, da juventude à velhice, onde terão que enfrentar limitações, incapacidade e doenças crônicas. Essa aprendizagem processar-se-á na escola, família, trabalho e nas organizações comunitárias.

Reorientação dos sistemas e serviços de saúde - Tradicionalmente, os serviços de saúde estão orientados para a prestação de cuidados clínicos e curativos. Têm como população-alvo das suas ações os indivíduos doentes ou com problemas de saúde. Torna-se indispensável reorientar os Serviços de Saúde para a promoção da saúde de forma a apoiar as necessidades dos indivíduos e das comunidades para a realização de uma vida mais saudável. Essa reorientação exige uma atenção especial à investigação em saúde e às alterações a introduzir na educação e formação profissional de modo a conduzir a uma mudança de comportamento e de atitudes de organização dos serviços, localizando as necessidades dos indivíduos do ponto de vista total. A promoção da saúde deve ser dirigida ao conjunto da população e não apenas a grupos de risco. A responsabilidade nos serviços de saúde deve ser partilhada com as pessoas, grupos comunitários, profissionais de saúde e com os governos.

A promoção da Saúde é definida na Carta de Ottawa¹¹² como um processo que confere às populações os meios e a capacidade de exercer maior intervenção e controle sobre a sua saúde, especificamente no que diz respeito aos comportamentos

a adotar. Tem como objetivo a valorização do potencial de saúde individual e coletivo, através de um conjunto de estratégias diversificadas que ajudam os indivíduos e os grupos a identificar os fatores que ameaçam a sua saúde, a realizar aspirações, satisfazer necessidades, bem como a modificar o meio onde a sua vida se processa.

As ações em promoção da saúde podem ser sistematizadas em três vertentes de ação inter-relacionadas e complementares: Educação para a saúde, prevenção da doença e proteção da saúde. Apresentam-se a seguir as estratégias mais utilizadas.

A Educação em saúde é um processo pedagógico que visa a informar, motivar e ajudar as populações a adotar e manter comportamentos saudáveis. É na mudança de atitudes das pessoas, no que fazem que reside a maior possibilidade de melhorar a saúde. O dever à saúde implica na mudança de postura do “doente passivo” ao “doente responsável”. As doenças crônicas degenerativas, como a diabetes, exemplificam essa mudança de atitude e de prática. No entanto, convém lembrar que nem todas as pessoas têm os mesmos recursos e as mesmas oportunidades para mudar os seus comportamentos. Nas sociedades modernas, são, geralmente as classes médias que mesmo estando submetidas a maiores riscos estão também mais sensibilizadas para os problemas de saúde. São, também, as classes médias que dispõem de mais recursos para utilizar de forma mais eficaz as informações e têm maior acesso aos cuidados de saúde.

A Proteção da saúde consiste no conjunto de medidas que visam a modificação do meio ambiente físico, biológico e social, de forma a promover uma melhor adaptação das pessoas e a criar condições favoráveis à saúde. Essas medidas podem ser de natureza legislativa, como por exemplo, a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, ou fiscal, como impostos sobre as bebidas alcoólicas e cigarros.^{23, 62}

O Marketing social evidencia, junto à população, as vantagens da adoção de um dado comportamento, considerando as necessidades e os desejos da clientela, o interesse e os objetivos das ações e o bem-estar social. Nesse contexto, considera-se a saúde como um bem de consumo. Para a sua promoção e aquisição utilizam-se técnicas publicitárias, assim como as novas tecnologias de comunicação de massa. Para utilização dessa estratégia torna-se indispensável conhecer o que influencia e

condiciona o indivíduo, seus valores, sua cultura e o seu grupo de referência. Isso é feito com o intuito de caracterizar o grupo alvo e de compreender o que motiva as pessoas a adotar um determinado tipo de comportamento.

As ações de promoção da saúde fundamentam-se, particularmente, em ações políticas, econômicas, culturais e sociais por seu caráter multifatorial e por exigirem o acesso a recursos como alimentação, paz, educação, habitação, justiça social, ambiente salubre e economia equilibrada. Essas ações esforçam-se por reduzir as diferenças do estado de saúde entre as várias estratificações sociais e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, visando capacitar as populações para a completa realização do seu potencial de saúde. Isso pressupõe um meio ambiente favorável, o acesso à informação, assim como estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. Na verdade, as populações só realizarão o seu potencial de saúde se estiverem aptas a controlar tudo o que determina a sua saúde.^{6, 17, 18, 20, 43, 50, 111, 155}

2.1.2 Conferência de Adelaide

A Conferência de Adelaide realizou-se em Abril de 1988, na Austrália, tendo por tema central “Políticas Públicas Voltadas para a Saúde” e mantendo a posição adotada na Conferência anterior: Ottawa. Caracterizou-se pelo interesse das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.¹⁵⁷ Nessa Conferência, foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; controle do tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis. Reafirmou-se, ainda, em Adelaide, o apelo pela construção de novas alianças na saúde, parcerias que envolvam políticos, ONGs, grupos de defesa da saúde, instituições educacionais, mídia e outros interessados.¹¹²

A decisão para mudar condições ambientais, modos de vida coletivo e padrões de conduta, que põem em risco a saúde, tanto na esfera individual e familiar (tabaco, dieta, álcool, sedentarismo, stress, exposições ambientais a substâncias nocivas,

condutas violentas), como na esfera das relações sociais mais amplas (pobreza, desemprego, contaminação ambiental, destruição do meio ambiente, violência do Estado) requerem ação conjugada de indivíduos, famílias, atores sociais, órgãos do governo. Estas ações devem ser efetivadas, não só para corrigir erros mas também para a prevenção e a promoção de condutas saudáveis a nível bio-psico-sociais.^{19, 21.}

23, 25, 118

Ressalta-se a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores. O trabalho executado pelas mulheres deveria ser reconhecido e compartilhado entre ambos os sexos. As organizações comunitárias, de mulheres, devem ter voz ativa no desenvolvimento das políticas e estruturas de promoção da saúde.¹¹²

A promoção da saúde consiste no desenvolvimento pleno e no uso integral das capacidades dos seres humanos, através do fortalecimento da saúde positiva e dos sistemas sociais que operam como apoio à saúde. Para que seja possível melhorar as condições dos conjuntos mais afetados pelas conjunturas históricas atuais, é necessário promover o desenvolvimento de esquemas de ações intersetoriais. A sua estratégia define-se em *quatro* grandes níveis de intervenção diferenciados, anteriormente mencionados que coincidem com uma concepção multicausal do processo de saúde/doença.^{25, 55, 123, 183, 189}

2.1.3 Conferência de Sundsväl

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsväl (Suécia), em junho de 1991, chamou a atenção para ambientes favoráveis à saúde. Nessa, foram identificados exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, reconhecendo-se o papel que governos, políticos, ativistas comunitários e outros setores da saúde e do meio ambiente têm a desempenhar. No contexto da saúde, o termo ambientes favoráveis refere-se aos aspectos físico e social nos quais as pessoas vivem. Também engloba as estruturas

que determinam o acesso a recursos e a maior poder de decisão. De acordo com a Conferência, saúde e ambiente são aspectos interdependentes e inseparáveis.¹¹²

A Conferência sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor da saúde:

A dimensão social inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades, as relações sociais tradicionais estão mudando e podem ameaçar a saúde. Por exemplo, o crescente isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida, a perda de valores tradicionais e da herança cultural.

A dimensão política requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. Também requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com realocação de recursos oriundos da corrida armamentista.

A dimensão econômica, exige o rescalonamento dos recursos para atingir a meta da Saúde para Todos e o desenvolvimento sustentável, o que inclui a transferência de tecnologia segura e correta.

A necessidade de reconhecer e de utilizar a capacidade e o conhecimento feminino em todos os setores, inclusive o político-econômico, para que se possa, assim, desenvolver uma melhor infra-estrutura para alcançar ambientes mais favoráveis à saúde. O trabalho das mulheres deve ser reconhecido e compartilhado com os homens. As organizações comunitárias de mulheres precisam ter voz forte no desenvolvimento das políticas e estruturas de promoção da saúde. Nessa conferência, reforçou-se as orientações da Conferência anterior no que se refere ao papel das mulheres na sociedade.^{58, 65, 106, 112, 114}

Nessa perspectiva, as propostas para a implementação das estratégias de *Saúde para Todos* devem refletir dois princípios básicos a seguir: a equidade deve ser a prioridade básica na criação de ambientes favoráveis à saúde, reunindo energia e poder criativo com a inclusão dos indivíduos num único esforço; as ações do setor público para criar ambientes favoráveis à saúde devem levar em conta a interdependência entre todos os seres vivos. Devem gerenciar os recursos naturais levando em consideração as necessidades das futuras gerações.¹⁷³

As estratégias para a ação em Saúde Pública, visando promover a criação de ambientes favoráveis a nível da comunidade consistem em reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres; capacitar comunidades e indivíduos a ganharem maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e da maior participação nos processos de tomada de decisão; construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, de maneira a reforçar a cooperação entre as campanhas e estratégias nas áreas da saúde e do ambiente e, finalmente, mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.^{172, 173}

Aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde. Representam a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento. Ações combinadas para se atingir um ambiente favorável sustentável à saúde constituem, talvez, um dos maiores desafios do nosso tempo. Saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e da saúde e, ao mesmo, tempo na preservação da sustentabilidade do meio ambiente.^{112, 156, 157, 164}

2.1.4 Declaração de Bogotá

A Declaração de Bogotá é o resultado da “Conferência Internacional em Promoção da Saúde”, realizada em Santa Fé de Bogotá em 1992.¹¹² Embora considere os problemas específicos do continente latino-americano, os princípios, estratégias e compromissos propostos para se conseguir atingir bons níveis de saúde, são coerentes com a filosofia existente nas Conferências anteriores.

Os conceitos de equidade e da solidariedade social aparecem como condições indispensáveis para a saúde e desenvolvimento da região. Assim, setores importantes da população não têm tido suas necessidades básicas atendidas para garantir condições dignas de vida. A situação de iniquidade da atenção à saúde nos países da América Latina requer a necessidade de se optar por novas alternativas nas ações de

Saúde Pública. Finalmente, na esfera política, existem barreiras que limitam o exercício da democracia e a participação da cidadania na tomada de decisões.

Nessas circunstâncias, a violência – em todas as suas formas – contribui notavelmente para a deterioração dos serviços, constituindo a origem de problemas de saúde pública que, por sua vez, levarão a outros problemas de origem psico-social.

A equidade, pretende eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, que restringem as oportunidades para se atingir o bem-estar. O papel que cabe à promoção da saúde, para se alcançar esse propósito, consiste em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações para aliviar seus efeitos. Deve atuar também como um agente de mudança que induza a transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades.^{6, 15, 63, 86, 112}

O desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e das sociedades é a essência da estratégia da promoção da saúde. Portanto, essa deve levar em conta as tradições culturais e os processos que forjaram cada nação permitindo enfrentar criativa e solidariamente as adversidades, os obstáculos estruturais e as crises recorrentes. Reconhecer, recuperar, estimular e difundir essas experiências é indispensável para a transformação das sociedades e deve ser um impulso à cultura da saúde.¹²²

2.1.5 Conferência de Jacarta

A Quarta Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, realizada em Jacarta (Indonésia) em 1997, teve como tema a formação dos protagonistas do Século XXI. Foi a primeira conferência a ter lugar em um país em desenvolvimento. Realizou-se quase vinte anos após Alma-Ata ter declarado o seu compromisso de definir como meta “Saúde para Todos” a partir do atendimento primário em saúde. Foi também a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Em Jacarta, houve espaço para refletir sobre o que se aprendeu sobre Promoção da Saúde, reexaminar os determinantes da saúde e identificar as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI. Alguns princípios

foram reforçados. A saúde é cada vez mais reconhecida como um direito humano essencial para o desenvolvimento social e econômico. Por outro lado a promoção da saúde passou a ser reconhecida, cada vez mais, como algo importante para o desenvolvimento da saúde. Sua meta primordial é aumentar as expectativas em relação à saúde e reduzir as lacunas entre países e grupos.¹¹²

A Declaração de Jacarta, sobre a promoção da saúde, oferece uma perspectiva para a promoção da saúde no próximo século. Reafirma os pré-requisitos para a saúde, já mencionados anteriormente, a saber: paz, abrigo, instrução, segurança social, alimento, renda, direito de voz das mulheres, ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza foi considerada a maior ameaça à saúde.¹¹²

Além da pobreza, outros aspectos também foram considerados ameaçadores à saúde tais como: as tendências demográficas, urbanização, aumento do número de pessoas idosas, prevalência de doenças crônicas, infecciosas (novas e re-emergentes) e problemas de saúde mental.

Os fatores transnacionais também representam um impacto significativo para a saúde. Inclui-se, entre esses, a integração da economia global, mercados financeiros, comércio, acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, assim como a degradação ambiental devido ao uso irresponsável dos recursos. Para fazer face às ameaças emergentes à saúde, há necessidades de novas ações. O desafio para os próximos anos será destravar o potencial para a promoção da saúde em muitos setores da sociedade, das comunidades e famílias.

A Declaração de Jacarta²⁷¹ apresenta cinco prioridades para o século XXI, confirmadas posteriormente pela Assembléia Mundial da Saúde em maio de 1998: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária dando direito de voz ao indivíduo e conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde.¹¹²

A fim de acelerar o progresso para a promoção da saúde, referenda-se a formulação de uma aliança mundial, no sentido de promover as prioridades das ações expressas na Declaração. Incluem-se entre as prioridades para a aliança: aumento da

sensibilização sobre a mudança dos determinantes da saúde; apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário; mobilização dos recursos para a promoção da saúde; acúmulo de conhecimentos sobre as melhores práticas; aprendizado compartilhado; promoção de solidariedade em ação e, por último, promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde.

O direito e o respeito à vida e à paz são valores éticos, fundamentais para a saúde, defendidos pela Conferência. É indispensável que a promoção da saúde assuma esses valores, cultive-os e pratique-os quotidianamente.¹¹²

2.1.6 Conferência do México

Com o propósito de consolidar os avanços e manter os propósitos definidos nas quatro Conferências internacionais anteriores sobre Promoção da Saúde, organizadas pela OMS e seus associados, realizou-se de 5 a 9 de junho de 2000, na cidade do México, a Quinta Conferência Mundial de Promoção da Saúde.¹¹²

O desafio desse evento foi demonstrar que as políticas e práticas de promoção da saúde podem produzir mudanças na saúde e na qualidade de vida. A preocupação pela equidade tem sido um fio condutor ao longo das quatro Conferências que a precederam, uma vez que as desigualdades econômicas e sanitárias continuam aumentando e dificultando as oportunidades de desenvolvimento humano.

Essa Conferência ofereceu um espaço para analisar e debater as estratégias dirigidas no sentido de aumentar a equidade, bem como as medidas para vigiar as desigualdades. Na ocasião, os Ministros da Saúde dos diversos países, sugeriram as seguintes ações: situar a promoção da saúde como prioridade fundamental nas políticas e programas de saúde locais, regionais, nacionais e internacionais; exercer um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na aplicação de medidas de promoção da saúde que reforçam e ampliam os vínculos de associação em prol da saúde e apoiar a preparação

de planos de ação de âmbito nacional para a promoção da saúde recorrendo, se necessário, aos conhecimentos da OMS e de suas associadas nessa esfera.¹¹²

Esses planos variarão em função do contexto nacional, ajustando-se a um marco básico, que podem incluir, entre outros aspectos: identificação das prioridades de saúde e o estabelecimento de programas e políticas públicas saudáveis para atender as ditas prioridades; apoio à investigação que promova os conhecimentos sobre as prioridades determinadas; mobilização de recursos financeiros e operacionais a fim de criar capacidade humana e institucional para a elaboração, aplicação, vigilância e avaliação dos planos de ação de âmbito nacional, entre outros.¹¹²

A Conferência discutiu ainda seis pontos considerados pelos especialistas como aspectos fundamentais para a promoção da saúde e que se constituíram as informações técnicas: fortalecimento da base científica para a promoção da saúde, investimento em saúde, responsabilidade social, ampliação das capacidades das comunidades para promover a saúde, infra-estrutura e reorientação dos sistemas e serviços de saúde.¹¹²

Pode-se dizer que a promoção da saúde passa, hoje em dia, a fazer parte integrante do discurso das instituições. Entende-se assim que a melhoria da qualidade de vida depende do esforço de todos, como já foi amplamente referido em todas as Conferências e Declarações anteriormente mencionadas, e que essa tarefa assume papel fundamental.¹¹²

As pesquisas e estudos de casos realizados mundialmente apresentam provas convincentes de que a promoção da saúde funciona. As estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. A promoção da saúde é, sem dúvida, um enfoque prático para obtenção de maior equidade em saúde.

2.2 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Estudos de autores, especialistas em várias áreas de conhecimento, corroboram a percepção presente nos profissionais de saúde e na própria população, de que a saúde é resultante de um conjunto de fatores sociais, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e também biológicos. Esses fatores podem tanto favorecer como prejudicar a saúde, considerada por todos como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como importante dimensão da qualidade de vida.^{19, 25, 43, 49, 65, 78, 79, 80, 84, 102}

As ações de promoção da saúde objetivam, por meio da defesa da saúde, fazer com que os aspectos descritos acima sejam cada vez mais favoráveis. Há evidências de que as disparidades na doença e na morte refletem a experiência social durante a fase de crescimento e na idade adulta em termos de nutrição, meio ambiente, exposição a riscos de saúde e estilos de vida relacionados com a saúde ou com a origem da doença. Por seu lado o mau estado de saúde agrava as condições de vida originando a pobreza. Dessa forma fica difícil distinguir se o mau estado de saúde é provocado pela pobreza ou se é o contrário. A pobreza reforça o baixo status social. Devido as más condições de trabalho e habitação, emprego irregular, maior risco de infecções e acidentes, incapacidade de usufruir férias renovadoras, maior grau de dependência, menor familiaridade com práticas de saúde e menor acesso a serviços de saúde, as taxas de morbi-mortalidade podem ser maiores. Além disso, uma alimentação deficiente traz como consequências diferentes na altura, peso e na saúde em geral.^{76, 77, 79, 122, 129, 157, 164, 177}

Nesse sentido, tem-se buscado um paradigma mais abrangente e explicativo que supere a concepção clínico-assistencial, prevalente durante muitas décadas, e que seja capaz de fundamentar a análise da questão da saúde na sociedade.

A saúde é assim um conceito positivo, que deve ser considerada em função do desenvolvimento social, econômico e pessoal. Encarada como uma importante dimensão da qualidade de vida, atribui um papel de protagonista a homens e mulheres, como potencialmente capazes de vir a controlar os fatores determinantes da

sua saúde. A responsabilidade por esta promoção exige ações coordenadas de todos os segmentos sociais.¹¹²

O setor saúde deve mover-se no sentido da promoção da saúde, assumindo suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência e de adotar uma postura que considere as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável. Os indicadores sócio-demográficos são mais explicativos para as variações inter regionais da mortalidade infantil, geral, mortes hospitalares e incapacidades do que os indicadores de cuidados médicos. Os cuidados de saúde são apenas um dos fatores, entre muitos, e de forma nenhuma o mais importante que afeta o nível de saúde da população.

Para BERENIASK e DURU¹⁵ não existe correlação específica entre despesa em saúde e a saúde de um país. O Reino Unido é um exemplo desse fato. As despesas per capita em saúde são mais elevadas na Escócia do que na Inglaterra. No entanto, na maior parte dos índices, a população da Escócia é menos saudável. Há duas explicações para o fato: a) os serviços de saúde na Escócia podem ter mais necessidades a serem satisfeitas e se utilizassem menos dinheiros essa situação poderia piorar; b) o baixo nível social determina, em grande parte, a má situação de saúde da Escócia. Isso sugere que os recursos poderiam ser melhor utilizados na promoção da saúde, no seu sentido mais amplo, do que em tratar as consequências dessa situação.^{22, 79, 106, 107, 108, 253}

Essa orientação para a promoção da saúde revela três componentes inter-relacionados: ação intersetorial, para alcançar políticas públicas saudáveis, afirmação da função ativa da população no uso dos seus conhecimentos sobre saúde para fazer escolhas saudáveis bem como para obter maior controle sobre a sua própria saúde e sobre o ambiente e ação comunitária dos cidadãos a nível local e fortalecimento da participação da população.¹¹²

A saúde, tanto individual como coletiva, é o resultado das complexas interações entre os processos biológicos, ecológicos culturais, econômicos e sociais que se dão numa sociedade. É o produto das inter-relações que se estabelecem entre os homens e o ambiente social e natural em que vivem. No entanto, em décadas recentes a maior parte dos esforços para melhorar a saúde tem-se centrado na organização dos

serviços de saúde. Elevadas somas de dinheiro têm sido utilizadas, para tratar doenças que poderiam ter sido prevenidas, se o investimento tivesse sido feito na área adequada: promoção da saúde. Um dos exemplos são os acidentes rodoviários. Em 75,0%, dos casos estão relacionados com os comportamentos dos indivíduos. Em menor grau, 20,0%, ao estado das estradas e ao design dos automóveis. Apenas 5,0% dos acidentes estão relacionados à emergências. ^{15, 177}

A maior parte das despesas em saúde, pública ou privadas, é utilizada para financiar cuidados de saúde necessários ao tratamento e cura de problemas originados pelos efeitos do comportamento humano na depreciação do “stock” do capital de saúde. ^{15, 29, 47, 55, 69, 70, 167}

Assim, está implícito no conceito, que a saúde não é só produto das condições genéticas e biológicas, mas também um resultado das relações sociais predominantes. Pode-se dizer que é determinada por um processo histórico do qual ela é uma das manifestações.

A situação de saúde dos diferentes grupos sociais é uma das maneiras através das quais se expressam os processos mais gerais que caracterizam uma sociedade. Portanto, está determinada pela estrutura e dinâmica da sociedade, pelo grau de desenvolvimento de suas forças produtivas e de suas relações sociais e ainda pelo modelo econômico e a forma como este se insere no sistema econômico internacional e por último pela organização do Estado e das relações políticas que a caracterizam num momento dado da sua história. Numa perspectiva econômica, a saúde é considerada como um stock que se desgasta ao longo do tempo e por isso requer investimento para ser aumentada. Nessa perspectiva, o nível de saúde de um indivíduo não é um fator exógeno, mas depende em parte, dos recursos destinados à sua produção. ¹⁷⁷

A saúde é procurada pelos consumidores por duas razões: como um bem de consumo, na medida em que os dias de doença são inúteis e como um bem de investimento, pois determina o tempo disponível para outras atividades. Assim, o “stock” de saúde reduz o tempo perdido e o valor monetário dessa redução é um índice do resultado do investimento em saúde. A saúde, também, depende das condições naturais onde a sociedade se insere: clima, solo, localização e

características geográficas, bem como os recursos disponíveis. Daí que a principal orientação estratégica consiste numa intervenção multisetorial.^{19, 68, 147, 148, 167}

A Declaração de Alma-Ata foi o primeiro documento internacional a afirmar na sua recomendação nº 4 que, para melhorar de maneira significativa a saúde da população se fará necessária a coordenação planejada e eficiente dos serviços nacionais e das atividades afins de outros setores. Nas orientações e planos deve-se ter sempre em conta a contribuição dos setores relacionada com a saúde. A adoção de medidas concretas e viáveis em todos os níveis, principalmente nos intermédios e comunitários, para coordenar os serviços de saúde e demais atividades contribuem para a promoção da saúde e cuidados primários de saúde.^{147, 148}

Saúde não é apenas equilíbrio. É também tensão e conflito em busca de melhores condições de vida. É uma tentativa permanente de alcançar níveis superiores de bem-estar. Em consequência não é possível definir teoricamente um nível aceitável de saúde, já que cada grupo e cada indivíduo adota, aquele que melhor se ajusta a suas aspirações e possibilidades reais e concretas. Saúde e doença são conceitos construídos coletiva e socialmente. Portanto, os conceitos obedecem a uma lógica complexa na qual se articulam as visões sociais e individuais para produzir a imagem do que é desejável. A reflexão sobre o alcance do processo saúde/doença, transcende os limites da biologia e da clínica para se integrar na dimensão social. Sendo a saúde um fenômeno complexo e multidimensional, a aproximação do mesmo não pode realizar-se dentro de uma perspectiva limitada de uma única disciplina científica. É fundamental abordá-la a partir de um modelo teórico transdisciplinar, que permita criar as condições para uma compreensão mais real do fenômeno e que contemple todas as suas dimensões.¹¹²

Do exposto se depreende que a abordagem da problemática da saúde é intersetorial. É neste contexto que se deve identificar qual é o papel que lhe corresponde desempenhar. A articulação efetiva de todos os recursos assim como a participação plena da população, adaptada a cada realidade deve se constituir no meio para atingir a meta Saúde Para Todos, o que implica na melhoria da qualidade de vida.

Define-se qualidade de vida como o grau de satisfação no âmbito das áreas física, psicológica, social, de atuação, material e estrutural. Essa concepção fundamenta-se em alguns princípios: ocorrência, dentro da mesma área e entre áreas diversas, de interações complexas capazes de satisfazer as pessoas; desenvolvimento de necessidades particulares ao indivíduo devem se estender àquelas que surgem de interações com cada vez maior número de indivíduos e de sistemas; processo de transição contínua deve depender cada vez mais de escolha própria e de iniciativa espontânea. ⁴⁹

De maneira geral, é possível reconhecer dois tipos de necessidades específicas: as concretas e as abstratas. As primeiras dizem respeito a áreas mais genéricas, como alimentação, moradia, enquanto que as outras são de natureza mais particular, como a auto-estima.

Ao falar em necessidades NAIDOO e WILLS¹¹⁵ citam quatro tipos: normativas, sentidas, expressas e comparativas. As necessidades normativas são definidas por especialistas profissionais. Refletem julgamentos e padrões a partir do modelo biomédico. Muito freqüentemente, notam-se discrepâncias entre os pontos de vista dos profissionais e da população leiga. As necessidades sentidas são aquelas identificadas pela população leiga. As necessidades expressas são as necessidades sentidas que já existem sob a forma de ações concretas. As necessidades comparativas expressam as opiniões dos profissionais a respeito de quais grupos precisariam ter maior acesso a determinados serviços ou recursos. Em geral, esse tipo de discussão não envolve a população leiga.

Foram mencionados os aspectos gerais das necessidades humanas, no entanto, vale ressaltar as duas maneiras de encarar a qualidade de vida: a individual e a coletiva ou populacional.

O real estado de satisfação ou insatisfação ao procurar realizar determinada aspiração, constitui experiência pessoal. Esse desejo, essencialmente individual, de caráter intrínseco como o de auto realização, projeta-se extrinsecamente na obtenção de melhores condições de vida. Tal necessidade pode ser avaliada através do grau de ajustamento às situações existentes ou pelo desejo de mudança, visando a substituí-las. No entanto, dentro de uma perspectiva mais global, dar-se-á particular

importância aos vários fatores determinantes da qualidade de vida: orgânicos, psicológicos, sociais e comportamentais, materiais e estruturais.

As necessidades podem ser vistas ainda a partir de três métodos ou abordagens: necessidades normativas, o método dos objetivos das prestações e necessidades expressas pela população.¹⁵

A qualidade de vida coletiva só pode ser avaliada através de indicadores sociais concretos, seja, de forma objetiva e considerada como resultante de condições ambientais e estruturais que se desenvolvem na sociedade⁴⁹

Os indicadores sociais que tem sido usado para avaliar a qualidade de vida são os seguintes: ambientais, habitacionais, urbanos, sanitários e sociais. Assim, pode-se definir problema social como sendo a situação que implica nível insatisfatório da qualidade de vida populacional e cuja solução foge do âmbito da ação individual e de seu ambiente imediato. A solução, portanto, somente poderá ser atingida mediante atuação da sociedade como um todo já que as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. Para superá-las, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso das pessoas a bens e serviços promotores de saúde que visem criar ambientes favoráveis. Tal política deve dirigir-se aos grupos mais desfavorecidos e vulneráveis, reconhecendo como peculiar a cultura de minorias étnicas e imigrantes.^{49, 112, 147, 148}

As desigualdades em saúde podem ser reduzidas através de uma discriminação positiva, a favor das classes menos favorecidas, mediante uma política de distribuição de rendimentos e educação, além da intervenção dos serviços de saúde. A diminuição das desigualdades de saúde implica num aumento da despesa em habitação, educação, segurança social e criação de novos empregos. O impacto nas populações menos favorecidas será maior do que seria, um aumento, nas despesas com os serviços de saúde. Uma outra explicação para as desigualdades em saúde diz respeito às diferenças nos padrões comportamentais dos grupos sociais. Existem, por exemplo, diferenças substanciais na prática do exercício e no consumo de cigarros, em relação aos quais o rendimento será o fator determinante. A prática de exercícios pode ser considerada como algo que envolve custos elevados, não apenas em termos

financeiros, (muitas atividades de lazer exigem a aquisição de equipamentos dispendiosos), mas, ainda, em termos de tempo disponível.^{15, 47, 68, 167, 177}

A igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários, é um aspecto vital da equidade. Outras desigualdades podem advir das mudanças estruturais resultantes de tecnologias emergentes. Estas refletem-se no nível de saúde existente, tanto no interior dos países, como no que ocorre entre países ricos e pobres. São necessárias ações urgentes para se atingir uma maior justiça social em saúde. No caso da Região Européia da OMS, por exemplo, o principal objetivo no que concerne a Saúde para Todos, era que, até o ano 2000, as diferenças atuais no nível de saúde, entre os países e entre os grupos num mesmo país, fossem reduzidas, ao menos em 25,0%, melhorando o nível de saúde das nações e grupos desprivilegiados.^{112, 147, 148}

2.3 VISÃO HOLÍSTICA DA SAÚDE

A saúde deve ser entendida a partir de uma visão holística, que abrange as várias dimensões do indivíduo, nomeadamente: física, mental, espiritual, sexual, emocional e social. Esta forma de entender a saúde constitui um instrumento importante para a análise dos problemas de saúde, as necessidades e a seleção dos meios para satisfazer essas necessidades. Um traço importante dessa abordagem é a capacidade de envolver o todo na medida em que qualquer problema de saúde pode ser causado por um dos componentes ou pela fusão de dois ou mais. Permite assim elaborar uma análise na qual é possível avaliar qualquer problema em relação às demais dimensões observando a sua importância relativa ou a sua interação. Essa nova visão da saúde oferece condições para reconhecer e identificar aspectos até então ignorados ou pouco analisados como, por exemplo, a dimensão sexual ou mesmo a religiosa. Assim sendo, deve-se considerar todos os aspectos da saúde seja individual ou coletivo numa visão unificada da saúde já que a dimensão societária está também contemplada como pode ser observada na figura abaixo. Inclui, portanto, aquelas relacionadas com o meio onde os indivíduos se inserem, ou seja, ambiental e societária. Figura 2.

O círculo interior, com as seis dimensões, refere-se ao indivíduo enquanto que os dois maiores e externos dizem respeito às dimensões societária e ambiental.¹¹⁵

A *dimensão física* relaciona-se com o corpo. Há que se ter em conta a satisfação das necessidades básicas como forma de garantir uma melhor qualidade de vida e portanto, melhores níveis de saúde. O enfoque prevalente da promoção da saúde e prevenção de doenças tem pouco significado num sistema social que estimula e se beneficia dos comportamentos de risco. Para alguns críticos as intervenções de saúde pública a nível individual são ineficazes porque descontextualizam os fatores de risco ou não leva em consideração os mecanismos pelos quais a cultura prevalente gera e mantém tais comportamentos.

A *mental* refere-se a habilidade para pensar e fazer julgamentos. Na realidade os hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação de que se dispõe acerca de um assunto. Mas, também pelos valores, crenças, atitudes que de uma forma direta ou indireta age como um elemento facilitador de determinadas opções. Assim sendo, os hábitos e estilos de vida nem sempre são os resultados de opções inteiramente livres, conscientes e autônomas. São influenciados pelas pressões e constrangimentos exteriores de natureza ambiental, social, cultural, econômica, além de outras.

A *emocional* está relacionada com o reconhecimento e a capacidade de se lidar com os próprios sentimentos. Muitos desses traduzem formas de lidar com o stress e os constrangimentos da vida cotidiana o que torna, às vezes, difícil a alteração no sentido da aquisição de estilos de vida mais saudáveis. As pessoas com uma elevada auto-estima estão melhor preparadas para resistir às pressões exteriores e para decidir de forma autônoma. Detém uma maior capacidade para se responsabilizarem pela sua própria saúde e para lutarem por melhores condições de vida.^{246, 252, 364, 272, 273}

A *espiritual* significa a habilidade de pôr em prática normas religiosas ou crenças.

Social significa a capacidade de integração numa rede de relacionamento. O homem é um ser social por natureza e tem a oportunidade de dar e receber afeto ajuda e informação. É necessário ter apoio social para satisfazer essa necessidade. Atualmente, nas sociedades ditas modernas, existe um número cada vez maior de pessoas isoladas tais como os idosos, viúvos, trabalhadores desempregados,

imigrantes etc.. No entanto, mais angustiante do que viver isolado é a experiência de viver à margem onde as oportunidades, valores, expectativas e costumes dos indivíduos não são os da sociedade. Essa é a alienação que afeta as minorias étnicas, os imigrantes mais recentes, os trabalhadores imigrados enfim a todos que estão esquecidos ou deslocados pela mudança cultural. ^{11, 19, 28, 41, 54, 86, 147, 148, 172}

A dimensão *sexual* refere-se a aceitação e habilidade em conseguir uma expressão satisfatória da própria sexualidade. ¹³³

Figura 2. Dimensões da saúde numa perspectiva holística.

Fonte: Naidoo J, Wills J. , 1997

Os dois círculos maiores da Figura 2 contemplam as dimensões mais amplas que afetam a saúde: a saúde societária representa o elo entre a saúde e o modo como a

sociedade está estruturada. Inclui a infra-estrutura necessária para a saúde e o grau de integração dentro da sociedade.

A proposta se constitui um dos marcos para a promoção da saúde. Esta é vista com uma dimensão da qualidade de vida e uma articulação entre diferentes aspectos do comportamento humano individual e comunitário. Essa visão é também compatível com a de campo de saúde onde se propõe cinco estratégias: 1) promoção da saúde; 2) estratégias reguladoras; 3) investigação; 4) eficiência de atenção à saúde e 5) estabelecimento de objetivos.⁸⁴

LALONDE⁸⁴, refere o conceito de campo de saúde a partir de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde.

O componente, biologia humana inclui todos os fatos relacionados com a saúde física e mental que se manifestam no organismo como consequência da própria biologia e constituição orgânica do indivíduo. Inclui a herança genética, os processos de crescimento e envelhecimento, o funcionamento dos sistemas cardiovascular, endócrino e digestivo, por exemplo. Dada a complexidade do organismo humano, os aspectos biológicos acabam por influir sobre a saúde, de muitas formas, contribuindo para a morbidade e mortalidade.

O meio ambiente inclui todos os fatores externos relacionados com a saúde e sobre os quais os indivíduos têm pouco ou nenhum controle. Os indivíduos, por si só, não são capazes de assegurar a qualidade dos alimentos que consomem, evitar a contaminação do ar, garantir a pureza da água de abastecimento e evitar a transmissão das doenças.

O estilo de vida é um componente do campo de saúde que representa o conjunto de decisões que o indivíduo toma em relação a sua saúde e sobre o qual exerce um certo grau de controle. Nesse componente, ao contrário das anteriores, o indivíduo pode ser responsabilizado pelas consequências, boas ou más, do seu comportamento para a saúde. Organização da atenção em saúde consiste na quantidade, qualidade, natureza e relações entre as pessoas e os recursos na prestação dos serviços de saúde.

O conceito de campo de saúde possui características que constitui um potente instrumento para a análise dos problemas de saúde, determinação das necessidades e a seleção dos meios para satisfazê-las. Qualquer problema de saúde pode ser analisado a partir dos quatro componentes, avaliando a sua importância e o grau de interação entre os mesmos.⁸⁴

A saúde é construída pelas pessoas no seu dia a dia, pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade passe a oferecer condições que permitam a obtenção da saúde para todos os seus membros.

Assim, *cuidado, holismo e ecologia* são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Para serem eficazes, os programas de promoção em saúde, devem basear-se nos quadros socioculturais locais e estarem intimamente ligados à formação dos sistemas de valores dos indivíduos. Os esforços de educação para a saúde devem cobrir uma vasta gama de atividades e fornecer às pessoas os elementos de informação necessários para decidirem.¹¹²

Por comportamento saudável deve entender-se um esforço consciente, desenvolvido pelos indivíduos com o intuito de preservar, de uma forma ativa, a própria saúde e a de terceiros. Está cientificamente provado que práticas como as de observar um regime alimentar equilibrado, dedicar-se a atividades físicas regulares, ter períodos de repouso e de descontração e relações sociais e sexuais compensadoras, contribuem para o sentimento de bem-estar do indivíduo evitando à doença.¹¹²

A promoção da saúde é uma tarefa que não depende exclusivamente do setor saúde, necessita da colaboração ativa de outros setores da vida social. Sendo uma tarefa que diz respeito a todos, concretiza-se através da ação e cada um, ao longo da vida e nos diferentes contextos ambientais em que os indivíduos se inserem.^{112, 128, 129.}

130

A maior parte dos estudos tem apontado as formas nocivas de comportamento e não as formas de comportamento propícias à saúde. Essa ação leva a importantes campos de investigação que buscam identificar o que constitui comportamentos

positivos de saúde e como motivar as pessoas a tomarem mais a sério a própria saúde e a dos outros.²⁵

A promoção em saúde, segundo CANDEIAS²⁵, define-se como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. A expressão “condições de vida” permite que a definição de promoção em saúde ultrapasse os limites de fatores estritamente comportamentais, observáveis, em geral, durante o relacionamento interpessoal que ocorre no âmbito do nível local para prender-se a uma teia de interações muito mais complexas. Esta é constituída pela cultura, por normas e pelo próprio ambiente sócio-econômico, cada um deles se associando com aquele significado histórico mais amplo que se convencionou denominar de “estilo de vida.”

CANDEIAS²⁴ reforça que a implementação da promoção da saúde pode ser feita a partir das seguintes abordagens: abordagem médica prende-se especificamente a ações diretamente relacionadas a doenças e incapacidades medicamente definidas; abordagem de mudança de comportamento cujo objetivo é mudar as atitudes e os comportamentos das pessoas para que passem a adotar estilos de vida “saúdáveis,” tal como definido pelos profissionais de saúde pelas organizações ligadas a esses serviços de saúde; abordagem educativa visa a dar informações e a garantir conhecimentos a respeito de assuntos relacionados à saúde, possibilitando desse modo, a adoção de decisões corretamente informadas. A partir dessa perspectiva, as pessoas são informadas e orientadas a respeito de como explorar seus próprios valores e atitudes, respeitando-se o direito de tomarem suas próprias decisões; abordagem centralizada no cliente tem como objetivo trabalhar com as pessoas de forma a ajudá-las a identificar aquilo que desejam saber e a implementar ações, fazendo com que tomem suas decisões de acordo com seus interesses e valores. O autofortalecimento ou auto-habilitação da pessoa é considerado o objetivo central dessa abordagem. Os clientes são considerados pessoas com conhecimentos e habilidades, e que, portanto, têm todo o direito de controlar o próprio destino e, finalmente, a abordagem societária tem como finalidade provocar mudanças no ambiente físico, social e econômico de modo que estes proporcionem melhores

condições para a saúde. O foco da abordagem é a mudança de comportamento social, e não individual, defendendo o direito democrático de mudar a sociedade e de incluir o tema saúde na agenda política do país em todos os níveis.

São definidos cinco princípios fundamentais na promoção da saúde: A promoção da saúde afeta a população em seu conjunto, no contexto da sua vida diária e não apenas nas pessoas que correm o risco de sofrer de determinadas doenças; a promoção da saúde pretende influir nas causas ou determinantes da saúde; a promoção da saúde combina métodos ou enfoques distintos, porém complementares; a promoção da saúde se orienta especificamente para conseguir a participação concreta e específica da população e os profissionais de saúde, particularmente no campo da atenção primária devem desempenhar um papel de grande importância na defesa e facilitação da promoção da saúde.⁷⁹

Essa integração que transforma esses princípios exige novas formas de pensar, agir e novas perspectivas sobre a maneira como as pessoas e a sociedade enfrentam e superam os problemas de saúde. É reconhecida a importância que a família e os amigos podem ter no sentido de apoiar o indivíduo para ajudar a manter um novo comportamento.

As estratégias de promoção da Saúde atuais começam a mudar o seu enfoque nos grupos de alto risco para centrar-se, cada vez mais, nas estratégias de intervenção comunitária. Essa funciona através das próprias estruturas comunitárias como é o caso das escolas, centros de trabalho e lazer e organizações de vizinhanças visando promover o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. O enfoque baseado na comunidade destaca a importância da filosofia do “empowerment” no qual as pessoas, grupos e organizações participam ativamente para mudar o ambiente comunitário e elaborar normas comuns dirigidas ao alcance de metas de uma saúde melhor e aumento do bem-estar.^{17, 83, 159, 188, 189}

Alguns Programas desenvolvidos com base na participação comunitária têm demonstrado que essa estratégia é válida quando se pretendem alterar comportamentos considerados negativos para a saúde. O projeto da Carélia do Norte na Finlândia que vem sendo desenvolvido desde 1972 com vistas ao

controle das doenças cardiovasculares; o Programa de Stanford na Califórnia para a prevenção das doenças do coração; o Projeto de Pawtucket para a saúde do coração em Rhode Island concebido pelo Hospital Memorial da cidade; o Programa de Minnesota para a saúde do coração e o Programa do Condado da Pennsylvania para melhorar a saúde, vêm sendo realizados com êxito e podem servir de orientação para a mobilização da comunidade com vistas à promoção da saúde.¹⁷⁷

Durante os últimos anos têm-se verificado um rápido aumento dos programas de promoção da saúde baseados na comunidade e destinados, principalmente, a prevenção das doenças crônicas degenerativas.¹³¹

O desenvolvimento de estratégias comunitárias requer um conjunto de orientações que segundo PANCER e NELSON¹³¹ podem ser válidas quando se pretende adaptar os programas e projetos às circunstâncias e realidades de cada lugar. São elas: participação da comunidade, avaliação das necessidades e recursos, programação global, mudança a longo prazo, investigação e avaliação, recursos e colaboração dos profissionais e da comunidade.

Os programas baseados na comunidade, quando bem desenvolvidos podem influir nos estilos de vida e fatores de risco da população, mantendo esses níveis durante longos períodos. Essas mudanças produzem menores taxas de morbidade e maior bem-estar na população como um todo.^{5, 21, 43, 55, 58}

É a partir da perspectiva teórica da promoção em saúde que se pretende estudar a saúde e as condições de vida da população guineense imigrante, residente em Portugal.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as condições de vida e saúde dos imigrantes guineenses residentes em Portugal a partir do quadro teórico que embasa os conceitos de migração e promoção da saúde contribuindo assim para o planejamento e implementação de intervenção social.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fazer um diagnóstico da população

Descrever o perfil sócio-demográfico da população.

Caracterizar o processo migratório da população.

Identificar o conceito e os comportamentos de saúde da população.

Identificar as infra-estruturas existentes na área residencial da população.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

No presente estudo utilizou-se o "survey" descritivo, ou seja, um tipo de investigação que permite conhecer a realidade tal como ela se apresenta no momento do levantamento dos dados, sem que haja a intenção de buscar qualquer relação de causa e efeito. A partir dessa perspectiva obtém-se a informação diretamente, mediante a resposta do indivíduo. Representa um tipo de estudo que se fundamenta no contato direto dos entrevistadores com os indivíduos cujas características se deseja conhecer.²⁶

Durante as entrevistas foi utilizado um formulário composto de questões abertas, fechadas e mistas, preenchido pelo entrevistador (Anexo 2). Esse instrumento foi pré-testado entre africanos provenientes dos PALOP, com características semelhantes as da população alvo, mas que não participaram do estudo. Com isto, pretendeu-se detectar possíveis falhas na compreensão das perguntas para posterior reformulação das questões, caso fosse necessário.

O formulário da entrevista foi elaborado em função do modelo teórico de NAIDOO e WILLS¹¹⁵, contemplando, portanto, as dimensões propostas pelos mesmos e abrangeu quatro itens assim organizados: a) dados sócio-demográficos do entrevistado, tais como sexo, idade, estado civil, procedência, profissão, ocupação, além de outros; b) motivos e condições do processo migratório; c) saúde e d) infraestrutura comunitária.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Vale da Amoreira, freguesia pertencente ao Concelho da Moita - Distrito de Setúbal. (Administrativamente, no Brasil, corresponde ao bairro) Situa-se na margem sul do rio Tejo, a aproximadamente 35 Km de Lisboa, área mais recente do referido Concelho. Localiza-se a norte com a Baixa da Banheira, a sul com a Vila Chã e a Cidade Sol (Concelho do Barreiro), a leste com Alhos Vedros

(Concelho da Moita) e ao oeste com a Quinta da Lomba (Concelho do Barreiro). A freguesia manifesta um caráter exclusivamente habitacional. Trata-se assim de uma área que apresenta acentuados desequilíbrios socio-urbanísticos, particularmente no que se refere à integração e coesão do bairro, às variações diárias da população ativa e à carência de equipamentos comerciais e de prestação de serviços. Verifica-se, nesse sentido, uma elevada dependência no que se refere ao acesso aos serviços básicos, de primeira necessidade, bem como o acesso aos locais de trabalho. Da população total, 70% estão desempregados, pertencendo 40% desses a faixa etária entre 16 e 27 anos de idade. Estima-se que a taxa de desemprego seja cinco vezes maior do que o valor da taxa nacional. Os jovens à procura do primeiro emprego e os desempregados de longa duração são as camadas mais atingidas. A população ativa existente na freguesia constitui um verdadeiro reservatório de mão-de-obra barata e não qualificada dos concelhos vizinhos.

No Vale da Amoreira, os dados demográficos provenientes do Censo de 1981 acusaram uma população residente de 6.735 habitantes. No censo de 1991 a população total já sofrera um aumento em torno de 50%, apresentando o valor de 13.522 habitantes. Para a administração local, esses dados encontram-se subestimados. Calcula-se haver cerca de 2.000 residentes permanentes, ilegais, estando a população por volta de 17.500 habitantes. Estima-se que 50% sejam africanos provenientes dos PALOP, sendo os restantes de origem portuguesa. Entre os africanos, a comunidade cabo-verdiana tem maior representatividade numérica no conjunto de todas as outras, provenientes dos PALOP. A área possui cerca de 4.900 habitações denominadas “populares”, sendo ocupadas, em sua maioria, por proprietários, financiados pelo Instituto de Gestão e Alienação do Patrimônio Habitacional do Estado-IGAPHE. Algumas delas foram inicialmente invadidas, razão pela qual a Câmara criou um “Programa de Financiamento” dirigido aos atuais ocupantes com vistas a regularizar essa situação.

O Vale da Amoreira é constituído por “habitações de renda social”, denominadas de “comunidades de terceira geração” por possuírem maior grau de inserção social e de estabilidade financeira. Essas comunidades contêm geralmente famílias numerosas, com filhos já nascidos em Portugal, provenientes de bairros que foram destruídos e

cujos habitantes tiveram que ser realojados. São bairros com pouca infra-estrutura, incapazes de garantir um mínimo de qualidade de vida social a seus moradores. A grande concentração de pobreza, assim como a diversidade das várias culturas, forçadas a viver em conjunto, sem nenhum acompanhamento técnico, é causa freqüente de conflitos e de situações de marginalidade social.²²

A escolha do local, para a realização deste estudo, deve-se ao fato de, nos distritos de Lisboa e de Setúbal, residir o maior número de imigrantes africanos originários dos PALOP, representando cerca de 80% do total. No Vale da Amoreira encontra-se, também, a maior concentração de africanos em Portugal: estima-se que sejam cerca de 4800 (quatro mil e oitocentos) africanos legalizados, dos quais cerca de 480 são guineenses com características semelhantes às comunidades africanas da Grande Lisboa. Existe um certo deslocamento entre as comunidades imigrantes de um e outro lado do Tejo.

A resolução dos problemas que afetam aquele conjunto populacional, ao sul do Tejo, passa, certamente, por um maior investimento dos próprios africanos através das suas Associações.

Este trabalho contou com a autorização formal da Junta de Freguesia local – organização administrativamente responsável pela área, sem o qual teria sido mais difícil a sua realização.

4.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída por 139 (cento e trinta e nove) famílias residentes no Vale da Amoreira, independentemente da sua situação legal junto às Autoridades portuguesas. Os africanos, naturalizados portugueses, estrangeiros ou clandestinos, de ambos os sexos, foram todos entrevistados uma vez que a situação de (i)legalidade não constituiu critério de escolha para que fizessem parte do estudo

A opção pelo estudo de ambos os sexos prende-se à necessidade do estudo de conhecer as características de cada um deles, uma vez que as mulheres representam, hoje, quase a metade da população migrante internacional. Em cada residência foi entrevistada apenas uma pessoa, responsável esta, de forma mais direta, pela

manutenção do grupo familiar. Ou seja, foi selecionada aquela que assume, de fato, a responsabilidade econômica pela manutenção da família, independente da contribuição financeira dos demais membros.

4.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 1999 e no primeiro semestre de 2000. Essa fase da pesquisa contou com o auxílio de uma entrevistadora, com formação básica em Sociologia, e com treinamento e capacitação específica para essa tarefa. O instrumento de coleta dos dados foi aplicado por meio de entrevista direta. Os entrevistadores leram cada uma das perguntas, assim como as respectivas opções de respostas no caso de perguntas fechadas. A(s) resposta(s) do(s) entrevistado(s) foram registradas no instrumento correspondente. Procedimento semelhante foi utilizado nas perguntas abertas, cujas respostas foram transcritas literalmente no formulário.

A escolha da entrevista, enquanto técnica de coleta de dados, prendeu-se ao fato de ser esta a mais indicada para avaliar conhecimentos e práticas, uma vez que o entrevistado pode ser observado durante todo o processo percebendo-se melhor o que diz e como diz. O contato entre o entrevistador e o inquirido permite repetir ou esclarecer as perguntas, formulá-las de maneira diferente, especificar significados com a garantia de que está sendo compreendido.⁴⁵

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos inquiridos, tendo-se a preocupação de informá-los, inicialmente, sobre os objetivos da pesquisa. Esse procedimento teve como finalidade tentar evitar a omissão de informações, já que muitas dessas pessoas se encontravam em situações de clandestinidade, podendo eventualmente fazer alguma associação entre o teor das perguntas e possíveis medidas repressivas por parte das autoridades portuguesas, apesar de não ser este o caso.

Os primeiros contatos foram feitos com pessoas que já conheciam a pesquisadora, com o intuito de que pudessem servir de referência para os demais contatos, até alcançar as cento e trinta e nove famílias. A familiaridade com o crioulo, que facilitou

o entendimento das respostas, não se notando obstáculos à realização das entrevistas. Para entrevistar quatro pessoas, que declararam não falar a língua portuguesa, contou-se com a ajuda de um intérprete.

Foram excluídas 11 famílias ausentes por motivos de viagens, mudança de endereço, recusa, doença e mudança para outro país.

4.5 Tratamento dos dados

Os formulários preenchidos foram objeto de constantes revisões e codificação a fim de eliminar falhas no preenchimento.

No processamento estatístico dos dados utilizou-se o seguinte procedimento: codificação e tabulação dos dados sócio-demográficos, do processo migratório, de aspectos ligados à saúde do entrevistado, da sua família e da interação social existente na comunidade, e por último, das infraestruturas e carências existentes na área.

As variáveis em estudo foram analisadas isoladamente. Fizeram-se alguns cruzamentos entre as mesmas, desde que tal fato justificasse uma melhor discussão do assunto em estudo. A apresentação dos resultados foi feita mediante valores absolutos e relativos, através de tabelas, quadros e gráficos. Em alguns casos foram feitas aproximações estatísticas, respeitando, contudo, as regras exigidas para o efeito.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados na seguinte ordem. Inicialmente descrevem-se as variáveis sócio-demográficas, domínio do idioma, sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão, com vistas a traçar o perfil da população. Em seguida abordam-se as variáveis que identificam o percurso migratório, desde a saída do país de origem até a subsequente instalação do imigrante em Portugal. As condições de saúde, entendidas aqui na sua perspectiva globalizante com múltiplas dimensões, bem como a forma como é entendido o conceito é outro aspecto explorado no trabalho. Por último, são apresentadas as condições ambientais e os equipamentos comunitários existentes no local onde residem os entrevistados.

A interpretação e análise dos gráficos e tabelas referentes ao processo migratório é feita com base nos pressupostos conceituais das várias teorias existentes sobre o tema. A análise sobre as condições de saúde da população estudada, terá como fundamentação as propostas de Promoção da Saúde e do conceito de saúde holística, enfatizando-se a importância da satisfação das necessidades básicas.

Na interpretação dos dados coletados, valorizou-se o depoimento espontâneo dos entrevistados, reproduzindo-os textualmente em algumas situações. As informações referentes à fonte, população, ano e local, omitidas no título de todas as tabelas e gráficos, justifica-se pelo fato de se tratarem dos mesmos dados, evitando-se assim repetições desnecessárias.

5.1 Língua Portuguesa

A língua constitui um dos elementos mais importantes de integração dos imigrantes numa sociedade de acolhimento. Assim sendo, perguntou-se aos entrevistados se dominavam o idioma português, isto é, se conseguiam se expressar na língua local e, se “sim” com que grau de dificuldade. A maioria dos entrevistados, ou seja ¹⁰³ pessoas, afirmaram que se expressavam com facilidade. Apenas 34

entrevistados disseram que sentiam dificuldades em falar o idioma, sendo que 2 pessoas afirmaram, na ocasião, que não sabiam falar o português, conforme pode ser observado no Gráfico 2, abaixo.

Gráfico 2. Características do idioma português falado pelos entrevistados

Na opinião de MACHADO⁹⁴ os dados sobre as pessoas que falam a língua portuguesa fluentemente podem estar distorcidos já que muitos declaram falar essa língua por reconhecer nisso o reflexo de um melhor posicionamento social e maior nível de escolaridade.

A falta de domínio da língua do país receptor representa, no caso dos imigrantes, uma dupla desvantagem: a de ser estrangeiro e de não possuir os instrumentos (a língua) que possam minimizar a distância com os nacionais e a de não saber falar a língua do país, o que pode gerar, no imigrante, num primeiro momento, um sentimento de medo, e insegurança.¹⁶⁵

A língua como elemento da cultura de um povo apresenta-se, simultaneamente, como um fator de coesão e de reconhecimento do grupo. Enquanto veículo de comunicação, entre os membros de um mesmo grupo, confere segurança num espaço culturalmente diferente.

A língua portuguesa enfrenta, entre as línguas étnicas utilizadas pela população do estudo, a concorrência, sobretudo com o crioulo, o veículo mais provável de uma unificação linguística.

Alguns estudos revelam que os imigrantes que falavam português, antes de imigrar, concentravam-se nas cidades, nos centros do poder político e administrativo, assim como no litoral. Pode-se assim perceber que o português, língua oficial do país, esteja intimamente ligado ao exercício do poder em Portugal. Embora o crioulo guineense seja uma língua étnica quotidianamente utilizada, os indivíduos com maior nível de escolaridade, defendem a manutenção da língua portuguesa, na Guiné, como língua oficial, devido ao reconhecimento internacional que pode daí advir. Para que o português seja efetivamente a língua de unidade nacional, é preciso que passe a ser, também, a língua veiculada pela maioria dos imigrantes, sem que signifique isso um corte com suas raízes culturais. Nesse contexto, coloca-se uma questão: como promover as línguas africanas e, ao mesmo tempo, expandir e consolidar o uso do português pelos imigrantes? ^{94, 96}

A promoção e o desenvolvimento das línguas africanas e a expansão e consolidação do uso do português não são incompatíveis. Têm papéis distintos que se complementam. O português, por sua vez, pode ter uma função potencial, que faça da mesma um fator de unidade nacional. Permite o ensino-aprendizagem de áreas específicas do conhecimento científico e dispõe de uma vasta literatura científica, jornalística e de ficção. Assim sendo, contribui para a solidariedade internacional entre os países do espaço lusófono. Por outro lado, as línguas africanas constituem elementos culturais de valor insubstituível. Quando utilizadas em contexto pedagógico, permitem uma maior igualdade de oportunidades no acesso ao ensino e ao conhecimento. Garantem a continuidade entre a educação extra-escolar e escolar, permitindo o recurso a metodologias ativas e a uma pedagogia diferenciada. ^{36, 38, 137, 185}

A situação lingüística em geral e a evolução do português, em particular, nos países de origem dos imigrantes africanos, é uma variável de enquadramento importante visto ter influência direta nos processos de inserção dos mesmos na sociedade portuguesa. Além de ser esta a língua oficial, o peso efetivo da língua portuguesa é muito diferente nos cinco PALOP bem como as suas modalidades de evolução. A consideração da diversidade étnica e das particularidades da Guiné-Bissau e da forma como elas se manifestam na comunidade guineense, em Portugal,

é indispensável para a plena compreensão dos contornos sociais e culturais dessa comunidade.⁹⁴

A diversidade étnica da sociedade guineense encontra repercussão no plano lingüístico. Cada um dos grupos existentes tem a sua língua própria. Estimam-se em mais de vinte, os grupos étnicos, entre os quais: balantas, djolas, banhuns, cassangas, cobianas, brames, manjacos, papéis, bijajós, beafadas, nalus, bagas, landumãs, pajadincas, e tandas, mandingas, fulas além de outros. Os agrupamentos lingüísticos são os kissi-landoma, nalu, banhum, balanta, manjaco, beafada, bijagó, tandas, djola, serere, jalofo, fula, mandé tan, mandé fu.⁶⁷ Além dessas línguas étnicas, o crioulo representa o único veículo lingüístico com alguma expressão nacional, apesar de uma parte da população não o falar. O português tem pouca expressão na medida em que é falado por uma pequena minoria, principalmente nos centros urbanos: Bissau e Bafatá.^{39, 94}

Gráfico 3. Língua falada na residência

Os dados do Gráfico 3 mostram que o crioulo é realmente a língua de uso corrente. Como pode ser observado, 57 dos entrevistados (41,0%) afirmam que esta é a língua mais falada nas residências. Na maioria dos casos, o crioulo é utilizado paralelamente com o português, em variadas combinações, mas sempre com prevalência do primeiro, o que atinge 79 (57,0%) dos entrevistados. De uma forma

ou de outra, 136 pessoas e as suas famílias utilizam a língua materna como veículo de comunicação, o que totalizam 98,0% da população que de uma forma ou de outra tem o crioulo como a sua primeira língua. Apenas 3 (2,0%) entrevistados afirmaram que utilizavam outros idiomas no contexto familiar, entre essas o fula, o mandinga, o balanta, o inglês e o espanhol. Pode-se constatar que a grande maioria fala o crioulo e simultaneamente o crioulo e o português totalizando assim 136 pessoas.

Estudos realizados por MACHADO ⁹⁴ sobre o assunto, concluem que dos cinco PALOP, a Guiné-Bissau representa o país onde a língua portuguesa é menos falada. O autor encontrou o uso do crioulo em simultâneo com o português em 70,0% dos entrevistados, mas com prevalência do primeiro. O uso exclusivo do crioulo foi declarado por 14,0% e o do português por apenas 10,0%, quase que exclusivamente entre os guineenses de nacionalidade portuguesa, com melhores condições sócio-econômicas e com maior tempo de residência em Portugal. Ressalta-se ainda que, no referido estudo, 14,0% afirmaram falar outras línguas, principalmente o fula.

A língua opera de forma mais direta como fator de coesão simbólica dentro do grupo e atua, simultaneamente, como elemento de distinção, uma vez que estabelece a fronteira entre os que falam a língua-mãe e os que não a dominam. Sendo este, um dos aspectos que singularizam o grupo. ^{94, 96}

Vale ressaltar, ainda, que o crioulo deixou de estar restrito ao meio familiar, fazendo com que se consolidasse como forma lingüística do espaço urbano polifônico de novos luso-africanos e de alguns jovens portugueses. Neste sentido, a veiculação do crioulo no seio familiar, assumido de antemão como veículo da cultura de origem, rompeu a fronteira familiar e étnica. Criou novas raízes nas ruas, onde o seu uso não está restrito à segunda geração de imigrantes, luso-guineenses e/ou lusocaboverdianos. Eventualmente, poderá ser falado por novos luso-angolanos ou até mesmo por jovens portugueses. ³⁶

5.2 Sexo e faixa etária

Uma das preocupações deste estudo foi a de caracterizar a população, do ponto de vista sócio demográfico. A estrutura etária e de gênero da população é um dos

aspectos considerados importantes. Aos entrevistados foi-lhes perguntado qual era a sua idade, agrupando-as em categorias conforme pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população segundo sexo e faixa etária.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 -- 30	21	26,5	19	32,0	40	29,0
30 -- 40	20	25,0	12	20,0	32	23,0
40 -- 50	26	33,0	17	28,0	43	31,0
50 -- 60	10	13,0	8	13,0	18	13,0
60 e mais	2	2,5	4	7,0	6	4,0
Total	79	100,0	60	100,0	139	100,0

Como mostra a Tabela acima, 79 (57,0%) são homens e 60 (43,0%) mulheres. A Guiné-Bissau tem o número de mulheres mais baixo entre todas as nacionalidades de países de língua portuguesa. As situações mais equilibradas, no que diz respeito a relação entre o número de homens e mulheres dos PALOP são as de São Tomé e Príncipe, Brasil e Moçambique.^{46, 94}

Um inquérito efetuado, em 1995, revelou que 75,0% dessa imigração é posterior a 1984, o que explica a baixa representatividade das mulheres nos estudos que têm sido efetuados. Para FERREIRA e RATO⁴⁶ esses argumentos são insuficientes uma vez que foi também na década de oitenta que a imigração brasileira se intensificou sendo a sua estrutura sexual bastante equilibrada.

Os estudos sobre migração, efetuados entre as décadas de sessenta a oitenta, geralmente, ignoravam as questões relacionadas com as desigualdades entre homens e mulheres. No entanto, os estudos mais recentes mostram que uma percentagem crescente do fluxo migratório, para as áreas urbanas, é constituída por mulheres, muito embora as mesmas ainda se encontrem em desvantagem em relação a vários aspectos. As decisões de migrar, entre as mulheres, são mais complexas do que entre os homens. Essas decisões, são consequência de um misto de condições económicas e sociais. Há maior probabilidade de as mulheres provirem de famílias

mais pobres e mais numerosas. Muitas vezes, essa migração constitui parte das estratégias de sobrevivência da própria família. É mais provável que as filhas enviem mais dinheiro para a família do que os filhos. O dinheiro pode ser usado para a satisfação das necessidades básicas: uma alimentação mais equilibrada, cuidados de saúde e melhoria na habitação. Essas remessas fazem parte de um esquema de laços, obrigações e ajuda mútua voluntária. A migração feminina concentra-se entre os 15 e os 24 anos, momento em que começam a fazer parte da população ativa. Há ainda um segundo momento composto pelas mulheres na faixa etária dos cinquenta aos sessenta anos. Essas mulheres migram com mais frequência do que os homens da mesma faixa de idade. São, geralmente, viúvas e divorciadas que vão viver com os filhos, ou ainda mulheres sem filhos. A ausência de filhos ou de um marido, em algumas sociedades, pode levar uma mulher a procurar a proteção de outros membros da família ou tentar conquistar a sua própria independência.

Os indivíduos que migram, quer sejam do sexo feminino ou masculino, fazem-no, em regra, no contexto de um complexo processo familiar e comunitário, destinado a melhorar o bem estar e a capacidade de sobrevivência da família.

O número elevado de homens corresponde a mais alta taxa de atividade, no conjunto das nacionalidades de imigrantes legalizados, totalizando 73,0% da imigração, o mais elevado valor observado entre os PALOP. Talvez essas taxas estejam sendo subestimadas na medida em que a maior parte desses imigrantes trabalha no setor da construção civil, onde a incidência de trabalho clandestino é muito elevada.

Segundo o SEF até 31 de Dezembro de 1997, residiam legalmente em Portugal 175263 estrangeiros. Desses, 60% eram do sexo masculino, demonstrando uma maior tendência desse sexo para a imigração, seja por fatores culturais, históricos, políticos ou mesmo econômicos. A evolução observada, de 1991 até 1997, denota uma certa regularidade na divisão por sexo, mantendo ainda o sexo masculino cerca de 57,0% a 58,0% do total da população estrangeira residente.⁴⁶

No que diz respeito aos imigrantes oriundos da Guiné-Bissau, a população feminina tem expressão mínima. Em 1996 e em 1997 representavam apenas 26% dos imigrantes, enquanto que entre os oriundos do Reino Unido e Brasil esse valor era de

46%. No caso da população originária de Cabo Verde e Angola a população feminina aproxima-se dos 40,0%.⁴⁶

Quanto à idade, a Tabela 1 mostra que população do estudo é constituída basicamente por adultos jovens, já que 72 pessoas, (52,0%), têm menos de quarenta anos. Pessoas com 60 anos ou mais representam apenas 6 entrevistados, (4,0%).

De forma geral, pode-se afirmar que a estrutura etária dessa população caracteriza-se, sobretudo, pelo elevado número de indivíduos em idade ativa pois entre os 18 e 60 anos encontra-se 96% dos entrevistados. Segundo SAINT-MAURICE¹⁶⁵, essa estrutura, é típica de uma população imigrante cuja motivação tem por base as razões econômicas, e, de uma forma mais concreta, a procura de emprego que lhes permita obter um nível mínimo de sobrevivência.

Resultados do estudo realizado por MACHADO⁹⁴ com a população guineense, mostrou também tratar-se de uma população jovem. Na ocasião, o autor afirmou que apenas 6% da população, por ele estudada tinha mais de quarenta e cinco anos. As crianças representavam 14%, do total, valor bastante limitado, quando comparado com a população portuguesa que, apesar de se encontrar num processo de envelhecimento, ainda apresentava valores de 20% para essa faixa de idade. Afirmou o autor que, tratando-se de uma comunidade imigrante recente, a sua estrutura, do ponto de vista da idade e do gênero, apresentava-se bastante desequilibrada.

Ao contrário do que acontece com outras comunidades africanas, o reunião familiar da comunidade guineense é ainda limitado. Isso decorre não só do tempo de residência mas, sobretudo, das condições impostas à imigração pelas autoridades portuguesas nos últimos anos.

Na análise da distribuição da população estrangeira, por grupos etários, verificou-se que, em 1997, o grupo que concentrava mais residentes era o da chamada “idade ativa”, dos 14 aos 60 anos. Observou-se uma maior entrada em Portugal de pessoas até aos 44 anos, correspondendo estes a cerca de 80% dos novos residentes. O escalão compreendido entre os 25 e os 29 anos foi aquele que mais contribuiu, com cerca de 857 novas entradas, correspondendo a 14,9% do total. Acima de 80 anos apenas se registraram 21 entradas perfazendo 0,4%.⁴⁶

5.3 Estado Civil

A emigração tende a desestruturar a família. É freqüente as famílias se separarem para sempre. Quando isso não ocorre com a família nuclear, afeta os ascendentes e colaterais. Assim sendo, tentou-se saber qual o estado civil dos entrevistados, cujos dados são apresentados na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2. Distribuição da população segundo o estado civil.

Estado civil	Nº	%
Solteiro	69	50,0
Casado	39	28,0
Em união consensual	15	11,0
Viúvo	12	8,0
Divorciado	4	3,0
Total	139	100,0

Os dados da tabela mostram que 69 pessoas são solteiras, (50,0%) e 39 (28,0% são casados. Apenas 15 pessoas (11,0%) afirmaram viver em união consensual. Os viúvos e os divorciados representam 8,0% e 3,0%, ou seja, 12 e 4 pessoas, respectivamente. Poder-se-ia inferir que os solteiros tenham mais facilidade de imigrar do que aqueles que têm uma família com filhos. No entanto, muitos dos que afirmam serem solteiros respondem dentro de uma visão legal e do direito. Do ponto de vista prático, ou seja, de fato, essas pessoas possuem uma família. Vivem em união consensual sem assumirem esta situação.

A reunião familiar, no caso dos guineenses, é ainda limitado, como já foi referido anteriormente. Trata-se de uma imigração predominantemente masculina. Segundo MACHADO⁹⁴ 70% dos guineenses residentes em Portugal são homens que deixaram as mulheres e os filhos na Guiné Bissau. Os contextos em que ocorrem os processos migratórios definem o grau de liberdade dos atores na tomada de decisão bem como as estratégias utilizadas nos seus percursos. Assim sendo, quando as decisões de emigrar assentam em motivos de ordem econômica, é normal ser o homem a emigrar

em primeiro lugar. Depois, ao obter o mínimo de condições que garantam a subsistência da família, manda buscá-la. Em alguns casos, os homens moram em habitações cedidas pelos patrões. Essa situação raramente acontece com as mulheres uma vez que as mesmas ficam na casa dos familiares. De certa forma, esse aspecto caracteriza, na maioria das vezes, a migração laboral, ou seja, o fluxo dá-se individualmente e só depois ocorre a reunião familiar.^{94, 165}

5.4 Escolaridade

A familiaridade com a língua portuguesa varia em termos dos níveis de escolaridade, origem social ou, ainda, em função da etnia a qual pertencem. É pois, mais um elemento de confirmação do perfil social particular dos provenientes da Guiné-Bissau.

Questionados se sabiam ler, 135 entrevistados, (94,0%), afirmam que sabem ler enquanto 4, (6,0%), são analfabetos.

Sem deixar de usar preferencialmente o crioulo, como veículo de comunicação interna a grande maioria dos entrevistados afirma ter facilidade na utilização do português não só no registro oral (entendimento e locução), como também na leitura e na escrita. Alguns estudos discordam dessa afirmação verificando dificuldades crescentes quando os guineenses passam da compreensão da língua falada para a língua escrita. No estudo realizado por MACHADO⁹⁴, enquanto 9,5% dos inquiridos reconheciam ter dificuldades em compreender o português, os que afirmaram ter dificuldades em escrevê-lo representavam mais do que o dobro dos anteriores, 20,7%. Esse aspecto pode ser explicado pelo perfil de escolaridade dos imigrantes e pelo fato de na Guiné-Bissau o ensino do português ocorrer num contexto linguístico em que o crioulo ou as línguas étnicas prevalecem. Assim sendo, os alunos que terminam o Liceu - 3º Ciclo (equivalente ao 2º Grau, no Brasil) possuem um nível muito baixo de domínio da língua portuguesa. São incapazes de redigir duas páginas expressando claramente as suas idéias sobre assuntos tão simples como o da tradicional redação sobre as férias da Páscoa.⁹⁴ Embora nesse estudo não se tenha incluído o domínio da língua escrita, sabe-se que também neste

aspecto as dificuldades são muitas. Todavia, os níveis de escolaridade e o conhecimento da língua dos imigrantes são maiores do que os da população guineense em geral. Isso muitas vezes inviabiliza o uso da comunicação escrita entre os imigrantes e seus familiares no país de origem, na medida em que os que lá ficaram não têm capacidade de decifrar as mensagens. As dificuldades de utilização do português escrito, num quadro de relações familiares e sociais em que a língua materna é outra, leva a um maior uso do telefone em detrimento da correspondência escrita (cartas), sendo esse fator reforçado pela escassez dos serviços de entrega de correspondência porta a porta por correios locais. Nos contatos mantidos com a Guiné, o papel preponderante do uso do telefone põe em evidência a dificuldade que se tem em lidar com o português, não só a nível da leitura mas também da escrita. Além de superar as dificuldades de comunicação o telefone tem a vantagem da rapidez. Apesar de representar custos econômicos significativos responde as razões de natureza afetiva na medida em que permite ouvir a voz da pessoa com a qual se está falando. Enfim, o desconhecimento da língua e da cultura das sociedades de acolhimento se traduz, de forma concreta na dificuldade dos indivíduos em lidarem com as exigências que a inserção nessas sociedades colocam ao nível da leitura e da escrita.⁹⁴

Além disso, a relação entre escolaridade e emigração nos países do Terceiro Mundo, em geral, e, entre os africanos, em particular, merece ser destacada. Isso porque, a forte aposta na escolarização feita por esses países, após a independência, parece não ter surtido o efeito desejado em termos de desenvolvimento. Hoje, está comprovado não existir correlação linear entre escolarização e desenvolvimento. Se é verdade que não há desenvolvimento sem educação formal, os programas de escolarização generalizado não se traduzem necessariamente em desenvolvimento. Para isto, são necessárias condições econômicas e sociais além de recursos e competências endógenas. O nível de instrução e a existência de infra-estruturas escolares, assim como e as facilidades de acesso, são uma importante dimensão da estrutura das classes e condiciona, de forma mais ou menos direta, a oportunidade de instrução escolar. Estudos mostram que cada classe tem associado um perfil de escolaridade específico.^{31, 32, 38, 94}

Assim sendo, tentou-se identificar o perfil de escolaridade cruzando esses dados com o gênero da população estudada e cujos resultados são apresentados na Tabela abaixo. Vale ressaltar que a separação entre superior completo e incompleto foi feita a fim de ressaltar as possibilidades de inserção profissional que essas pessoas poderão ter no mercado de trabalho.

Tabela 3. Distribuição da população segundo escolaridade e sexo.

Escolaridade	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
1º Ciclo	18	24,0	13	22,0
2º Ciclo	10	13,0	7	12,0
3º Ciclo	18	24,0	16	27,0
Liceu/Secundário	14	18,0	11	19,0
Superior incompleto	10	13,0	8	13,0
Superior completo	6	8,0	4	7,0
Total	76	100,0	59	100,0

Vale ressaltar que a Tabela 3, apresentada, está adaptada aos níveis de escolaridade de Portugal. Existem quatro níveis de ensino antes do acesso ao nível superior. O ensino Básico do I Ciclo, compreende quatro anos de escolaridade, inicia-se com a alfabetização das crianças. A entrada nesse nível é feita com seis anos de idade, completos ate 31 de dezembro do ano civil.

A seguir, o II Ciclo, também chamado de Ciclo Preparatório com dois anos de escolaridade: o 5º e o 6º anos.

A partir daí, inicia-se o denominado III Ciclo que engloba o 7º, 8º e 9º ano de escolaridade. Só então, dá-se por concluída a chamada “escolaridade obrigatória” ou seja, aquela que o Estado português se obriga a oferecer, na rede pública, gratuitamente, a todos os cidadãos residentes no país.

Esse ensino básico é universal, na medida em que se destina a todos, sendo exigida uma frequência de escolar de nove anos, iniciada aos seis e com o seu término aos quinze anos. É gratuita porque não há pagamento de taxas relacionadas com a

matrícula, frequência e certificação. Existe ainda a possibilidade de ser subsidiada a utilização de transporte, alimentação, material escolar e alojamento.

Para aqueles que não concluíram a escolaridade obrigatória, no prazo previsto, e desejam fazê-lo, mas se encontram fora da faixa etária para frequentar a escola, existe o Ensino Recorrente. Este objetiva oferecer a escolaridade obrigatória e é feita em dois momentos: o 1º e o 2º Ciclos.

Uma vez terminada a escolaridade obrigatória, o aluno pode seguir, ou não, o ensino secundário ou liceal, de caráter geral que objetiva prepará-lo para o ingresso na Universidade. Esse nível é feito em três anos: 10º, 11º e 12º. Outra alternativa, para quem não pretende ir para a Universidade, é frequentar um Curso Técnico Profissionalizante que também é feito em três anos e que é equivalente, em termos legais e de escolaridade, ao secundário.

Atualmente, com a crise de emprego na Europa, muitos jovens estão trocando o Liceu pelas Escolas Técnicas uma vez que essas oferecem maiores e mais rápidas probabilidades de inserção no mercado. Muitos deles, já estão trabalhando, mesmo antes de concluir o curso.

O grau de escolaridade é baixo na população estudada. Do total de entrevistados, apenas 18, (24,0%) dos homens cursaram o 1º Ciclo. Situação semelhante constata-se em relação ao sexo feminino onde 13 (22,0%) das pessoas entrevistadas tiveram acesso ao 1º Ciclo. Quanto ao segundo Ciclo, considerado básico para o acesso a alguns empregos em Portugal 10 pessoas do sexo masculino (13,0%) chegaram a frequentá-lo e apenas 7 pessoas (12,0%) do sexo feminino tinham tido acesso a esse grau de ensino.

Quanto ao terceiro Ciclo a relação é de 18 (24,0%) para os homens e de 16 (27,0%) para as mulheres.

O Liceu ou secundário 14 ((18,0%) e 11 (19,0%) para homens e mulheres, respectivamente.

A frequência universitária foi constatada em 16 (21,0%) da população masculina, porém só 6, (8,0%) concluíram o curso superior. Quanto ao sexo feminino, 12 (20,0%) afirmam ter frequentado um curso superior sendo que apenas 4 (7,0%) o concluíram.

A baixa escolaridade da população imigrante acaba por afetar de maneira significativa a inserção no mercado de trabalho, embora em estudos realizados por SAINT-MAURICE ¹⁶⁵ se tenha constatado que são os guineenses, os imigrantes dos PALOP, que têm o maior número de quadros técnicos e especializados. Os níveis de escolaridade entre os imigrantes são mais elevados do que a população do seu país de origem, como referido anteriormente. Além disso, há entre os imigrantes um número significativo de indivíduos que, antes de terem começado a trabalhar na construção civil ou em empresas de limpeza ou restaurantes, desempenhavam profissões intelectuais na Guiné-Bissau, muitos como professores. Vale ressaltar que parte dos imigrantes guineenses completou os seus estudos fora do país. MACHADO⁹⁴ afirma que um terço dos mesmos estudou em Bissau e em Portugal, e outros, ainda, em países terceiros. Contudo, as competências de leitura, escrita e cálculo adquiridos em Portugal são, em média, maiores do que as adquiridas no mesmo período de tempo na Guiné-Bissau. Isso se verifica, não só pelas deficiências do sistema de ensino daquele país, mas, também, pelo fato da língua portuguesa, embora oficial, ter expressão pouco significativa no cotidiano das pessoas.

As mulheres migrantes tendem a ter um nível de escolaridade mais baixo do que os homens, nas mesmas circunstâncias. No entanto, têm escolaridade mais alta do que as que não migram. Isso traduz as diferenças que caracterizam as oportunidades das mulheres, já que aquelas com maior nível de escolaridade têm mais possibilidade de arranjar emprego num setor formal da economia. Consequentemente, são apoiadas, pelas famílias, nas decisões de migrar. Contudo, essas mulheres ficam em desvantagem quando chegam ao destino pois podem ter que assumir um trabalho mal remunerado, sem oportunidades de progressão profissional, onde seu grau de instrução poderá ser excessivo para desempenhar tarefas domésticas.

Para a maioria das mulheres migrantes, há poucas mudanças quanto ao trabalho que faziam, principalmente, aquelas que provêm das áreas rurais. Cerca da metade arranja emprego nos serviços domésticos ou pessoais. A ocupação mais comum é a de vendedora independente ou ligada a um patrão. Há ainda as que arranjam trabalho

como operárias ou empregadas de escritório. Enfim, a maioria das ocupações desempenhadas não contribuem para a autonomia.

5.5 Estrutura Profissional

Após a fase inicial de abertura da economia portuguesa, a taxa de estabelecimento das empresas estrangeiras decresceu. Na primeira metade da década de noventa observou-se uma redução no número de profissionais qualificados. Diversos programas internos de educação superior e de formação profissional passaram a ser oferecidos em áreas ocupacionais anteriormente em falta. Portugal, à semelhança de outros países da Europa meridional pertencentes à União Europeia, teve um aumento significativo no número de estrangeiros ativos entre o início dos anos oitenta e meados dos anos noventa. Não obstante, o número de trabalhadores estrangeiros ativos, no mercado de trabalho português, é ainda relativamente baixo quando comparado com a situação da maior parte dos países da União Europeia.^{7,8,9,165}

O processo de descolonização, que teve lugar após a revolução de 1974 conduziu a um “boom” nas chegadas de africanos provenientes das antigas colônias. Entre 1975 e o início dos anos oitenta, a imigração resultou menos da pressão interna do mercado de trabalho português, afetado por altos índices de desemprego, e mais da pressão gerada pela súbita e desorganizada transferência do controle administrativo das antigas colônias.^{46, 161, 163, 165}

Em Portugal, o setor dos serviços pessoais e domésticos apresentou o crescimento do emprego mais elevado na população estrangeira ativa, principalmente na década de noventa. Esse processo encontra-se intimamente ligado à presença de mulheres africanas nos setores dos serviços domésticos e de limpeza industrial, refletindo mudanças significativas ao nível legislativo e econômico. Esse dado também se confirmou no presente estudo.

No que diz respeito a estrutura profissional dos entrevistados, os dados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da população segundo a profissão/ocupação e sexo

Profissão/ ocupação	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Doméstica	-	-	18	30,0
Estudante	13	16,0	8	13,0
Empregado de limpeza	11	14,0	8	13,0
Servente	7	9,0	-	-
Ladrilhador	7	9,0	-	-
Empregado comercial	5	6,0	2	3,0
Pintor	5	6,0	-	-
Armador de ferro	3	4,0	-	-
Carpinteiro	3	4,0	-	-
Empregado de refeitório	3	4,0	5	8,0
Contínuo	3	4,0	-	-
Sub-empregado	3	4,0	-	-
Desenhista	2	3,0	-	-
Engenheiro civil	2	3,0	-	-
Serralheiro	2	3,0	-	-
Economista	1	1,0	-	-
Estatístico	1	1,0	-	-
Professor	1	1,0	4	7,0
Segurança	1	1,0	-	-
Cabelereira	-	-	5	8,0
Empregada de hotel	-	-	3	5,0
Secretária	-	-	2	3,0
Assistente social	-	-	1	2,0
Auxiliar de enfermagem	-	-	1	2,0
Costureira	-	-	1	2,0
Técnica de relações internacionais	-	-	1	2,0
Técnico de radiologia	-	-	1	2,0
Sem profissão definida	6	7,0	-	-
Total	79	100,0	60	100,0

As categorias majoritárias são estudantes, trabalhadores de limpeza, construção civil e comércio para os homens sendo a dos serviços domésticos, estudantes, limpeza, refeitórios, cabeleireira, professoras e hotelaria para as mulheres. Os estudantes do sexo masculino e feminino totalizam 16 e 8 entrevistados, 20,0% e 13,0% respectivamente. As domésticas representam 18 pessoas, (30,0%), da população feminina, fato esse explicado, em parte, pelos baixos níveis de escolaridade constatados na Tabela 3. Os 6 entrevistados que declararam não ter

profissão definida representam apenas 8,0% do universo masculino. É na construção civil que se encontra a maior percentagem de trabalhadores, como já foi referido e constatado em outros estudos. Se somarmos todos os trabalhadores que estão, direta ou indiretamente relacionados com essa área de atividade: pintor, ladrilhador, servente, sub-empregado, serralheiro, armador de ferro etc., teremos cerca de 34 pessoas, o equivalente a 43,0% da população estudada. Isso sem contar os empregados de limpeza que muitas vezes trabalham nas limpezas das obras, na fase final de entrega. Vale ressaltar que 5 pessoas, 8,0%, são professores, embora de pouca significância estatística.

As oportunidades oferecidas aos imigrantes irregulares em 1992 e 1996 para solicitarem residência legal no país, juntamente com a divulgação das vantagens dos contratos de trabalho e da segurança social, chamaram a atenção para a existência de um elevado número de empregadas domésticas, que tinham, até então, trabalhado numa base informal. Tanto as empresas privadas como os serviços públicos optaram por recorrer a terceirização de empresas de limpeza industrial, empregando um elevado número de trabalhadores imigrantes, principalmente mulheres, na área metropolitana de Lisboa.^{46, 135}

A dinâmica de crescimento da construção civil e de obras públicas, nos últimos seis anos, contribuiu para o aumento do número de trabalhadores não qualificados, de origem estrangeira, no mercado de trabalho formal e informal. Não obstante, o crescimento do número de imigrantes não qualificados asiáticos e africanos dos países de língua portuguesa, estes últimos, ainda representam a maioria em Portugal.

7, 46, 165

Apesar da presença de alguns estrangeiros no mercado de trabalho português ser antiga, é só a partir dos anos setenta, como já foi referido anteriormente, que as comunidades estrangeiras começaram a adquirir visibilidade significativa.

Uma das características dos anos noventa é o crescimento geral das taxas de atividade da população estrangeira. Este aspecto é particularmente visível entre os africanos, levantando duas questões: a) a crescente identificação dos imigrantes como uma força de trabalho indiferenciada e b) o reforço da imagem destes como trabalhadores de baixo nível de instrução e qualificação.^{7, 9, 73}

No primeiro caso, a identificação relaciona-se diretamente ao número extremamente baixo de indivíduos originários dos PALOP, registrados como patrões ou trabalhadores autônomos. Entre 1990 e 1995, os empregadores e trabalhadores, nesta situação, representavam apenas 4,2% do total da população ativa proveniente dos PALOP. Dados de 1998 mostram que a repartição dos imigrantes segundo a posição na ocupação, entre os cidadãos originários dos PALOP, é de 97% nos trabalhadores por conta de outrem, sendo que no caso dos cabo-verdianos, em particular, esse valor atinge 99,0%.⁴⁶

O segundo caso decorre do tipo de funções exercidas (serventes na construção civil, empregadas domésticas, vendedores ambulantes) por um número significativo de indivíduos dos PALOP que, oficialmente classificados como não qualificados, possuem imagem socialmente desvalorizada. Esta imagem acaba por atingir todos aqueles que exercem as supracitadas funções, mesmo que possuam níveis de ensino médio ou mais elevados e que já tenham exercido, em períodos anteriores funções mais qualificadas. No contexto da conhecida carência de recursos humanos qualificados nos países em vias de desenvolvimento, não surpreende que parte dos atuais imigrantes provenham de quadros e técnicos especializados incluindo-se entre esses a profissão de professor. A maioria dessas pessoas não conseguiu manter suas qualificações escolares no contexto da imigração. Ao contrário, sofreram um processo de desqualificação social.⁹⁴

A baixa qualificação da população estrangeira ativa não surpreende por estar de acordo com a teoria global da polarização do mercado de trabalho nas metrópoles dos países desenvolvidos. Situação idêntica verifica-se em outros países europeus, como, por exemplo, o Reino Unido e alguns países nórdicos. Na base da pirâmide laboral, os estrangeiros surgem como categoria residual de trabalhadores dos setores industriais e da construção civil.²³³

A questão da falta de qualificação profissional mantém-se, nas execuções técnicas em todo o mundo do trabalho. Mantém-se, ainda, por todo o tempo a possibilidade de o empregador praticar uma diferenciação salarial com desvantagem para o imigrante. Em relação a esta problemática tem sido divulgada a ideia de que a

existência desses trabalhadores tem como efeito travar a subida dos salários reais nos países industrializados.^{7, 46, 94}

Vale ainda salientar que os estrangeiros não qualificados presentes em atividades como a construção civil e os serviços de limpeza doméstica e industrial permitem responder às necessidades de mão de obra destes setores, substituindo, muitas vezes, a população nacional. Grande parte dos imigrantes não concorre no mercado de trabalho com os trabalhadores nacionais. Ao contrário, eles preenchem as lacunas que surgem pela ascensão profissional e social dos nacionais.⁴⁶

Atualmente, o limitado número de portugueses que procuram este tipo de trabalho em áreas como Lisboa é explicado por fatores estruturais e conjunturais. Por um lado, o aumento do nível médio de escolaridade das gerações mais novas leva as pessoas a procurarem melhores empregos. Por outro lado, as diferenças de salários entre Portugal e outros países da União Europeia como a Alemanha, Bélgica ou mesmo a vizinha Espanha explicam a emigração, principalmente a temporária, de portugueses não qualificados, reforçando assim a tendência para a abertura desses segmentos do mercado de trabalho a trabalhadores estrangeiros não qualificados.^{2, 11,}

31, 46, 94, 163

Esse novo panorama econômico está relacionado com o impacto e o papel que as imigrações têm no mercado de trabalho. A interrupção da imigração de trabalhadores deve ser interrompida para não prejudicar o emprego e os salários dos cidadãos nacionais e dos estrangeiros já estabelecidos. As duas categorias de mão de obra são complementares, os cidadãos nacionais recusam-se a ocupar determinados postos, as diferentes categorias de mão de obra são utilizadas em segmentos diferentes do mercado de trabalho. Um aumento da produção e do emprego, num determinado segmento, pode ocorrer simultaneamente ao desenvolvimento de outro segmento que exija a contratação de uma mão de obra, imigrada, pouco qualificada e pouco remunerada.^{7, 8, 9, 46, 163}

A teoria dualista do mercado de trabalho procura identificar fatores comuns a todos os imigrantes, relacionando a estrutura econômica das sociedades. As migrações laborais, são entendidas como um processo circular que se desenvolve em torno do setor secundário de um mercado de trabalho dual.¹⁶¹

5.6 Procedência dos imigrantes

Para compreender melhor o percurso migratório da população da Guiné-Bissau para Portugal, perguntou-se aos entrevistados o local em que residiam antes de emigrar. As respostas a essa questão foram agrupadas em duas categorias: rural e urbano.

A imigração provém maioritariamente do setor urbano que agrupa 76,0% (106) dos entrevistados. Corresponde ao que se denomina de “sociedade crioula”. É aquele segmento da sociedade guineense que, através da colonização e dos efeitos culturais, viveu de forma mais direta a articulação entre a sociedade e a cultura portuguesa. Essas pessoas dominam melhor a língua portuguesa, têm algum grau de miscigenação na sua ascendência, e estão inseridas em estruturas familiares mais europeizadas e do ponto de vista religioso, mais influenciados pela matriz católica.

Declararam ser oriundos dos setores mais modernos da sociedade guineense, ou seja, da região de Bissau capital do país. Mais da metade dos inquiridos nasceu em Bissau e lá viviam antes de imigrar. Há um circuito migratório mais amplo, do qual, a vinda para Portugal, é a fase mais importante, não representando necessariamente nem a primeira nem a última experiência. Para muitos, a ida para Portugal se constitui um elo intermédio dos percursos migratórios. Segundo MACHADO⁹⁴, mais de 20,0% dos imigrantes guineenses antes da vinda para Portugal, viveram noutros países. Quase metade desse contingente viveu no Senegal, país vizinho. A passagem pelo Senegal é uma experiência comum a muitos imigrantes, pela proximidade geográfica, pelas afinidades culturais e religiosas diretas de algumas etnias, de um e de outro lado da fronteira, e que se traduzem, inclusive, na constituição de famílias mistas, com seus membros espalhados pelos dois países. Há que considerar, ainda, o fato do Senegal ser um país mais desenvolvido do que a Guiné-Bissau onde as oportunidades de vida são, hipoteticamente, maiores. Para além da experiência senegalesa um número considerável de guineenses faz percursos migratórios mais longos e para universos culturais diferentes. Alguns viveram noutros países da União Europeia, como França e Espanha. Outros estudaram em países da Europa de Leste ou em Cuba. Um terceiro grupo passou por

outros países africanos de língua portuguesa ou mesmo por países não lusófonos como é o caso de Marrocos e Argélia.^{94, 95, 96, 99}

O setor rural abrange 33 entrevistados, (24,0%). É mais tradicional e mais distante dos padrões da dita “sociedade crioula”. Compreende indivíduos de etnia, predominantemente, muçulmana, entre elas os Fulas e os Mandingas, parte dos quais é alfabetizada apenas em árabe. Incluem-se também elementos de etnias Manjacos e Balantas, de religião animista e com modos de vida mais distante do padrão urbano europeu.

Esses dados confirmam o que já foi citado em outros estudos, ou seja, o maior peso da imigração guineense provém dos setores urbanos. Os estudos realizados por MACHADO⁹⁴ apresentaram dados semelhantes mostrando que cerca de 50,0% dos guineenses imigrantes nasceram em Bissau e mais de 80,0% viviam lá, antes de imigrarem para Portugal. Constata-se, assim, a origem urbana no duplo sentido do local de nascimento e de residência.

São as camadas médias urbanas, escolarizadas e assalariadas, que sofrem mais diretamente os efeitos da progressiva degradação da situação econômica. Há um duplo condicionamento para a emigração. Por um lado a dependência do salário, como fonte exclusiva ou principal de rendimentos, o que as deixa expostas a um processo rápido de pauperização. Por outro lado, por serem as camadas urbanas portadoras de níveis escolares mais altos, formulam projetos de emigração à medida que vêem frustradas expectativas de promoção social, ou a conservação da posição socioeconômico conquistada. Essas expectativas são perfeitamente justificáveis num país onde o nível médio de escolaridade é muito baixo.^{94, 99}

5.7 Causas da emigração

Uma das preocupações do estudo consistiu em identificar as causas da imigração. Embora a pergunta tenha sido do tipo “aberta”, as respostas foram dadas muito tempo após o processo de imigração que significa que poderiam ter sido diferentes das que as mesmas pessoas dariam no momento da chegada à Portugal. Para JACKSON⁷², é difícil distinguir os motivos de uma decisão tomada no passado

muitas vezes já distante da posterior racionalização dessa decisão. Os motivos citados pelo grupo em estudo podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição da população segundo motivos para emigrar.

Motivos	Nº	%
Melhores condições de vida	96	69,0
Estudos	15	11,0
Saúde	11	8,0
Políticos	8	6,0
Familiares	5	4,0
Pessoais	4	2,0
Total	139	100,0

A grande maioria dos entrevistados, 96, seja, (69,0%) afirma que a imigração teve como razão principal a busca por melhores condições de vida. A imigração surge, quase sempre, como resposta às más condições de existência. O indivíduo abandona o local de origem, quando percebe que não pode melhorar de vida, por temer que a sua situação precária se torne permanente. A saída do local de origem é encarada, assim como única alternativa para superar as condições reais de existência. A pobreza e a incapacidade de ganhar ou produzir o suficiente para a sua subsistência ou da sua família são as principais causas da deslocação de um lugar para outro daqueles que buscam trabalho. Esses motivos não se refletem apenas na migração de países pobres para ricos. A pobreza também alimenta os movimentos de um país em desenvolvimento para outro onde as perspectivas de trabalho parecem melhores.

125, 132, 150, 158

As estimativas sobre a evolução da força de trabalho sugerem que mais de 80,0% da população ativa, existente na Guiné-Bissau, encontra emprego no setor primário. A população vive, atualmente, no limiar da pobreza, resultado da crescente degradação do poder de compra das camadas menos favorecidas. Essa situação torna-se evidente na simples constatação das condições de vida e higiene das populações que vivem nos dois principais centros urbanos: Bissau e Bafatá.^{71, 133, 145}

Os estudos surgem como o segundo motivo da imigração já que 15 pessoas (11,0%) o referiram uma vez que a cobertura escolar, no país, tem sido insuficiente para atender a demanda. No período pós-independência houve um esforço considerável, por parte das autoridades, nesse sentido o que permitiu a muitos jovens, sobretudo nos centros urbanos e, principalmente em Bissau, completar o ensino secundário. Nesse contexto, em que os discursos políticos e os valores culturais valorizavam fortemente a educação, a motivação para o prosseguimento dos estudos é, regra geral, muito forte. A camada da população jovem e urbana que frequenta ou completa o ensino secundário, está interessada em prosseguir os estudos, muito embora se confronte com dificuldades para realizar esse objetivo. A oferta de ensino superior no país é recente, limitada e cobre apenas um leque muito restrito de áreas. As bolsas de estudo, para o estrangeiro, são sempre em número menor do que os candidatos. A obtenção dessas bolsas constitui, para muitos, um verdadeiro desafio e única possibilidade de mudar de vida. Os que as conseguem poderão mais tarde regressar ou permanecer no país onde estudaram, como profissionais em áreas científicas ou técnicas. Os não contemplados são obrigados a dar por terminado o trajeto escolar, o que, na maioria dos casos, não corresponde aos projetos pessoais.^{94, 96, 99}

Contudo, a imigração decorre principalmente da pressão das economias centrais sobre as periféricas, as quais, por sua vez, se mostram incapazes de lidar e absorver a sua população nos planos econômico, social e político.^{71, 133, 145}

A saúde e os problemas políticos com a saúde representam 11,0% e 8,0%, respectivamente, conforme mostra a Tabela 5. Apesar da pouca fidedignidade dos indicadores da saúde, constata-se que a Guiné-Bissau apresenta, em termos globais, uma situação sanitária precária. As taxas de morbi-mortalidade, tanto para as crianças quanto para as mulheres estão entre as mais elevadas do mundo. Paludismo, doenças diarreicas, infecções respiratórias, sarampo, e tétano neonatal são citadas como as principais causas de morbi-mortalidade no grupo infantil. As complicações durante a gravidez e/ou o parto continuam a ser as principais causas de mortalidade materna, agravadas pelas dificuldades de comunicação, precocidade da maternidade, escassez de serviços de saúde além de outros. Como a maioria das doenças

causadoras de morte, entre as crianças, é de origem hídrica, os acessos à água potável acompanhada de melhoramento em saneamento básico e higiene são essenciais para melhorar a saúde da população.¹⁴⁵

Vários outros fatores influenciaram a imigração desse grupo: problemas familiares (4,0%) razões pessoais (2,0%) como a vontade de conhecer novos lugares.

Estudos sobre o processo migratório na Europa e, particularmente, em Portugal, apontam para os fatores econômicos e sociais, como a grande causa desse fenômeno nas últimas duas décadas. A busca de melhores condições de vida e de trabalho surgem, portanto, como as principais motivações, de acordo com a teoria da Atração|repulsão, como já se referiu anteriormente.¹⁶¹ No entanto, as condições de vida dos trabalhadores migrantes são, muitas vezes, insatisfatórias. Os trabalhadores imigrantes contribuem para os sistemas de segurança social mas nem sempre eles ou as suas famílias se beneficiam desses serviços na mesma proporção dos nacionais do país receptor.

5.8 Características da Imigração

Questionados se a vinda para Portugal foi uma opção pessoal, 85 pessoas (61,0%) responderam “sim”, enquanto 49 (39,0%) responderam “não”. Aos primeiros indagou-se o porquê dessa escolha. As respostas foram as seguintes: ter familiares em Portugal, razões culturais, familiaridade com a língua, ascendência portuguesa, procurarem melhores condições nos sistemas de saúde e educação e, enfim, por esperarem usufruir melhores condições de vida nesse país.

A preferência por Portugal prende-se à questão das afinidades culturais e linguísticas. A língua é um importante instrumento para a primeira inserção, principalmente, em termos profissionais. Além disso, alguns núcleos de guineenses, instalados há mais tempo no país, facilitam o acolhimento dos imigrantes recém-chegados. Em 1991, o país tinha cerca de 80 mil imigrantes legais, sendo cerca de 45 mil oriundos dos PALOP e 35 mil comunitários. Dados de 1998 registram 129.551 imigrantes legais, o que significa que, em apenas sete anos, a população estrangeira cresceu cerca de 62,0%. Acrescenta-se o fato de não se incluírem, nesses números,

os originários da União Européia, uma vez que não são considerados estrangeiros e os imigrantes ilegais, para os quais não existe estatística disponível.^{1.46.163}

Indagados se tiveram opções de escolha além de Portugal, quase metade afirmou que sim (41,0%), mencionando como outras opções, a Alemanha, França, Espanha, Itália, Inglaterra, Holanda, África do Sul, Zimbábue e EUA. Isso mostra que possuem um espaço de migração bastante amplo. Os países citados, são aqueles, onde também se encontra um maior contingente de imigrantes africanos. Confirmam-se, portanto, as afirmações teóricas segundo as quais o processo migratório dá-se num quadro de reunião familiar, reforçado por teias de solidariedade. Verifica-se que enquanto os cabo-verdianos e guineenses se dirigem, preferencialmente, para Portugal, as pessoas da Costa do Marfim, Benin, Mali e Togo migram para a França; as da Nigéria e Serra Leoa vão para o Reino Unido. A lógica das afinidades históricas e linguísticas entre países de destino e chegadas não é exclusiva. Há também percursos cruzados, onde se registra a presença de guineenses em França, Espanha e Holanda, embora seja, quantitativamente, inferior àquela existente em Portugal.⁹⁴

Os imigrantes valorizam a proximidade geográfica, o conhecimento da língua e a existência de relações diplomáticas entre o país de origem e aquele que agora se deseja, como país de destino. No entanto, a principal motivação é a procura de um espaço capaz de proporcionar uma melhoria substancial das condições de vida. Configura-se assim, uma imigração de caráter preponderantemente econômico, mas cuja identidade cultural, com o país de acolhimento, lhe confere uma significativa probabilidade de inserção social.⁴⁶

Foi questionado ainda com quem o indivíduo tinha imigrado. A imigração dos guineenses segue uma tendência já observada em outros grupos, ou seja, a imigração familiar. Assim sendo, 92 pessoas (66,0%) imigraram com a família, 43 (31,0%) vieram sozinhos para Portugal e 4 (3,0%) declararam ter vindo com amigos.

As unidades efetivas de imigração são famílias ou grupos ligados por conhecimento, amizade e experiência de trabalho, que de alguma forma, incorporaram a imigração como a melhor alternativa para controlar um momento

crítico de suas vidas. Não acontece de forma aleatória. Envolve localidades, onde o lugar de origem tem fortes laços que constituem as suas redes sociais.^{93, 94, 95, 96, 99}

O papel da família na migração tem sido objeto de interesse por parte dos investigadores sociais. A família encoraja os seus membros a se deslocarem de forma a contribuírem para a sua sobrevivência, em alguns casos, ou na melhoria das condições sociais, em outros. Assim, a imigração faz parte de uma estratégia familiar em que maximiza o bem estar familiar em detrimento do individual. Mas, se a família pode ser entendida como a agente decisória dos processos migratórios, ao mesmo tempo funciona como fator possibilitador na medida em que apoia e facilita a integração no país receptor. A reconstituição familiar e a força dos laços de parentesco ajudam a integração do indivíduo no novo^{46, 165}

Em todo o processo imigratório, nas diversas fases apresentadas, essa será uma tendência que o observador vai encontrar: a presença marcante da família e dos amigos, mais do que as ações empreendidas por cada um, isoladamente.

Os dados sobre os apoios recebidos, para que o processo migratório se concretizasse podem ser visualizados na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição da população segundo o responsável e tipo de apoio recebido para emigrar.

Responsável	Tipos de apoio					
	Contatos		Financeiros		Instalação	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Família	108	78,0	99	71,0	97	70,0
Amigos	7	5,0	29	21,0	13	9,0
Outros	24	17,0	11	8,0	29	21,0
Total	139	100,0	139	100,0	139	100,0

A grande maioria dos entrevistados, 108 pessoas (78,0%), só imigraram após terem estabelecido contato prévio com a família, ou seja, após terem obtido as informações mínimas, requeridas para justificar a decisão de partir. As demais 7 pessoas (5,0%) tiveram apoio dos amigos, ao passo que 24 pessoas (17,0%),

incluídos na categoria outros fizeram contatos com Empresas e Instituições antes de imigrar, ou tiveram que assumir os riscos dessa decisão por conta própria.

As redes sociais fundadas em laços familiares, de amizade e com base na identidade de uma determinada comunidade, são categorias de análise fundamentais para a compreensão dos processos migratórios. Ao efetuarem ligações entre os países de origem e os de destino, constituem fatores de intermediação entre os atores individuais e as forças estruturais. A existência de um grande número de migrantes, especialmente daqueles que vão para os grandes centros urbanos, fomenta, ainda mais a migração. Uma vez instalados esses grupos, facilitam a deslocação dos seus familiares, amigos e vizinhos, reduzindo os obstáculos à sua movimentação. As redes informais intervêm, sobretudo, a nível da habitação e do emprego, e de forma mais direta nas camadas sócio-econômicas mais baixas. Um dos efeitos mais visíveis da atuação das mesmas é a concentração geográfica e espacial dos imigrantes passando a reproduzir os modos de vida, relações de parentesco e de vizinhança, semelhantes aquelas do país de origem. A maioria dos migrantes, arranjam emprego e habitação através dessas ligações. Essas redes reforçam, ainda, mais os laços com o local de origem ao mesmo tempo que ajudam na adoção de valores urbanos da sociedade de acolhimento.^{46, 161, 165}

Ainda em relação ao processo migratório, tentou-se saber com que meios os entrevistados migraram. A Tabela 6 mostra que a grande maioria, 99 pessoas (71,0%) fizeram a viagem com os recursos financeiros da própria família, incluindo-se aqui os do próprio entrevistado. A passagem aérea Bissau-Lisboa é bastante onerosa. Como a procura por esse trajeto é normalmente superior à oferta, as companhias aéreas não têm necessidade de fazer promoções, mantendo mesmo preços de custos durante todo o ano. Do total de entrevistados, 29 pessoas (21,0%) afirmaram receber ajuda de amigos, incluindo-se nesta categoria os vizinhos e os amigos que moram em Portugal ou na Guiné-Bissau. As remessas de dinheiro dos imigrantes aos seus parentes, nos locais de origens, contribui para solidificar as redes sociais, permitindo a vinda de novos imigrantes de uma mesma procedência. Da totalidade, apenas 11 pessoas (8,0%) receberam ajuda internacional para a viagem, incluindo-se, nessa categoria organismos internacionais como a Cruz

Vermelha, Empresas e empregadores, interessados na mão de obra dessas pessoas e os Governos de Portugal e da Guiné-Bissau.

Ao serem questionados sobre quem os tinha recebido e apoiado para instalação em Portugal, a maioria respondeu ter sido a família, 70,0%, e os amigos 9,0%, equivalendo respectivamente a 97 e 13 pessoas. As 29 pessoas, incluídas na categoria “outros” receberam subsídios da Cruz Vermelha, das empresas onde iam trabalhar e da Segurança Social. Alguns não tiveram ninguém a sua espera ao chegar em Portugal, cabendo-lhes encontrar formas e locais de instalação, sem a ajuda de terceiros.

O processo migratório prende-se, principalmente, ao contexto familiar. já Ao serem questionados sobre com quem tinham imigrado, a maior parte dos entrevistados disse (92 pessoas) que tinha imigrado com outras pessoas da família. Embora a composição dos fluxos possa variar significativamente, de um país para outro sabe-se que a imigração familiar predomina, de fato, em todos os países europeus, tendo sido variável mais importante na França, no Reino Unido e na Suécia.⁴⁶

Um aspecto, a considerar, diz respeito às políticas migratórias aplicadas pelos Estados Membros. Estas procuram facilitar a integração na sociedade de acolhimento dos imigrantes através do reunião familiar. Ressalta-se, a esse respeito, a evolução da percentagem de nascimentos de cidadãos, filhos de pais estrangeiros nos países europeus. Excetuando-se o caso da Bélgica, em 1996, a percentagem, no total de nascimentos, é superior à percentagem de estrangeiros na população total. Assim sendo, os cidadãos estrangeiros vêm contribuindo significativamente para a dinâmica demográfica da fecundidade. Com outras palavras, o índice de fecundidade médio é superior nas mulheres estrangeiras. Em três países, França, Suécia e Suíça, a proporção de nascimentos aumentou significativamente entre 1980 e 1996. Os nascimentos desses cidadãos representam mais de um décimo dos nascimentos totais, chegando mesmo a representar um quarto ou mais na Suíça e no Luxemburgo, com exceção apenas da Bélgica e da Holanda. Esse aspecto contribui, por conseguinte, para o crescimento natural da população, interferindo, como variável, no envelhecimento demográfico e na redução da taxa de crescimento natural. A

intensidade desse fenômeno depende da importância e da sucessão dos fluxos migratórios e da legislação sobre a nacionalidade adotada por cada país, influenciando na nacionalidade dos filhos e dos pais.²²⁹

A migração internacional pode assumir um caráter temporário ou permanente, como já se disse, expressando sempre uma decisão individual, orientada pela procura de melhores condições materiais de vida. Normalmente, adota-se o exemplo e a experiência daqueles que primeiro concretizaram o percurso em causa. Importa ainda referir que a imigração tende a ter um efeito multiplicador, tanto por efeito da reunião familiar, como pelo clima de opinião que se gera na comunidade de origem, face à melhoria de condições de vida, obtida no estrangeiro por alguns dos seus membros. Seus efeitos atingem todos os membros da família: nas mulheres em relação aos comportamentos ligados à fertilidade, emprego, direitos civis etc.; nos homens pela satisfação no trabalho e, nas crianças, insucesso escolar, relação pais e filhos etc.^{2, 14, 31, 46, 48, 165}

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida na cidade do Cairo, em 1994, e organizada pelo Fundo de População das Nações Unidas, formulou o Plano de Ação Mundial para as migrações internacionais. Vários assuntos foram discutidos: necessidade de acordos visando o controle dos conflitos crescentes, direitos dos indivíduos e das famílias, interesses dos países receptores entre outros.⁴⁶

Alguns Estados encorajam os seus cidadãos a procurarem trabalho no estrangeiro; outros recrutam de forma ativa esses trabalhadores. Em certos casos existem acordos bilaterais sobre a mão de obra migrante. No plano ideal os trabalhadores migrantes, contratados ou com outra forma de acordos formais, ou aqueles que partem por sua própria iniciativa devem possuir um conhecimento básico da língua e das estruturas culturais, legais, sociais e políticas dos Estados de destino. Devem ser informados, antecipadamente, dos salários, condições de trabalho e condições gerais de vida com que podem contar à chegada. O artigo 33º da Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos dos Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas famílias determina que os “Estados Partes” tomem as medidas que consideram apropriadas para garantir aos trabalhadores migrantes e aos membros das suas famílias que os

mesmos sejam informados, a seu pedido, gratuitamente e tanto quanto possível numa linguagem que compreendam dos direitos que lhes assistem ao abrigo da Convenção e das demais matérias que lhes permitam preencher as formalidades administrativas e outras do país de acolhimento. Além disso, o Artigo 37º da referida Convenção estipula o direito dos trabalhadores migrantes e respectivas famílias serem informadas antes da partida ou no momento de admissão no país de acolhimento de todas as condições aplicáveis à sua admissão, bem como dos requisitos que têm de preencher no emprego e à autoridade a quem devem se dirigir para qualquer alteração dessas condições. No entanto, muitos trabalhadores migrantes não dispõem de informações ou seja, estão despreparados para fazer face às condições de vida e de trabalho noutro país. A maioria desconhece a proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais que lhes é garantida pelas legislações nacionais e pelos tratados internacionais.^{47, 176}

O fato da grande maioria dos imigrantes dominar com alguma facilidade a língua portuguesa e a existência de alguns pequenos núcleos mais antigos, fixados há alguns anos em Portugal e mantendo ligações a Guiné-Bissau, sobretudo em termos de relações familiares, facilita a formação de redes sociais de acolhimento dos novos imigrantes. Isso constitui um estímulo à imigração, levando-os a “aventurar-se,” sem uma idéia concreta da realidade que vão encontrar. A integração dos estrangeiros, em um país de acolhimento, envolve variáveis individuais e fatores ligados às políticas de imigração e à legislação nacional de cada país. Nesses termos perguntou-se aos entrevistados se os mesmos conheciam os mecanismos legais ligados ao processo migratório. As respostas podem ser visualizadas na Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição da população segundo as informações sobre legislação antes de emigrar.

Informações	Nº	%
Nenhuma	83	60,0
Incompleta	40	29,0
Completa	16	11,0
Total	139	100,0

É surpreendente verificar que a maioria dos entrevistados, Constatase os entrevistados, 60,0%, (83 pessoas) não possuíam, antes de partir, qualquer informação no que diz respeito aos direitos e deveres dos imigrantes na União Europeia. Só 29,0%, (40 pessoas) tinham informações, embora, incompletas sobre esse assunto e apenas 11,0%, (16 pessoas) conheciam os mecanismos legais envolvidos no processo migratório.

O direito ao trabalho está para os direitos econômicos, sociais e em que se encontra o direito à vida, no quadro dos direitos, garantias e liberdades, no ordenamento constitucional português.²⁷ A Constituição portuguesa no seu art. 59/1^a), refere-se ao direito dos trabalhadores, observando o princípio de que “para trabalho igual, salário igual, de forma a garantir uma existência condigna”. Outro direito fundamental de que os trabalhadores estrangeiros frequentemente prescindem é o direito ao repouso em que se incluem o direito a pausas, repouso semanal e férias remuneradas. Os trabalhadores imigrantes devem se beneficiar da igualdade de tratamento dos trabalhadores nacionais, no que diz respeito à educação, formação profissional, habitação, serviços sociais, serviços de saúde e acesso à vida cultural. Convém salientar que o item V da Convenção Europeia, relativa ao Estatuto Jurídico do Trabalhador Migrante defende a promoção de condições razoáveis, equitativas e humanas em conexão com a migração internacional lícita de trabalhadores e suas famílias. Inclui-se aqui o regresso dos mesmos aos seus países de origem para aí se estabelecerem, aspiração frequente entre os imigrantes.²⁷

Em relação à família, a mesma Convenção afirma, no seu preâmbulo, a intenção de “facilitar a promoção social e o bem-estar dos trabalhadores migrantes e seus familiares”. O art. 12.º regula o agrupamento familiar nos seguintes termos: “1. O cônjuge do trabalhador migrante, regularmente empregado no território de uma das partes contratantes, bem como os filhos solteiros, enquanto considerados menores pela legislação aplicável do país de acolhimento, que se encontrem a seu cargo, ficam autorizados a reunirem-se ao trabalhador migrante, no território de uma Parte Contratante, com a condição de que este último possua um alojamento para a sua família... 2. Qualquer Estado poderá(...) subordinar ainda a reunião familiar

mencionado no parágrafo 1, supra à condição de que o trabalhador migrante disponha de recursos estáveis suficientes para socorrer as necessidades da sua família”. Assim, se um trabalhador possuir essas condições mínimas não deverá lhe ser negado o direito a reunir-se com o seu cônjuge e filhos menores.^{27, 46}

No que diz respeito à imigração, o Estado tem dois objetivos: respeitar os contratos de trabalho, visando tornar temporária a permanência dos imigrantes no território, evitando que os mesmos se tornem membros da nação e incentivar os imigrantes, no espaço de tempo de várias gerações, a se tornarem membros da nação.

O que se designa correntemente por “Novas Imigrações” corresponde ao seguinte: a Europa dos quinze é um espaço de integração sem fronteiras internas para seus cidadãos; o controle das fronteiras externas da comunidade compete a cada um dos países envolvidos, esses controles dirigem-se, sobretudo, aos naturais de outros países - não comunitários- segundo normas aceites por toda a comunidade, ou resultante de decisões multilaterais, como os chamados acordos de Schengen.^{27,43,163}

Dessa forma, a União procura limitar, as entradas dos novos imigrantes, resultando daí maiores tentativas de penetração das fronteiras externas, inclusive por meios ilícitos.^{27, 163}

5.9 Atividades dos imigrantes

A tabela abaixo mostra a ocupação dos imigrantes antes de chegarem a Portugal.

Tabela 8. Distribuição da população segundo ocupação no ano anterior à vinda para Portugal.

Ocupação	Nº	%
Estudante	42	30,0
Empregado	32	24,0
Autônomo	6	3,0
Trabalho doméstico	16	12,0
Outros	15	11,0
Desempregado	28	20,0
Total	139	100,0

Como se observa, no ano anterior à vinda para Portugal, 30,0% dos entrevistados 42 pessoas, disseram que estavam estudando. Os desempregados representavam 20,0%, ou seja, 28 pessoas. Os empregados e os que realizavam apenas trabalhos domésticos, somavam, no seu conjunto, 18,0% e 12,0%, (25 e 16 pessoas) respectivamente. Apenas 6 pessoas, 3,0% da população do estudo, eram autônomos. Alguns entrevistados (15 pessoas), por não definirem o tipo de atividade que desenvolviam, foram incluídos na categoria de “outros”, totalizando 11,0%. Estes desenvolviam atividades do tipo, informais, não tendo, portanto, profissões definidas, nem tampouco salários. Convém ressaltar que na Tabela 4, apresentada na página 147 onde se mostra a estrutura profissional da população em estudo, apenas seis pessoas se declararam sem uma profissão definida, o que nos leva a inferir que a estada em Portugal tem proporcionado qualificação profissional a, pelo menos, metade dessas pessoas. Aos que disseram que trabalhavam no ano anterior à imigração, foi questionado o setor onde os mesmos se inseriam. Constatou-se assim que 18 pessoas (40,0%) trabalhavam em serviços, 9 (22,0%) no comércio, 5 (14,0%) na indústria, 6 (14,0%) no ensino e 3 (10,0%) na agricultura.

Como se constata na Tabela 8, grande parte dos entrevistados, antes de imigrar, não tinha vínculos de trabalho no país de origem. Ao somarmos as categorias, desempregados, domésticos e “outros” tem-se um total de 59 pessoas, quase metade da população do estudo. O alto contingente de pessoas sem uma atividade que lhe proporcione rendimentos econômicos parece confirmar e justificar os motivos da emigração da Guiné-Bissau para Portugal, a busca de melhores condições de vida. (Ver Tabela 5)

5.10 Tempo de residência em Portugal

Estatísticas referentes à população estrangeira na Europa revelam que, a partir dos anos oitenta, verificou-se um aumento da imigração em todos os países, exceto na França. Essa exceção, pode ter sido o resultado de um abrandamento relativo dos fluxos de entrada ou do código de nacionalidade que permite aos filhos de

estrangeiros, nascidos no território, adquirir automaticamente a nacionalidade francesa.

Como pode ser observado na Tabela 9, é na década de noventa que se verifica o maior fluxo do fenómeno imigratório já que 60 pessoas, (44%) responderam que vivem em Portugal nos últimos nove anos. Outra parte significativa da imigração deu-se na década de oitenta. Esses somam 41 entrevistados, (29%) que chegaram há cerca de 20 anos atrás. O menor valor, corresponde a 38 pessoas (27%), que imigraram na década de setenta, pós 25 de Abril, período em que se inicia a grande corrente imigratório das ex-colónias para Portugal.

Tabela 9. Distribuição da população segundo tempo de residência em Portugal até o ano 2000.

Tempo de residência (em anos)	Nº	%
Até 5 anos	26	19,0
De 6 a 10 anos	34	25,0
De 11 a 15 anos	14	10,0
De 16 a 20 anos	27	19,0
De 21 a 25 anos	21	15,0
26 e mais	17	12,0
Total	139	100,0

Esses dados confirmam e reforçam o que já foi dito em estudos anteriores: toda a imigração anterior à década de setenta é pouco expressiva, em termos numéricos, comparados com aquela que se verificou a partir da década de oitenta. A degradação generalizada das condições de vida ocorrida na década de oitenta, nos países subdesenvolvidos, provocados pelo endividamento externo desses países e as subseqüentes políticas deflacionistas impostas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) estão na origem do fenómeno. ^{46, 95, 181, 187}

Os dados da tabela permite-nos ainda identificar três fases da imigração guineense para Portugal: a) uma primeira, anterior a 1974, de pouca expressão estatística equivalendo a 12,0%; b) um segundo momento, após ao 25 de Abril de 1974, com a mudança do regime em Portugal e a libertação na Guiné- Bissau, que

se intensifica, durante a década de oitenta equivalendo a 44,0% e; c) a década de noventa com 44,0% da imigração. Assim, o grande peso da imigração guineense vai ocorrer nas últimas duas décadas.

Nas últimas duas décadas o espaço migratório tem vindo a alargar-se devido a três fatores: diversificação dos países de chegada, multiplicação dos países de origem e dispersão dos migrantes da mesma origem num espaço cada vez mais amplo.

A evolução do número de imigrantes nos países de acolhimento depende simultaneamente dos fluxos de entrada e de saída do território, da política migratória adotada, da dinâmica demográfica das populações estrangeiras e das facilidades concedidas para a adoção da nacionalidade do país de acolhimento.

O curto tempo de residência da maioria dos imigrantes não permite, afirmar, com segurança se a situação de desvantagem dos primeiros anos tenderá ou não a cristalizar-se e a reproduzir-se na atual geração e nas seguintes. O tempo de residência é, por isto, uma variável importante para avaliar a situação da comunidade. Em muitos casos, esta é ainda limitada.^{94, 99}

5.11 Moradia

Para conhecer as condições de vida desse grupo, perguntou-se aos entrevistados com quem moravam. A maioria, ou seja, 122 pessoas (88,0%) estavam morando com a família conforme e se observa na Tabela 10. Vale ressaltar que o conceito de família, entre os guineenses, é o de família “alargada”, isto é, ao dizer que mora com a família, o indivíduo pode estar se referindo talvez a um vizinho muito próximo.

Tabela 10. Distribuição da população segundo com quem mora.

Com quem mora	Nº	%
Familia	122	88,0
Sozinho	14	10,0
Amigos	3	2,0
Total	139	100,0

Os que moram sozinhos representam apenas 10% dos entrevistados. Apenas 2% afirmaram morar com amigos.

A escolha de um local para viver é determinada significativamente pelo fato de, lá se terem amigos ou familiares residindo.

Foram apontadas, pelos imigrantes, duas razões para residir em um determinado bairro: falta de dinheiro para conseguir habitação num bairro melhor e familiares e amigos residindo nesse local.

É importante referir que grande parte do cotidiano dessas pessoas é vivido no interior do bairro, muitas vezes entre conterrâneos. Nesse ambiente há espaço para reproduzir, na medida do possível, os modelos sócio culturais de origem. Solidificam-se, assim, relações afetivas e de solidariedade entre os amigos e vizinhos que partilham um espaço de residência comum. Esse processo que assenta na concentração espacial de familiares e conterrâneos, pode ser entendido como estratégia de auto defesa face a uma sociedade que, por vezes, é ou pode ser hostil.^{51.}

165

SAINT-MAURICE¹⁶⁵ afirma que estudar uma minoria étnica implica em entender a sua inserção no espaço da sociedade de acolhimento. A concentração dessa minoria, num espaço geográfico restrito cria, por um lado, as condições para o isolamento do grupo mas, por outro, reforça a sua identidade cultural e étnica numa posição de defesa, face ao grupo dominante.

5.12 Atividades Remuneradas

Indagou-se quanto tempo decorreu para conseguir atividades remuneradas, após terem chegado a Portugal. Como pode ser observado na Tabela 11, 50 pessoas, (50,5%), responderam que em menos de seis meses conseguiram um trabalho remunerado. Para 14 pessoas, (14,0%), essa busca por trabalho demorou entre seis meses e um ano. As demais 35 pessoas, (35,5%), demoraram mais de um ano para conseguir trabalho.

As quarenta pessoas excluídas dessa tabela correspondem àquelas que, quando imigraram, eram crianças, ou, simplesmente, aquelas que vieram para Portugal já

com um compromisso de desenvolver alguma atividade laboral. Não tinham, portanto, a preocupação ou a necessidade de procurar uma atividade remunerada.

Tabela 11. Distribuição da população segundo o tempo para conseguir uma atividade remunerada.

Tempo (em meses)	Nº	%
Menos de 6 meses	50	50,5
De 6 a 12 meses	14	14,0
Mais de 12 meses	35	35,5
Total	99	100,0

Ao analisar o tempo de inserção no mercado de trabalho convém lembrar algumas características da estrutura ocupacional desses imigrantes e que consta da Tabela 4. Há basicamente cinco categorias que assumem uma maior visibilidade estatística: trabalhadores não qualificados dos serviços domésticos, limpeza, construção civil, hotelaria e comércio. Essa imagem também caracteriza os estrangeiros ativos em Portugal: profissionais altamente qualificados provenientes da Europa e da América, e trabalhadores não qualificados provenientes, na sua maioria, dos PALOP.⁷

A inserção de uma percentagem significativa de trabalhadores africanos, especialmente originários das ex-colônias portuguesas, que desenvolvem atividades não qualificadas tem lugar no setor informal da economia, mais especificamente na construção civil. Na construção civil, o início da atividade é praticamente instantâneo, sem mediações formais. Muitos imigrantes começaram a trabalhar no dia seguinte ou pouco depois da chegada. Isto decorre em função da presença de familiares e amigos, que já residem em Portugal, ou então indo diretamente às obras em busca de trabalho. Uma vez dentro do circuito da construção civil, cada trabalhador imigrante tem uma elevada probabilidade de vir a ser recrutado por outros empregadores. As mudanças que daí advêm, como procura de novas colocações no mercado de trabalho, processam-se, quase sempre, através da rede de conhecimentos que incluem familiares, amigos e até antigos patrões.⁸ A tradição da

informalidade, ausência de regulamentação efetiva e a cadeia complexa de relações que se estabelecem entre os agentes envolvidos na construção civil e nas obras públicas são fatores chave para explicar essa situação. Isso envolve, frequentemente, uma falta de compreensão das instituições e dos processos burocráticos do país de destino, bem como a situação de permanência ilegal no país. Essa situação oferece vantagens imediatas não só aos empregadores, mas, também, aos trabalhadores estrangeiros que possuam estratégias migratórias de curto prazo na medida em que podem gerar poupanças de forma mais rápida.^{7, 46}

A integração econômica através do trabalho é, de fato, o primeiro fator de integração na sociedade, seguindo-se a integração social e cultural. Contudo, hoje em dia, são os imigrantes e os seus filhos os mais afetados pelo desemprego e pela precariedade do emprego. Sem integração econômica não há integração social e cultural.^{138, 191}

As políticas escolares também fazem parte das políticas de integração social mais importantes. A escola intervém em duas fases do processo de integração. Para a criança representa, juntamente com a família, uma das maiores instâncias de socialização que leva à aquisição das normas e dos valores, da cultura da sociedade de acolhimento. Além disso, a escola é um local de obtenção de diplomas, que determina a inserção dos adultos no mercado de trabalho.^{27, 28, 31, 32}

Países como a Finlândia, Dinamarca, França integram a ajuda destinada aos estrangeiros no âmbito dos programas de luta contra a exclusão. Na Alemanha, implementam-se programas destinados a ajudar as gerações mais jovens, provenientes da imigração, através de uma formação voltada para a aquisição de competências científicas e técnicas adequadas ao mercado de trabalho.

Em outros países, a política incide sobre a luta contra a discriminação no ato da contratação, redefinição das leis, agravamento das penas e aumento da repressão. É difícil avaliar a eficácia desses programas, quando dependem, em primeiro lugar, da conjuntura econômica de cada nação.^{46, 48, 53, 61}

5.13 Nacionalidade

O critério da nacionalidade, por seu lado, também diferencia a estruturação social das minorias. Assim sendo, perguntou-se aos entrevistados qual a atual nacionalidade. Dados referentes a essa questão podem ser observados na Tabela 12.

Tabela 12. Distribuição da população segundo a nacionalidade.

Nacionalidade	Nº	%
Guineense	75	54,0
Portuguesa	52	37,0
Outras	12	9,0
Total	139	100,0

Constata-se que 75 pessoas, (54,0%), afirmam ter nacionalidade guineense e 52 pessoas, (37,0%), nacionalidade portuguesa, constituindo os dois grupos majoritários. Apenas os restantes, 12 (9,0%) entrevistados representam outras nacionalidades.

Aos entrevistados, de nacionalidade guineense, perguntou-se como era a sua atual situação em Portugal. A maioria, 71 pessoas (95,0%) respondeu que tem autorização de residência. Apenas 4 pessoas, (5,0%), disseram encontrar-se em situação ilegal.

A posse da nacionalidade portuguesa decorre de uma das seguintes condições, frequentemente acumuladas: existência de ascendentes com nacionalidade portuguesa ou desempenho de funções profissionais nas antigas administrações coloniais. Em geral, essas pessoas vieram para Portugal logo a seguir à independência dos países de origem e puderam manter a posição social que as suas qualificações escolares e profissionais e o seu direitos lhes garantiam. Esses, podem ser consideradas mais luso- africanos do que africanos imigrantes.^{94, 96}

A nacionalidade e o tempo de chegada/tempo de residência em Portugal são fatores com influência direta, na maioria dos casos, sobre a qualidade de vida. A linha que divide os guineenses com e sem nacionalidade portuguesa corresponde, até

certo ponto, a uma divisão de classes. Tal como acontece nas outras comunidades africanas, os segmentos de classe média e classe alta são constituídos principalmente por pessoas com nacionalidade portuguesa. O efeito conjugado da nacionalidade portuguesa e da condição de classe garante, nesses casos, a manutenção do “status” social em Portugal.^{94, 96, 99}

No entanto, vale ressaltar que a aquisição da nacionalidade portuguesa não suprime automaticamente as barreiras que prejudicam a harmonia social e o respeito pela dignidade de cada um, quer por parte da sociedade dita de acolhimento, quer por parte das minorias imigrantes.

5.14 Imigração Clandestina e Políticas de Imigração

Muitos imigrantes viveram e ainda vivem em situação de clandestinidade em Portugal. A clandestinidade é, de fato, uma expressão concreta de exclusão social, em que a pessoa não tem o benefício de qualquer tipo de direitos. É uma forma cruel de ser economicamente útil, sem, no entanto, ter existência social. A clandestinidade é funcional do ponto de vista, da inserção nos pontos mais precários do mercado de trabalho: por um lado os clandestinos ocupam os piores cargos porque não podem reivindicar e por outro essa situação agrada alguns imigrantes porque traz implícita a ideia de regresso. Há quem prefira não ter contrato de trabalho, apesar das propostas nesse sentido, pois quando se trabalha por hora, ganha-se mais. Trabalha-se, portanto, sem Segurança Social, porque isso pode permitir o acúmulo mais rápido de dinheiro e o regresso, a curto prazo, ao país de origem.⁴⁶

A imigração clandestina ocorre quando se suprimem os canais tradicionais da imigração de trabalhadores, continuando a existir, porém, os fatores exógenos da imigração como: diferenciais econômicos de rendimento, de salário, de consumo, de desemprego, conturbações políticas, assim como os fatores de procura específicos ao país de acolhimento entre os quais a existência de uma economia informal.

Os estudos sobre os imigrantes clandestinos realizados com base nas estatísticas de vários processos de legalização na França, nos Estados Unidos, na Itália, e na Espanha, mostram que os setores laborais são idênticos aos ocupados pelos

trabalhadores imigrados no início do processo: construção, silvicultura, agricultura, serviços domésticos, hotelaria e restauração. A imigração clandestina está, pois ligada à procura de trabalho nos ramos que utilizam uma mão-de-obra flexível e de estatuto inferior.^{46, 116}

Os setores que contratam a mão-de-obra estrangeira ilegal são, à exceção dos serviços domésticos, os que apresentam uma certa flexibilidade produtiva: descontinuidade física no caso da agricultura ou das atividades ligadas ao turismo, irregularidades das tarefas a realizar durante o ano, e descontinuidade produtiva no caso da confecção ou da construção, necessidade de fornecer respostas rápidas ao mercado, prazos de entrega curtos, entre outros. Essa flexibilidade necessária provoca flutuações significativas na utilização da mão- de -obra a nível sazonal, diário ou mensal e um ritmo de trabalho muito irregular. A contratação de mão-de-obra, em regime de contrato de trabalho por tempo indeterminado, seria mais onerosa para a entidade patronal.

O aparecimento de uma economia subterrânea está ligado à explosão do mercado de trabalho e à sua hierarquização, bem como ao desenvolvimento de formas de trabalho consideradas atípicas: emprego temporário, emprego a tempo parcial, estágios, empregos subsidiados etc. Por conseguinte, existe uma procura de trabalhadores ilegais, utilizados como mão de obra suplementar.^{7, 163}

A migração participa de duas formas na dinâmica demográfica de um país: pela chegada de imigrantes, constituindo uma contribuição demográfica direta, e a descendência dos migrantes, uma contribuição indireta, visto aumentar o número de nascimentos no momento em que a fecundidade apresenta um declínio na Europa, contribuindo para o crescimento da população nacional através das naturalizações e aquisições de nacionalidade. Além do papel que desempenha no processo de integração dos estrangeiros na sociedade de acolhimento, esse processo influi sobre a evolução da população nacional e, simetricamente, sobre a população estrangeira, que diminui à medida que a primeira aumenta.

A definição explícita de uma política de imigração em Portugal é recente. Surgiu no programa do atual Governo, sob o título " Uma política de plena integração dos

imigrantes e das minorias étnicas”. A imigração é assim considerada no âmbito das políticas da Administração Interna e de Solidariedade e Segurança Social.

O Programa do XIII Governo definiu três grandes objetivos no que se refere a imigração: limitar ao máximo a entrada de imigrantes não originários de países de expressão portuguesa, regular a imigração proveniente desses países e integrar os estrangeiros residentes. Quanto a esse último objetivo, o Governo incluiu os imigrantes e as minorias étnicas na política de inserção social, tendo-os considerado como um dos grupos em posição de vulnerabilidade social. Compromete-se assim a assegurar aos imigrantes o direito a reunião familiar, acesso à escola, formação profissional, eliminação das restrições ao trabalho, proteção social e habitação condigna. As medidas previstas para atingir o objetivo de inserção social foram justificadas com o argumento de que, no caso português, os imigrantes são essencialmente provenientes dos países de língua oficial portuguesa e que a sua presença constitui um elo fundamental na política de cooperação e amizade com esses países. ⁴⁶

5.15 Inserção Laboral dos Imigrantes

As questões relativas a inserção laboral dos imigrantes e dos respectivos grupos étnicos ainda são pouco conhecidos. O interesse que se tem observado nos últimos anos sobre esse assunto, evidencia uma tomada de consciência, em relação ao problema. Assim sendo, perguntou-se aos entrevistados qual a sua situação em termos laborais, ou seja, se no momento estavam ou não trabalhando. As respostas a essa questão encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 13.Distribuição da população segundo inserção no mercado de trabalho.

Inserção	Nº	%
Desempregado	73	53,0
Trabalho regular	49	35,0
Trabalho esporádico	17	12,0
Total	139	100,0

De acordo com a Tabela 13, a maioria, 73 entrevistados, (53,0%), declarou estar desempregado.

PORTES¹⁴¹, propôs uma classificação funcional das atividades informais, segundo seus objetivos, que pode ser assim sintetizada: sobrevivência - envolve atividades ligadas à produção de subsistência direta ou simples venda de bens e serviços no mercado (auto-instrução, reparações domésticas, venda ambulante); exploração dependente – orientada para uma crescente flexibilidade administrativa e decrescentes custos laborais das empresas formais através da contratação e da subcontratação de agentes informais e expansão – organizada para acumulação de capital por parte de pequenas empresas.

A tipologia de PORTES¹⁴¹, já referida, parece abranger os objetivos dos empresários e das firmas envolvidas na informalidade econômica. No entanto, não é tão abrangente no que diz respeito aos trabalhadores.

Segundo BAGANHA⁷ há três razões decisivas para a integração dos trabalhadores no sistema informal: a) inexistência de alternativas—as oportunidades de emprego só estão disponíveis no mercado informal. Isto porque a pessoa que procura emprego é imigrante ilegal ou menor de idade. As suas qualificações não são pretendidas ou estão bloqueadas no mercado formal; b) poupanças—maximização do rendimento disponível para aumentar as poupanças. Esse tipo de motivação é encontrado naqueles que têm uma atividade secundária no setor informal ou ainda em pessoas que migram com um objetivo específico, tal como construir uma casa, comprar um terreno ou juntar um dote, mas que desejam regressar ao país de origem o mais rapidamente possível, e, c) consumo – este tipo de motivação pode encontrar-se entre o mesmo tipo de atores descritos acima. No entanto, é mais comum entre os profissionais que desenvolvem uma segunda atividade econômica.

Como se observa na Tabela 13, só 49 entrevistados (35,0%), disseram ter um trabalho regular, ou seja, ter vínculo junto à entidades patronais. Os restantes, 17 entrevistados, (12,0%), afirmaram trabalhar de forma esporádica, o que os remete para o sistema informal. Isso pressupõe um aumento dessa categoria, se a percentagem que se declarou como “desempregado” passar a ser considerada como tal. Essa situação pode oferecer vantagens imediatas aos empregadores públicos e

privados como já foi referido. As reduções de custos a curto prazo e a alguns trabalhadores que possuam estratégias migratórias de curto prazo, ha mais facilidades para gerar poupanças. Contudo, uma incapacidade para modificar a atual situação poderá ter consequências negativas no futuro. Uma crise nos setores, pode conduzir a uma situação de desemprego e de ausência de segurança social, levando a tensões sociais crescentes.⁴⁶

O nível de vulnerabilidade dos trabalhadores imigrantes, envolvidos em atividades clandestinas com trabalho sem contrato, é normalmente mais elevado do que o dos trabalhadores nacionais na mesma situação.^{7, 163, 165}

A Lei dos trabalhadores estrangeiros, atualmente em vigor (Lei No. 20/98 de 12 de maio), penaliza a imigração irregular e a exploração do trabalho clandestino realizado por imigrantes. Além de estabelecer sanções monetárias às empresas que recrutam imigrantes ilegais, a lei também prevê, também, a possibilidade de impedir as empresas infratoras de tomarem parte em concursos públicos ou de receberem fundos públicos ou comunitários. Esse novo dispositivo legal poderá contribuir para uma mudança da ação política das autoridades estatais e, particularmente, para a emergência de uma nova atitude por parte dos empregadores.²⁷

Em síntese, não é fácil a integração profissional de imigrantes pobres. Além de se diferenciar da sociedade de acolhimento pelas suas características étnicas e culturais, acumulam um conjunto de desvantagens tais como se tem demonstrado neste estudo: baixa escolaridade, dificuldade em falar a língua do país, clandestinidade, etc. A experiência profissional e os padrões de trabalho que trazem dos seus países de origem não favorecem a sua integração numa sociedade urbana, nem facilitam eventuais processos de mobilidade profissional ascendente.^{20, 53, 62}

5.16 Meios de Subsistência

Aos que se declararam sem trabalho regular, seja, desempregados ou com trabalho esporádico, pediu-se que se referissem aos meios de subsistência de que dispunham para viver em Portugal. As respostas encontram-se na tabela 14.

Tabela 14. Distribuição da população segundo os meios de subsistência.

Meios	Nº	%
Renda própria	37	42,0
Auxílio de familiares	25	28,0
Auxílio desemprego	11	12,0
Ajuda de amigos	8	9,0
Aposentadoria	5	5,0
Auxílio de instituições	4	4,0
Total	90	100,0

Os dados mostram que menos da metade da população estudada, 37 pessoas (41,0%), consegue viver do seu trabalho. Há também 37 pessoas, (41,0%), que dependem do apoio dos familiares, amigos e Instituições como forma de ajuda material para a sobrevivência. Um outro dado curioso é o que se refere as ajudas dadas pelo Estado português a 11 pessoas, (12,0%) da população do estudo, sob a forma do subsídio de desemprego. Os aposentados, 5 pessoas, representam 5,0%, dado justificado na medida em que se trata de uma população jovem. Muitos desses aposentados são mutilados da guerra colonial que, antes do 25 de Abril, combateram ao lado de Portugal.

Esse dado parece contradizer, os dados contidos na Tabela 13 (anteriormente apresentada) sobre a inserção no mercado de trabalho. Infere-se que o fato de se declarar desempregado não significa, necessariamente, não se ter acesso a meios de sobrevivência. O item desempregado refere-se mais à situação de não possuir um contrato de trabalho formal ou uma relação de trabalho, ainda que informal, com um empregador. Assim sendo, mesmo quando as pessoas conseguem uma forma de trabalho própria, auxílio desemprego, bolsas de estudo ou de trabalho, dizem estar desempregados. Grande parte destes fazem parte do que se denomina economia informal. Esta pode ser um campo privilegiado para a concretização de diversas estratégias e objetivos, tanto para os empresários, quanto para os trabalhadores.

Portugal, considerando o padrão os outros países europeus é o país com maior proporção de pobres, entre a população geral. ²⁸ Um inquérito realizado em 1994, com 61.000 famílias nos doze países da União Européia, revelou que Portugal se

encontra em situação de grande desvantagem, com menor poder aquisitivo e maior extensão da pobreza. No entanto, nem sempre a pobreza se traduz em situação de exclusão social. A pobreza e a exclusão social são produtos do processo de desenvolvimento das sociedades bem como a relação entre os dois fenômenos.²⁸

A maioria dos pobres é constituída por pessoas idosas, camponesas, assalariadas da agricultura, da indústria e dos serviços menos qualificados. Entre essas, pode-se citar algumas categorias: 1) desempregados de longa duração. A partir de 1991 o desemprego tem vindo a crescer. Estudos efetuados em França mostram que há uma relação entre a perda de laços com o mundo do trabalho e a perda de laços familiares e sociais e com a própria auto-estima. Frequentemente, os desempregados de longa duração se tornam pessoas à margem da sociedade. 2) grupos étnicos e culturais minoritários. Nesse aspecto os imigrantes africanos são particularmente vulneráveis. São jovens (maioria tem menos de 40 anos) com famílias de dimensão alargada e baixo nível de escolaridade. As características dos imigrantes africanos, aliadas à debilidade dos seus recursos, torna-os vulneráveis à exclusão social. 3) famílias monoparentais. Não existem dados sobre o seu número e sua origem social em termos de exclusão social. No entanto pode-se dizer que, a um aumento do número global de famílias monoparentais, corresponde um aumento da pobreza entre as mesmas. Essa categoria é significativa, em termos numéricos, entre as mulheres imigrantes africanas. 4) deficientes. Estima-se o seu peso em 9,16% da população total. Um bom indicador de exclusão é o fato da taxa de emprego entre os mesmos ser muito baixa. 5) Acrescenta-se às categorias já referidas, os reclusos, jovens em risco, toxicodependentes que se encontram excluídos das principais instituições. A condição de marginalidade em que vivem torna-se perturbadora para a ordem social.

21, 48, 50, 209, 215

Segundo CAPUCHA²⁸, os imigrantes africanos localizam-se em áreas urbanas onde se concentram grupos pobres e minorias étnicas contrastantes com o meio, muitas vezes alvo de segregação racista. Vivem uma situação de dupla referência: em relação à sociedade de origem, tendem a se sentirem beneficiados e em relação a sociedade de acolhimento, sentem as desvantagens muito embora as primeiras referências atenuem os efeitos das segundas.

5.17 Comparação da qualidade de vida

Perguntou-se aos entrevistados se a vida em Portugal é melhor ou pior do que aquela vivida na Guiné-Bissau. A este respeito, a maioria, 72 (52,0%) afirmou ser melhor a vida em Portugal, como se observa na Tabela 15.

Tabela 15. Distribuição da população segundo comparação entre a qualidade de vida em Portugal e na Guiné-Bissau

Termo de comparação	Nº	%
Melhor	72	52,0
Pior	38	27,0
Igual	10	7,0
Não sabe	19	14,0
Total	139	100,0

Um grupo constituído por 38 pessoas, (27,0%), afirmaram ser pior a vida em Portugal, pela falta de solidariedade. “As pessoas tem que se arranjam sozinhas pois aqui somos estrangeiros”. “Além do mais há muita discriminação decorrente da cor da pele.” Uma pequena minoria, 10 pessoas, (7,0%), disseram ser igual e 19 pessoas, (14,0%) não souberam responder.

Para RUGY¹⁶³, a migração internacional tem origem na relação de dependência bilateral entre o país de partida e o de acolhimento, como se observa pelas transferências de rendimentos sob a forma de salários, pensões e prestações entre as partes. Contudo, as pessoas interessadas encaram a imigração, em geral, como uma estada provisória no país de acolhimento e não como uma instalação definitiva. Essa estada irá permitir uma melhoria temporária da situação individual e familiar, mas tem em vista o eventual regresso ao país de origem. Desse modo, um episódio temporário encontra-se frequentemente associado a um projeto económico a ser realizado no país de origem: a construção de uma casa, abertura de um estabelecimento comercial, compra de terras, etc..

Apesar da migração temporária ser suscetível de se tornar definitiva, o indivíduo mantém laços econômicos com o seu país através da entrada da transferências de fundo. Assim sendo, alheiam-se do seu meio, muitas vezes das lutas dos trabalhadores nacionais porque pensam que não vão ficar o tempo suficiente para usufruir as vantagens que virão a longo prazo. Constantemente inseguros na sua situação de estrangeiros, às vezes clandestino, que podem a qualquer momento ser expulsos têm como idéia fixa juntar dinheiro e voltar a sua terra. Evitam assim, no país de acolhimento, qualquer atitude que possa retardar ou impedir esse objetivo.¹¹³

Aos entrevistados, perguntou-se se os mesmos gostariam de voltar à Guiné-Bissau. Da totalidade, 62%, (86) afirmaram que se pudessem voltariam imediatamente para esse país, como ilustra o Gráfico 5.

Gráfico 4. Desejo de voltar para a Guiné-Bissau.

A estratégia de vida dos imigrantes africanos orienta-se pelo desejo, raramente concretizado, de acumular um montante em dinheiro que permita o retorno em situação de prosperidade. A ânsia pelo retorno encontra-se sempre presente. Nesse sentido tentou-se saber se os entrevistados gostariam de regressar. Um aspecto importante de se ressaltar é que na pergunta anterior, só 52% (72) tinham afirmado

que a vida em Portugal era melhor do que na Guiné. Se este fato é verdade, porque 62% pretendem voltar? A esse respeito, responderam: “porque gosto da minha terra”, “porque os meus filhos continuam lá”, “para conhecer a Guiné, já que quando imigrei era ainda criança”, “para tentar uma nova vida”, “porque me identifico muito mais com a cultura do meu país”, “porque me sinto na obrigação de contribuir para o desenvolvimento da minha terra”.

Um estudo realizado por SAINT-MAURICE ¹⁶⁵ com os imigrantes cabo-verdianos também identificou essa tendência: o desejo de retorno. Referiram as condições de moradia e a dificuldade no domínio da língua portuguesa como fatores que dificultam a inserção na sociedade portuguesa, sendo as mulheres as que mais sofriam com o contraste entre as expectativas e a realidade.

Como se observou no gráfico 4, 29,0%, (41) disseram que não gostariam de voltar; apesar de se tratar de sua terra, as condições de vida no país de origem não constituem motivação para o regresso. Reconhecem que a vida em Portugal é superior a que levavam na sua terra, o que justifica permanecer onde vivem melhor. Apenas 9,0% (12) afirmaram que estavam indecisos, portanto, naquele momento, não sabiam responder.

É nítida, portanto, a tendência para a fixação e reprodução dessas comunidades imigrantes, uma vez que a situação dos países de origem continua precária. Portanto, por se manterem constantes os fatores que atraíram essas comunidades para Portugal, nada indica que os fluxos migratórios sejam interrompidos nos próximos anos, embora possam diminuir de intensidade. Não é de se excluir um processo contínuo de maior integração e participação na sociedade portuguesa, através de políticas gerais e específicas de promoção social dos seus membros; nem uma possível cristalização nas condições sociais desfavoráveis que hoje afetam grande parte desses imigrantes. ^{140, 146, 150, 152}

5.18 Saúde Social

Um dos objetivos do estudo consistiu em conhecer as questões relacionadas com a saúde, entendida no seu conceito mais amplo e de acordo com a definição da OMS como “um completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

O grau de integração social dos indivíduos tem um significado vital para a saúde física, mental e espiritual de cada um. De modo geral, um elevado grau de integração é sempre favorável à saúde das pessoas. Sabe-se que o isolamento e a alienação social produzem várias doenças. Seus efeitos já foram demonstrados em vários estudos. Pesquisas realizadas nos Estados de Dakota do Norte e na Carolina do Norte revelaram um aumento nas taxas de doença coronária em pessoas expostas a mudanças culturais, reforçando assim a idéia de que essas mudanças têm efeitos diretos sobre a saúde dos indivíduos.^{6, 12, 26, 34, 79, 162, 175, 193}

Um dos fenômenos relacionados com a perda social são as perturbações ligadas à mobilidade geográfica, na medida em que alteram o ambiente cultural das pessoas. A esse respeito, a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Sundsvall, em 1991, mencionada no capítulo dois, já chamava a atenção para a importância dos ambientes favoráveis à saúde. A dimensão social foi considerada um dos quatro aspectos importantes para um ambiente saudável. Essa dimensão, diz respeito a como, normas sociais, costumes e processos sociais atuam sobre a saúde. A mudança das relações sociais tradicionais, que vem ocorrendo em muitas sociedades, o crescente isolamento social, a perda de significados e objetivos coerentes da vida, de valores tradicionais ou mesmo da herança cultural podem afetar à saúde.^{102, 112, 162, 175, 177, 179, 191, 193}

Nesse sentido, tentou-se saber até que ponto os imigrantes já tinham estabelecido relações de amizade no país de acolhimento, perguntando-se-lhes se após a chegada a Portugal já tinham feito amigos. Entre os inquiridos, 134 pessoas responderam positivamente, apenas 5 disseram não ter estabelecidos laços de amizade. Aos que afirmaram “sim”, foi questionado quem eram esses amigos, como se descreve abaixo.

Tabela 16. Distribuição das respostas segundo a nacionalidade dos amigos.

Nacionalidade dos amigos	Nº	%
Portugueses	98	35,0
Guineenses	95	34,0
Outros africanos dos PALOP	64	23,0
Outros estrangeiros	21	8,0
Total	278	100,0

Como se observa, a maioria das respostas, 98, dizem respeito aos portugueses (35,0%) e a guineenses 95, (34,0%), como constituindo aqueles com quem os imigrantes mantêm laços de amizade. Isso se explica por razões culturais. Historicamente, os portugueses sempre estiveram próximos dos guineenses, por terem sido colonizadores da Guiné-Bissau e pela proximidade lingüística. Os longos anos de dominação portuguesa e a guerra colonial nem sempre conseguiram afetar os laços de amizade.

Quanto às 64 respostas (23,0%), referentes a outros africanos dos PALOP - cabo-verdianos, moçambicanos, angolanos e são-tomenses- as motivações também são de ordem cultural, principalmente a familiaridade com a língua portuguesa.

Entre outros estrangeiros citados, 21 respostas, (8,0%) referem-se a brasileiros, outros africanos não pertencentes aos PALOP (Senegal, Zaire, Togo, África do Sul, etc.) e a pessoas provenientes, principalmente, de países europeus do Leste.

Os fatores que intervêm no processo de integração dos imigrantes são: a) os que dizem respeito às características individuais dos imigrantes; e, b) os que se relacionam com características fundamentais dos países de origem e de destino entre os quais se processa a transferência dos indivíduos. Assim sendo, implica em saber se os imigrantes se adaptaram ou não à nova sociedade, qual o grau dessa adaptação e quais os fatores que intervêm nesse processo.⁵⁶

Segundo o modelo de diferenciação estrutural citado por ROCHA-TRINDADE¹⁶¹, as diferenças relacionadas com o processo de ajustamento são funções de um conjunto de variáveis relacionadas com características demográficas, sociais e econômicas. Estas características determinam a condição do imigrante à chegada ao

país de destino e interação entre si para influenciar o processo de adaptação.^{56, 90, 99, 166, 191}

O grau de adaptação a uma determinada cultura envolve ajustamento social e emocional, assim como a aceitação das normas sociais prevalentes. A conformidade passiva não constitui forma de prevenir os comportamentos desviados das normas. O conceito chave para esse problema assenta na capacidade de cooperar. Essa cooperação deve basear-se no estabelecimento de um compromisso entre os desejos individuais e os requisitos sociais. Tudo isso, em conjunto, tem muito a ver com a saúde dos indivíduos.¹⁷⁷

5.19 Atividades de Lazer

Tempos livres e férias são direitos humanos primordiais na sociedade contemporânea. Têm funções de repouso e proporcionam, simultaneamente, uma oportunidade de exploração do universo social e pessoal. Nesse aspecto, constatou-se que a população do estudo tem atividades de lazer limitadas, conforme se observa na Tabela 17.

Tabela 17. Distribuição das respostas da população segundo atividades de lazer.

Atividades de lazer	Nº	% (*)
Ver televisão	103	74,0
Convívio com amigos	87	62,5
Visita aos familiares	81	58,0
Discoteca	15	11,0
Esporte	12	0,9
Viagens	9	0,6
Leitura	7	0,5
Cinema e teatro	5	0,4
Trabalhos manuais	3	0,2

(*) Percentuais calculados sobre o total de 139 entrevistados

A maioria (74,0%) limita-se a ver televisão. O convívio com os amigos e visitar os familiares, totalizam 62,0% e 58,0% , respectivamente. Tratando-se de uma

comunidade imigrante, com poucos recursos financeiros, estas devem ser as formas menos onerosas de ocupar o tempo livre. No convívio com amigos e familiares se encontra a cultura de origem, língua, gastronomia, música etc.. sendo também uma forma de estreitar os laços de solidariedade e amizade dentro do grupo.

O isolamento social em que vive, a maioria dos imigrantes é provocado, muitas vezes pelo insuficiente conhecimento da língua e por hábitos sociais diferentes daqueles do país de acolhimento. O próprio isolamento habitacional associado a discriminação social, racismo, também constituem fatores impeditivos para atividades de lazer.

A utilização do tempo livre depende de fatores pessoais, sociais, ambientais, preferências, recursos financeiros e hábitos de vida. Em termos ideais, deveria ser um fator de compensação em relação ao “stress”. A prática de esportes, poderia atuar como uma manifestação de integração na sociedade de acolhimento.^{147, 148, 154, 177}

Os imigrantes, pela sua formação cultural, objetivos de vida, condições de trabalho, incertezas perante o futuro não parecem muito motivados à mobilização de atividades esportivas. Desconhecem, talvez, que o esporte é um meio de socialização e desenvolvimento da personalidade e de aspectos sociais do comportamento como a cooperação, lealdade e solidariedade. Existe estudo comprovando que as pessoas sedentárias têm o dobro da probabilidade de morrer por doenças cardiovasculares sugerindo que bons níveis de atividade física podem ser tão importantes na prevenção das doenças como outros hábitos pessoais.^{147, 148, 154, 177}

Cabe destacar a baixa percentagem de entrevistados que têm o hábito da leitura, cinema e teatro (0,5,0% e 0,4%) respectivamente. Esse fato pode ser explicado pelo baixo nível de escolaridade, ou, ainda, pelo poder da televisão em atrair o público, oferecendo programas de entretenimento. Estudo realizado, por MACHADO⁹⁴ sobre a literacia com os guineenses, em Portugal, constatou que cerca da metade dos entrevistados não tinham livros em casa. No que diz respeito a jornais e revistas, a percentagem foi de 41,0%. Quanto à leitura de jornais, foi encontrado 25,0% para os jornais esportivos, entre os homens e 70,0%, para as revistas, entre as mulheres.

5.20 Participação em associações

Nos últimos vinte anos, têm-se assistido a uma crescente intervenção social e política das populações de origem imigrante em Portugal. A criação de associações tem vindo a constituir-se como interlocutores do Estado, no diálogo com as comunidades imigrantes, e na prossecução das políticas de integração oficialmente delineadas. As Associações de Imigrantes, constituem a expressão concreta de seus elos culturais e comunitárias. Representam espaços de convívio, educação, comunicação, organização social, socialização, informação, re-interpretação das tradições, solidariedade e mediação entre a sociedade de origem e a de acolhimento.¹

Questionados se pertenciam a algum grupo associativo, 120 pessoas (86,0%) responderam que nunca tinham pertencido a qualquer tipo de associação. Apenas 19 pessoas, ou seja 14%, informaram pertencer às seguintes entidades: Associação de Imigrantes, Associação Guineense de Solidariedade Social, Comissão de Moradores, Grupo de Jovens, Clube Desportivo, Associação Religiosa e a Associação de Entidades de Classe.

Observa-se aqui o que MACHADO⁹⁴ denomina de "déficit de cidadania", uma vez que esse comportamento provoca um déficit de associativismo nas comunidades imigrantes. Os imigrantes, principalmente clandestinos, não têm qualquer interesse em se associar. Associar-se é tornar-se visível, conhecido. Os que estão clandestinos preferem passar despercebidos.

As motivações associativas e políticas, por parte dos imigrantes, dependem do modo como as expectativas de integração, evoluem ao longo da sua estadia na sociedade de acolhimento. Essas evoluem à medida que os imigrantes vão se confrontando com um determinado quadro de oportunidades.^{94, 95, 95} As expectativas iniciais de sucesso, bem como a convicção de um retorno, a curto e médio prazo, aos países de origem, tornam menos provável a participação em ações associativas e políticas, nos primeiros anos de imigração.

Numa fase posterior, quando as comunidades imigrantes atingem um certo grau de integração e se tornam mais visíveis os contrastes com a população nacional, passa a existir mais organização e autonomia associativa bem como maior

capacidade de movimento e pressão dentro da esfera política. O peso, comparativamente, mais recente do fenómeno migratorio da população estudada, em relação a outros países da Europa, onde a imigração é mais antiga e as associações já têm uma história, ajudarão a explicar esse comportamento? ⁹⁴

Um dos principais motivos pelo quais os imigrantes se organizam formalmente, nos primeiros tempos de fixação no país de acolhimento, decorre da necessidade de atenuar os problemas de isolamento, resultantes da mudança sócio-estrutural a que estão sujeitos. As dificuldades mais imediatas que decorrem da exclusão social e do choque cultural, perante uma sociedade que lhes é praticamente desconhecida, e, na qual, terão que aprender a conviver, como forma de "sobrevivência".¹

ALBUQUERQUE e colaboradores¹ afirmam que durante a fase inicial do processo de adaptação, as associações representam espaços de convívio e lazer capazes de fortalecer a solidariedade intragrupal. Trata-se de uma estratégia que funciona como um mecanismo reprodutor das relações sociais de origem, compensando as "ausências" provocadas pela imigração.

No entender de REX ¹⁵⁸ as funções que acompanham a evolução dos objetivos e a natureza das atividades desenvolvidas pelas associações são: conservação, difusão e afirmação dos padrões da cultura de que os imigrantes são portadores e, promoção de estratégias de atuação visando a sua inserção e integração na sociedade receptora. Essa duplicidade de funções, revela-se como uma tendência geral do associativismo, protagonizado por grupos de imigrantes de diversas procedências. Considera, o autor referido, quatro funções principais das associações de imigrantes ou associações étnicas: 1) ajudar a vencer o isolamento social; 2) afirmar os valores e as crenças do grupo; 3) proporcionar um apoio assistencial aos seus membros, e 4) agir na defesa dos seus interesses e na resolução de conflitos com a sociedade. Para REX¹⁵⁸ as associações de imigrantes não podem ser entendidas apenas como simples instrumentos sociais, suscetíveis de serem mobilizadas, tendo em vista determinados objetivos coletivos. Devem funcionar como meios que permitam preservar a herança cultural do grupo, ou, reforçar a sua própria identidade étnica.

A adesão de Portugal ao acordo de Schengen conferiu, à questão da imigração, contornos políticos mais nítidos e suscitou a tomada de posição e o envolvimento de

várias entidades: Associações, Igreja, Sindicatos e Movimentos Anti-Racistas etc.. Apesar do exposto, as precárias condições de existência dos vários grupos de imigrantes não facilitam a mobilização para ação coletiva. As associações de imigrantes, principalmente a Associação Cabo-verdiana e a Associação Guineense de Solidariedade Social, alguns partidos políticos, como é o caso do Partido Socialista, a Igreja e algumas autarquias começam a tomar posições no sentido de intervir nesta problemática.^{94, 96, 98, 99}

A organização e a capacidade de intervenção das associações variam consoante as comunidades. São aquelas que se encontram numa situação de maior contraste social com a população portuguesa e que tem uma situação social mais desfavorecida onde o movimento associativo tende a ser mais forte. O associativismo de carácter étnico surge então como um instrumento aglutinador das expectativas e exigências dos imigrantes pertencentes a comunidades minoritárias na sociedade de acolhimento, além de ser uma tentativa de preservar a própria identidade social e cultural.⁹⁴

O conhecimento da realidade vivida nas comunidades de origem imigrantes e da posição que detém na sociedade de acolhimento não pode deixar de considerar o papel essencial que as associações desempenham ao nível da conservação e transmissão da diversidade cultural e da aquisição de direitos de cidadania. Essas comunidades, não são meros destinatários de políticas de integração, mas antes, atores intervenientes na defesa dos seus direitos e na promoção de condições bem estar.¹

5.21 Racismo e Discriminação

Portugal torna-se, cada vez mais um país com características multi-étnicas. Esse aspecto é o resultado das pressões imigratórias e das antigas ligações aos territórios que, em tempos passados, constituíram o império colonial português. A sociedade portuguesa assiste, assim, a uma entrada significativa de indivíduos pertencentes a outras culturas e a outras nacionalidades. A emergência dessa nova realidade numa conjuntura económica pouco expansiva, em profunda mutação, e numa sociedade

sem grande passado de convivência multicultural intra-fronteiras, suscita tensões e problemas sociais de integração. Esses problemas e tensões, adquirem maior relevância quando surgem associados a um contexto internacional onde os conflitos inter-étnicos emergem um pouco por todo o lado e nalguns casos associados a discursos e movimentos com conotação racista e/ou xenófoba.^{4, 13, 22, 44, 46, 48}

A discriminação ou marginalização social traduz-se de várias maneiras: falta ou dificuldade de acesso a determinados benefícios como educação, saúde, habitação, segurança social e mercado de trabalho.¹

Algumas comunidades migrantes, encontram-se desprovidas dos meios ou dos instrumentos que, mais facilmente, lhes permitiriam desempenhar o papel que desejam na sociedade receptora: conhecimento ou domínio da língua do país, sucesso escolar; formação e qualificação profissionais; segurança e o mínimo de bem-estar numa residência; conhecimento suficiente dos códigos e das práticas quotidianas dominantes na sociedade de acolhimento. Sem esses instrumentos, entre outros, os imigrantes não têm acesso à integração social.¹

Perguntou-se aos entrevistados se haviam sentido algum tipo de discriminação desde que chegaram a Portugal. A maioria, 92 pessoas, (66,0%), afirmaram que “sim”, enquanto 47, (34,0%), disseram que “não”. Aos que responderam “sim”, solicitou-se que dissessem por parte de quem se sentiram discriminados. Os portugueses foram citados por 85 pessoas (92,0%), outros estrangeiros por 5 pessoas (5,0%) e os africanos de outras origens, mas pertencentes aos PALOP, por 2 pessoas (3,0%), como se observa na Tabela 18.

Tabela 18. Distribuição da população segundo fontes de discriminação.

Fontes de discriminação	Nº	%
Portugueses	85	92,0
Outros estrangeiros	5	5,0
Outros africanos dos PALOP	2	3,0
Total	92	100,0

Perguntou-se ainda de que tipo de discriminação foram alvo, obtendo-se as seguintes respostas: “palavras moralmente depreciativas”; “atitudes de rejeição e racismo em relação à cor”; “desprezo pela forma como falam e se vestem”; “pela origem”; “sugestão para que voltem para a Guiné”, entre outras. Essas atitudes podem ser vistas como xenóforas e racistas, ou, ainda, pelo lado da violência de grupos organizados, como é o caso dos “skinheads”.

As situações definidas por REX ¹⁵⁸ como exemplos de discriminação são: falta de acesso aos lugares de decisão nos sindicatos; desigualdade de acesso ao mercado de trabalho; índices de desemprego elevados; segregação residencial e habitacional; segregação a nível da educação e diferenciação perante à lei.

O conceito de equidade é concebido como o reconhecimento e a efetivação, com igualdade dos direitos da população, sem restringir o acesso aos mesmos, nem estigmatizar as diferenças dos diversos segmentos que a compõem. Assim, a equidade é entendida como a possibilidade das diferenças serem manifestadas e respeitadas, sem discriminação; condição que favoreça o combate das práticas de subordinação ou de preconceitos em relação às diferenças de gênero, política, etnia, religião e cultura. O racismo ocorre quando um determinado cidadão adota comportamentos que diminuem o direito do outro, retirando-lhe qualidades e reduzindo a sua cidadania. ⁴⁶

É difícil conceber o fenômeno da imigração sem estudar as manifestações de rejeição e discriminação social para com as pessoas que se deslocam. Apesar de o racismo ser evidente, não se pode dizer que haja um confronto aberto entre a população imigrante e os nacionais em Portugal. Verifica-se, no entanto, casos de desentendimento público envolvendo imigrantes, principalmente jovens, que expressam sua violência através de comportamentos problemáticos. Entre esses pode-se citar músicas e letras de canções “rap”, grafites, pinturas em murais e alguns desentendimentos verbais. ^{46, 94}

Portugal, tenta implantar uma política de não discriminação onde alguns direitos já foram conquistados pelos imigrantes tais como igualdade de tratamento, consagrados na constituição da República Portuguesa, possibilidade de aquisição da nacionalidade, políticas sociais de alojamento e direitos políticos na luta contra

todos os tipos de discriminação, especificamente, a luta contra a discriminação racial.^{27, 31, 176, 190}

No entanto, as novas gerações de imigrantes, ao contrário das primeiras, deixam de se diferenciar, em muitos aspectos, dos nacionais. Dominam a língua local, vestem-se de maneira semelhante, possuem estabilidade no emprego, têm residência fixa e reconstituíram as famílias. Atenuam-se, portanto, as diferenças que certos grupos ou comunidades de origem imigrantes possam mostrar à sociedade receptora.

36, 94, 141

5.22 Costumes e Tradições

É na vivência cotidiana que os imigrantes vão desenvolvendo ações e atividades que lhes permitem conservar e transmitir a sua cultura, como, por exemplo: manutenção da língua materna em contexto familiar, comunitário ou associativo, comemoração de datas festivas de caráter religioso ou profano; organização de festas de convívios freqüentes e constituição de grupos de expressão cultural.

A cultura dos países de origem dos imigrantes encontra-se difundida, como pode ser observado na Tabela 19.

Tabela 19. Distribuição das respostas da população segundo os níveis de continuidade e aspectos culturais.

Aspectos culturais	Níveis de continuidade					
	Freqüentemente		Às vezes		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Música	56	27,8	75	26,6	8	11,0
Gastronomia	55	27,4	75	26,6	9	12,3
Fatos e estórias	51	25,4	67	23,8	21	28,8
Costumes	39	19,4	65	23,0	35	47,9
Total	201	100,0	282	100,0	73	100,0

De acordo com o número de respostas, (201) a população conserva com freqüência as tradições, no que se refere a música, alimentos típicos da terra, relato

dos fatos e histórias característicos do país e seus costumes. Esses últimos, estão relacionados com algumas cerimônias realizadas quando há nascimentos ou mortes na família, uso de roupas típicas tradicionais, consulta aos “astrólogos” quando vão tomar algumas decisões importantes. Convém lembrar que esses costumes variam de grupo para grupo, não sendo possível generalizar uma vez que existem cerca de vinte grupos étnicos, como já foi referido anteriormente.

No entanto, é grande o número (282) de respostas de onde afirmam que esses aspectos culturais já não fazem parte do seu cotidiano, mas apenas, “às vezes”.

Os que disseram “nunca” representam (73) das respostas dos inquiridos. Isso pode estar relacionado com o tempo de residência dessas pessoas. Muitos são filhos de imigrantes guineenses que chegaram a Portugal ainda crianças. Parte do seu processo de socialização foi vivido com base na cultura portuguesa. Muitos deles não conhecem a Guiné-Bissau, não sabem falar o crioulo, ou quando sabem, não o fazem por sentirem nisso um traço de desintegração da cultura local. Muitos jovens, filhos de imigrantes, nasceram em Portugal. Não conhecem o país de origem dos pais nem a cultura que lhes é própria, ou só conhecem através de referências e imagens transmitidas pelos pais, não considerando, como sua, a cultura de origem. Vivem assim, entre dois mundos, que se referem a valores e padrões de comportamentos diferentes, e muitas vezes, incompatíveis.

A distância da terra também pode ser um fator de distanciamento dos costumes do país de origem. Pode ainda se tratar de luso-africanos, cuja ligação aos costumes tradicionais é menor do que entre os autóctones. E, por último, receio de confessar uma forma de vida que pode ser caracterizada como a de alguém que é proveniente de países subdesenvolvidos.

Numa sociedade pluriétnica, a identidade de um grupo repousa em sua herança cultural que, por sua vez, faz parte da cultura comum a todos os grupos que compõem aquela mesma sociedade. Compreender a cultura significa preocupar-se com semelhanças e diferenças, com vistas a determinar em que condições e com que probabilidades surgem estas últimas.¹¹⁰

Os costumes e tradições dos imigrantes refletem-se positivamente na comunidade portuguesa. Essa cultura, encontra agentes difusores em espaços como associações.

As associações de imigrantes facilitam o contato da população local com as tradições de outros grupos, uma vez que todos que vivem, nesse espaço, participam nas atividades desenvolvidas.

É de ressaltar que os agrupamentos artísticos, na sua maioria, de característica folclórica, funcionam como instrumentos que permitem conservar e exaltar as tradições populares, em particular a música e a dança. Representam, assim símbolos do país com o qual o grupo imigrante se identifica, dando visibilidade, portanto, à presença dos originários no contexto de acolhimento.^{54, 150}

A música e a dança africanas são bastante fomentadas em Portugal. O mesmo pode ser dito para a gastronomia. Existem, vários restaurantes típicos, em locais frequentados por pessoas de alto nível sócio econômico onde os pratos africanos conquistaram um espaço de destaque.

CARMO³¹ afirma que o caráter multicultural das atuais sociedades não decorre apenas da existência de grupos com culturas diferentes. Decorre, também, da diversidade de papéis que os elementos desses grupos desempenham, dos diversos grupos sociais que os integram, da evolução dos papéis dos homens e das mulheres e das diferenças entre grupos etários.

5.23 Condições de Residência

As comunidades africanas, em Portugal, de forma geral, têm acesso difícil a uma moradia condigna, sendo afetadas pelo fenômeno da segregação sócio-espacial. A moradia torna-se o principal problema que, esses imigrantes, têm de enfrentar tanto à chegada como no momento atual.^{30, 45}

Entre a população que reside em bairros degradados, os imigrantes se constituem maioria, levando a supor serem os mesmos alvos de exclusão específica no que se refere à posse da habitação. Mas, residir em bairros degradados, no entender de CARDOSO e PERISTA³⁰, não é apenas um indicador de pobreza. Esse fato, pode também se constituir em um dos fatores que aumentam a probabilidade de se permanecer em situação de pobreza. Residir num bairro degradado leva consigo um

“estigma” social que dificulta o estabelecimento de relações sociais com outras pessoas, além dos familiares e vizinhos.

Um dos aspectos importantes, também diretamente relacionado com a integração de um imigrante na sociedade de acolhimento, diz respeito à posse da habitação. O sonho da casa própria é algo bastante presente nas classes menos favorecidas.

Segundo DIAS ⁴¹, uma população com carências habitacionais é uma população amputada na sua capacidade de desenvolvimento e de progresso social e cultural.

A esse respeito, tentou-se saber qual a situação do grupo estudado. As respostas podem ser visualizadas na Tabela 20.

Tabela 20. Distribuição da população segundo condição da residência.

Residência	Nº	%
Própria	92	66,0
Alugada	39	28,0
Cedida	8	6,0
Total	139	100,0

Como mostra a Tabela acima, 92 pessoas, (66,0%), possuem casa própria. Essas pessoas, têm um contrato de compra e venda das casas, pelo qual pagam uma quantia bastante inferior, às outras iguais, do mercado de imóveis. Até a década de noventa, muitas dessas habitações tinham sido invadidas por imigrantes e portugueses que tinham retornado a Portugal após o término da Guerra Colonial.

Frente a esse problema, a Câmara da Moita decidiu resolver a situação. Convidou os moradores a realizar uma promessa de compra e venda do imóvel, no qual, a mesma, se responsabilizaria por 40,0% da dívida. A proposta foi aceita pela maioria dos moradores, cabendo aos não interessados desocuparem a habitação a fim de que fossem oferecidas as outras pessoas interessada em adquiri-la, nessas condições.

De uma forma geral, o mercado de habitação na Europa possui algumas características. Há predominância do regime de acesso à propriedade, em detrimento do regime de aluguel.⁴¹

Há, no entanto, 39 entrevistados, (28,0%), que continuam pagando aluguel pelos imóveis que ocupam. Devem ser pessoas que, provavelmente, chegaram ao Vale da Amoreira depois dessa iniciativa da Câmara. Podem também ter em vista o regresso ao país de origem a curto prazo. Essa percentagem tende a diminuir, nos próximos anos, em função dos programas para a habitação social, que têm sido levados a efeito.

Apenas 8 pessoas (6,0%) do total, moram em habitações cedidas. Isso ocorre pelo fato de muitas pessoas cederem suas moradias a parentes ou amigos, em função de viagens, ou por terem conseguido comprar uma outra casa fora da área do presente estudo. O indivíduo prefere não se desfazer do imóvel, que continua sendo sua propriedade, e, ao mesmo tempo, resolve o problema de moradia de um outro membro da família.

Nos países europeus, a política de habitação aparece, muitas vezes desdobrada em três aspectos distintos:⁴¹ a) assistência social, que consiste em o Estado atribuir subsídios de habitação às camadas da população que não tem condições de adquirir uma casa, seja pela compra, seja através de aluguel; b) redistribuição do rendimento, a qual se resume em facilitar o acesso à habitação a população trabalhadora. Incluem-se, as camadas médias, que sentem dificuldades cada vez maiores em função dos altos preços praticados no mercado imobiliário, e, c) integração, que se destina a combater a formação de guetos nas periferias das grandes cidades.

Em Portugal, o direito a uma habitação condigna é um direito constitucional, (Artigo 65º) embora essa não seja uma realidade partilhada por todos. Cabe, assim, ao Estado definir os padrões mínimos que integram o conceito de “habitação condigna”.¹⁴³

A densidade de ocupação é outro elemento que permite avaliar as condições de moradia das famílias e é o que se descreve na Tabela 21.

Tabela 21. Distribuição da população segundo a relação entre o número de pessoas e o de dormitórios na residência.

Nº de dormitórios na residência	Nº de famílias		Total de pessoas	
	Nº	%	Nº	%
1 dormitório	42	30,0	188	23,6
2 dormitórios	64	46,0	386	48,6
3 dormitórios	33	24,0	221	27,8
Total	139	100,0	795	100,0

Como se observa, 188 pessoas, (23,6%), dos membros das famílias dos entrevistados vivem em habitações com um dormitório.

Moradias com dois dormitórios, são ocupadas por 386 pessoas, (48,6,%), da população inquirida.

Observou-se que 221 pessoas (27,8%), ocupam residências com três dormitórios.

Nas entrevistas constatou-se que o número de pessoas existentes nessas residências era de duas e até sete, oficialmente, dividindo o espaço. Em muitas residências, foi encontrado um número superior de pessoas, convivendo entre si: parentes, amigos e vizinhos da Guiné-Bissau, recém-chegados, de outros países, ou ainda de bairros distantes que estão em visita e que vão ficando, muitas vezes, por tempo indeterminado.

Estudo realizado sobre condições das habitações em Portugal, CARDOSO e PERISTA³⁰ salientam que, além da precariedade dos materiais utilizados na construção e das deficiências técnicas, um dos aspectos que caracteriza as habitações nos bairros sociais é, freqüentemente, a sua reduzida dimensão. Nos bairros “degradados” e em alguns chamados “sociais” é grande a densidade habitacional, sendo esta bastante significativa entre famílias imigrantes. O excesso de pessoas, em determinado espaço, provoca problemas como perda de privacidade, falta de condições de estudo para as crianças e jovens, transmissão de doenças, entre outros. Muitos dos alojamentos não possuem condições sanitárias e infra-estruturas básicas, o que agrava, ainda mais, as já precárias condições dos moradores. Constitui um importante indicador para medir a qualidade de vida da população

refletindo o agravamento das condições de vida, limitando seus hábitos de higiene e refletindo-se na própria deterioração do seu estado de saúde.⁴⁰

Apesar de tudo isso, as más condições de vida poderão ser, ainda menos desfavoráveis do que aquelas que os indivíduos conheceram num passado recente. Oriundos de países pobres, cujo padrão médio de conforto é deficiente, o quadro de referência cultural, de muitos desses imigrantes, continua a ser o de seu país de origem e não o do país de acolhimento.^{30, 150, 155}

5.24 Condições de saúde

O interesse que os indivíduos atribuem ao seu corpo, aumenta, freqüentemente, na razão direta da hierarquia social. Nas classes desfavorecidas, as dificuldades da vida cotidiana podem ser responsáveis pelo fato de não se atribuir importância a certas afecções. A doença é, normalmente, considerada por essa categoria da população, como uma alteração brusca do seu estado geral que impossibilita as atividades diárias. Ao contrário, nas classes mais favorecidas a doença é, muitas vezes, considerada como uma alteração progressiva da saúde, possível de prevenir ou curar em todas as suas fases.

Embora a utilização de serviços de saúde se altere pouco em termos quantitativos em função do nível sócio-econômico, a sua estrutura varia de forma considerável. As classes, consideradas favorecidas, do ponto de vista sócio-econômico, são responsabilizadas por uma maior utilização de cuidados ambulatoriais e menos de cuidados hospitalares. As mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens e apresentam índices de morbi-mortalidade inferiores, qualquer que seja o país de origem. Parecem estar mais atentas do que os homens às suas sensações corporais, fato esse que induz uma maior procura de consultas. Estudos epidemiológicos descritivos destacam os comportamentos masculinos e femininos na medida em que esses são, quase sempre, bastante diferentes. Apesar disso, não é possível dizer que haja uma relação causa e efeito, ou que as mulheres adoecem menos do que os homens porque cuidam melhor da sua saúde. A utilização de serviços de saúde depende, não só da idade e do sexo mas também de fatores

socioculturais. Esses fatores, são responsáveis pelas diferenças no comportamento em relação à saúde dos indivíduos, na medida em que se relacionam com modos de vida muito diferentes.^{177, 186}

Perguntou-se aos entrevistados se tinham algum problema de saúde antes de imigrar. As respostas a esta questão podem ser visualizadas na Tabela 22.

Tabela 22. Distribuição da população segundo os problemas de saúde.

Problemas de saúde	Nº	%
Diabetes	8	18,6
Osteoarticulares	6	14,0
Cardiovasculares	5	11,8
Anemia	4	9,3
Ginecológicas	4	9,3
Pulmonares	3	7,0
Asma	3	7,0
Gastrintestinais	2	4,6
Varizes	2	4,6
Coluna	2	4,6
Renais	2	4,6
Febre	2	4,6
Total	43	100,0

Como se observa, apenas 43 pessoas disseram ter algum problema. Entre essas, convém chamar a atenção para os valores mais altos da Diabetes, osteoarticulares, cardiovasculares e anemia.

A Diabetes Mellitus, entre os entrevistados, apresenta o valor de 18,6%, e é, atualmente, uma causa de morte de importância crescente em Portugal. É uma doença crônica e prolongada que causa incapacidades e mortes precoces, ameaçando, cerca de 10 milhões de cidadãos europeus. Estima-se em cerca de 25.600 os novos casos da doença, por ano. A mortalidade vem demonstrando uma certa tendência para aumentar, enquanto a evolução da taxa de incidência tem sofrido pouca variação. Esta situação, verifica-se em todos os Distritos do país. As Regiões

Autônomas, Madeiras e Açores, apresentam taxas mais altas de mortalidade, com valores idênticos nos dois sexos.

O reconhecimento da Diabetes Mellitus, como um importante problema de saúde pública fez com que Portugal iniciasse, a partir de 1974, um programa de luta contra essa doença, desenvolvendo esforços para a sua resolução. O Programa, tem como principal objetivo, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e reduzir as complicações através do investimento nas ações organizadas dos serviços de saúde. O tratamento da doença e a melhoria exige, principalmente, a motivação e a educação do diabético. Entre as metas previstas pelo Ministério da Saúde para 2002 incluem-se: reforçar as atividades intersetoriais de educação para a saúde a nível da prevenção primária da diabetes nas escolas, locais de trabalho e associações; reforçar os programas e ações de educação para a saúde para os grupos de risco, idosos e obesos; aperfeiçoar e desenvolver sistemas de informação que permitam obter a avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao diabético; mobilizar o interesse dos órgãos de comunicação para o assunto. São ainda objetivos do programa Nacional de Controle da Diabetes Mellitus controlar e reduzir as incapacidades por cegueira, amputações, insuficiência renal, entre outras complicações provocadas pela doença.^{147, 148}

Doenças ósseas e articulares, como a osteoporose, também constituem um problema grave na Europa, apesar de poderem ser prevenidas ou atenuadas. Diz respeito a distúrbios do metabolismo ósseo, uma das grandes causas de invalidez, e, sobre a qual, a maioria das pessoas não se encontra informada. Problemas ligados ao metabolismo ósseo, mencionados por 6 entrevistados representaram 14,0%, como consta na tabela acima. A redução do número médio de anos de incapacidade permanente por doenças osseoarticulares, subtraídos à expectativa de vida ativa produtiva, constitui um dos objetivos para 2002.²¹² Um outro problema de saúde, referido no presente estudo foi relacionado com as doenças cardiovasculares, mencionados por 5 dos entrevistados, (11,8%) tais como hipertensão, arteriosclerose e enfarte do miocárdio, entre outros.

O aparecimento das doenças crônicas depende de várias causas: hereditária, estilos de vida como o tabagismo, elevado consumo de álcool, alimentação inadequada ou,

ainda, pouca ou nenhuma atividade física. Outros fatores, como desemprego, pobreza, más condições de vida e trabalhos pouco saudáveis geradores de “stress”, também são responsáveis. As doenças crônicas, se forem incapacitantes, limitam globalmente a vida do indivíduo nas suas atividades diárias, profissionais ou de lazer, afetando gravemente a sua qualidade de vida. As doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte. Encontram-se, entre essas, as doenças cerebrovasculares que, em 1995, totalizaram 53,9% dos óbitos em Portugal, representando as taxas mais elevadas da União Européia.^{147, 148, 168, 169, 177}

Quanto à morbilidade, verifica-se comportamento semelhante, com decréscimo das taxas, sendo esta maior entre os indivíduos do sexo masculino. A doença isquêmica do coração foi responsável, em 1995, por 20,9% dos óbitos decorrentes das doenças do aparelho circulatório. As estimativas de incidência de enfarte do miocárdio vem se mantendo relativamente estáveis, com taxas maiores no sexo masculino.^{147, 148}

As estratégias e orientações de intervenção, por parte do Ministério da Saúde, pretendem que, até 2002, seja estabelecido um programa para a fase pré-hospitalar do enfarte do miocárdio com a finalidade de encurtar, o tempo entre o início dos sintomas e o da terapêutica. Visa, ainda, a melhorar a articulação entre todas as consultas hospitalares de cardiologia e os centros de saúde. O envolvimento dos doentes e seus familiares no processo de reabilitação constituem a base de todo o programa.^{203, 212}

Os problemas ginecológicos relacionados com menopausa, gravidez, planejamento familiar, distúrbios menstruais, foram citados por 4 (9,3%) das entrevistadas.

A anemia falciforme ocupa o quarto lugar entre as doenças, citadas por 4 entrevistados, (9,3%). Caracteriza-se como doença hereditária causada por uma mutação genética da hemoglobina, tornando-a anormal e dando aos glóbulos vermelhos o formato de uma foice, daí essa denominação. É uma doença originária da África e acredita-se que essa mutação genética tem elevada prevalência em algumas regiões desse continente como uma forma de resistência à malária pelo plasmódio da malária. As complicações da doença podem afetar quase todos os órgãos e sistemas, reduzindo a capacidade de trabalho e a expectativa de vida. Estão

associadas a alta mortalidade quando não diagnosticadas, precocemente na infância, sendo poucos os afetados que sobrevivem à idade adulta.

Os problemas do sistema respiratório (pulmonar e asma) foram citados, cada um, por 3 (7,0%) entrevistados. Apesar de não ter sido especificado, acredita-se que os problemas pulmonares referidos, estão associados a tuberculose, dada a alta incidência entre os imigrantes africanos. Quanto a asma, encontra-se explicação no fato da área do estudo ser contígua a zona industrial do Barreiro, considerada como uma das mais poluídas do Concelho.

Os demais problemas de saúde apontados: gastrintestinais, varizes, coluna, renais e febre foram citados por apenas 2 pessoas (4,6%), cada um.

Questionou-se ainda se tinham feito algum exame nos últimos doze meses. A esta pergunta, 84 entrevistados, (60,0%) responderam que “sim” e 55, (40,0%), “não”. Os que responderam “sim” citaram como motivos: planeamento familiar, rotina, cirurgia, gripe, oftalmologista, dermatologia, problemas cardíacos, ginecológicos, pulmonares e realização de análises clínicas entre outros.

A maioria procura serviços públicos, devendo-se isso ao fato de, por contribuírem para a Segurança Social, terem direito a sua utilização. Além disso, a Constituição portuguesa garante, no seu artigo 64º o direito à saúde, independente da origem, cor, religião, etc.

Quanto ao tipo de serviço prestado, 92 entrevistados, (66,0%) afirmaram que tiveram acesso aos meios para o tratamento, tais como medicamentos, equipamentos, etc.; 31 entrevistados, (22,0%), disseram que esses meios foram assegurados apenas em parte e 16 (12,0%), não se lembravam por já ter passado muito tempo. Apenas um entrevistado afirmou ter utilizado o serviço particular.

Os principais problemas dos serviços de saúde portugueses estão relacionados com: o acesso e a utilização dos cuidados; atitudes e relações interpessoais com os profissionais da área; questões decorrentes da estrutura e estatuto do Serviço Nacional de Saúde - SNS; organização e gestão dos serviços; e questões do financiamento. A articulação da oferta e da procura no domínio da saúde não obedece às mesmas regras de economia em geral, pois a saúde não é um bem suscetível de consumo ou de permuta. Corresponde, antes, a um objetivo ideal, que,

na maioria dos países, começa a ser reivindicado como um dos direitos humanos fundamentais. Os serviços de saúde devem, portanto, adequar a sua ação as necessidades e expectativas dos cidadãos. Isso, implica, ter em consideração as rápidas mutações nas condições de vida, trabalho e lazer da população. Os centros de saúde são os pontos de entrada preferencial no sistema de saúde. Devem assegurar a cobertura dos cuidados essenciais a prestar à população, de forma personalizada e continuada, de acordo com as suas características e necessidades.^{15, 68, 148, 167}

Foi questionado ainda aos entrevistados se, após a vinda para Portugal, já falecera alguém da família. Da totalidade de respostas, 39 pessoas, (28,0%) haviam passado por essa ocorrência. Como causa de morte citaram doenças cardiovasculares (20 pessoas) degenerativas (16 pessoas) e anemia (3 pessoas).

5.25 Comportamentos preventivos

Muitas das causas de morte atuais podem ser alteradas, significativamente, por mudanças nos estilos de vida, propostas para prevenir a doença e promover a saúde. STONE e colaboradores¹⁷⁷ afirmam que sete, entre dez causas principais de morte, podem ser substancialmente reduzidas, se as pessoas em risco melhorarem cinco hábitos: alimentação, tabagismo, falta de exercício, abuso do álcool e utilização de medicação anti-hipertensiva.

Às mulheres, foi questionada a periodicidade com que realizam exames preventivos das mamas e o papanicolau.

Tabela 23. Distribuição das mulheres segundo a realização de exames preventivos.

Periodicidade	Exames			
	Mamas		Papanicolau	
	Nº	%	Nº	%
Nunca fez	28	50,0	35	62,0
Sim, menos de um ano	16	28,0	10	18,0
Sim, mais de um ano	12	22,0	11	20,0
Total	56	100,0	56	100,0

No que diz respeito a mamografia, observa-se na Tabela 23 que 50,0% das entrevistadas (28) nunca os realizou. Esses dados assumem particular relevância na medida em que os tumores malignos surgem como segunda causa de morte, na Europa.^{147, 148}

O tumor maligno da mama é o que apresenta taxas de morbilidade e mortalidade mais elevadas no sexo feminino. Há determinadas características pessoais que aumentam o risco: idade superior a 50 anos; antecedentes familiares, de linha direta, com câncer de mama; ausência de gravidez; primeira gravidez com mais de 35 anos; menarca (primeira menstruação) antes dos 12 anos e finalmente, menopausa depois dos 54 anos. Esses fatores são os de maior importância. A mortalidade, por câncer da mama, em Portugal, revela algumas assimetrias regionais sendo os Distritos do Sul (Faro, Lisboa, Évora, Beja, Setúbal e Santarém) os que apresentam taxas mais elevadas.¹⁴⁸

Quanto às mulheres que fazem a mamografia, apenas 16 (28,0%) as têm realizado com menos de um ano de intervalo. As demais, 12 entrevistadas, (22,0%), demoram mais de um ano para os realizar.

O pouco conhecimento do corpo e dos diferentes órgãos e das suas funções, dificulta, portanto, a interpretação dos sintomas, retardando ações preventiva e curativa adequadas. A compreensão do significado de alguns “sinais” ocorre, muitas vezes, de forma tardia ou incompleta. A ausência de dor, a irregularidade dos sintomas, a aparente normalidade das funções vitais leva muitas mulheres a subestimar esses “sinais”. A desatenção pelo corpo pode ser resultante da pouca capacidade de perceber os “sinais” da doença. A inibição de pensar ou mesmo de olhar o próprio corpo pode explicar, em muitos casos, a detecção tardia de doenças, tais como: nódulos indolores, retenção de urina, neoplasias dérmicas, varizes, hipertensão ou até mesmo perturbações do crescimento e desenvolvimento dos filhos. No entanto, supervalorizar a importância dos “sinais” também pode significar uma deficiência de conhecimentos e estar associado às representações sobre a gravidade das doenças. Este receio parece ser mais frequente nas mulheres e nos adultos.³³

O câncer do colo do útero é uma doença freqüente. Aparece e se desenvolve em silêncio, sem qualquer sintoma específico. A citologia, tem como objetivo, reconhecer as lesões pré-cancerosas do colo do útero. Constatou-se através dos dados da Tabela 23 que em relação a esse exame, 34 mulheres (62,0%) nunca o realizaram. Apenas 10 (18,0%) entrevistadas o tinham feito em menos de um ano e 11 (20,0%) demoram mais de um ano.

Face ao atual padrão de saúde/doença, caracterizado por patologias de evolução prolongada e de etiologia predominantemente comportamental, os estilos de vida das pessoas e das comunidades adquirem uma importância decisiva na definição das estratégias para a elevação dos níveis de saúde da população. Todos os problemas enumerados têm em comum o fato de serem fortemente condicionados por fatores de natureza comportamental. Isso coloca sérios desafios, pois os profissionais de saúde precisam de ter conhecimentos técnicos nas áreas da educação e promoção da saúde. ^{24, 25, 26, 62, 112}

Dessa forma, as mulheres devem ser orientadas a realizar, com certa regularidade, um exame aos seios (mamografia) e uma citologia cérvico-vaginal (teste de Papanicolau), de forma a participarem dos rastreios de câncer da mama e do colo do útero. Esses tipos de câncer tem maior probabilidade de serem curados se forem detectados e tratados, precocemente.

Dada a magnitude do problema, as orientações e estratégias de intervenção do Ministério da saúde foram delineadas no sentido de aumentar em 15,0% a detecção, por rastreio, do câncer da mama, e aumentar em 35,0% o rastreio em mulheres com idade compreendida entre os 45 e 70 anos, em todas as regiões do país. Para isso será necessário promover a educação em saúde no sentido da realização do auto-exame da mama. Deve-se ainda criar condições hospitalares, públicas ou privadas para resposta rápida aos casos detectados com imediatas intervenções diagnosticas e terapêuticas.¹⁴⁷

No que diz respeito ao câncer do colo do útero, uma das medidas a ser implementadas é a promoção da educação sexual e a luta anti-tabágica junto da população adolescente, por ser o tabagismo considerado como um dos fatores de risco para o câncer. Além dessa, deverá promover a informação dos profissionais de

saúde e educação, bem como das mulheres, para maior adesão ao rastreio, assegurando que o mesmo seja feito desde o início da atividade sexual até aos sessenta anos. Essas medidas, tem como objetivo, aumentar em 30,0% o diagnóstico de lesões displásicas e formas invasoras iniciais, aumentando em 10,0% a sobrevivência por mais cinco anos, das pessoas atingidas. A redução da mortalidade, por câncer do colo do útero, em 7,0% em relação aos valores tendencialmente esperados, é outra meta a ser alcançada em 2002.^{21, 147, 148,}

A OMS, em seu Relatório sobre a Saúde no Mundo, chama a atenção para o fato de que o aumento significativo da esperança de vida, associado a uma grande transformação na forma de vida das pessoas, será responsável por aumentos em casos de câncer e por outras doenças crônicas, no decorrer do milênio.¹⁴⁸ A identificação de alguns sinais deve funcionar como alerta do câncer tais como: ferida que não cicatriza; rouquidão ou tosse persistente; dificuldade em engolir ou má digestão permanente; alteração dos hábitos intestinais ou urinários; hemorragia ou corrimento anormal pelos orifícios naturais; modificação da cor e/ou do tamanho de uma verruga ou sinal, ou sua ulceração; corrimento no mamilo ou pequeno nódulo na mama ou noutra parte do corpo.

Em Portugal, a Liga Portuguesa contra o Cancro - Organização não governamental (ONG) tem desempenhado um papel importante, em particular nos níveis da prevenção primária e secundária, voluntariado hospitalar e dinamização de grupos de ajuda mútua. Embora algumas formas de câncer não possam ser evitadas, podem, no entanto, serem diagnosticadas precocemente, o que aumenta a probabilidade de um melhor prognóstico.¹⁴⁸

Estas considerações tornam mais dramáticos os dados da Tabela 23, no que se refere a mulheres que jamais fizeram prevenção de câncer da mama e de útero.

5.26 Comportamento perante à saúde/doença

Os dados da tabela 24 revelam que a maior parte dos entrevistados, seja 66,5%, equivalendo a 91 pessoas, só procura o médico quando está doente.

Tabela 24. Distribuição da população segundo a periodicidade com que vai ao médico.

Periodicidade	Nº	%
Quando está doente	91	65,5
Semestralmente	31	22,3
Anualmente	17	12,2
Total	139	100,0

Esse comportamento, pouco preventivo, reforça o conceito de grande parte da população de que saúde é ausência de doença. Portanto, como não sentem incômodos fisiológicos não procuram os serviços de saúde para práticas preventivas e de promoção da saúde. Existe, ainda, uma relativa indisponibilidade, da população, para freqüentar consultas. A prioridade é o trabalho que lhes garante a sobrevivência. “Não se pode perder tempo com médicos”.

Um outro aspecto a ressaltar é o fato de que o “estar doente” refere-se a situações vividas e percebidas pelos entrevistados. É preciso frisar que muitas disfunções orgânicas não são relatadas, pois não correspondem a sintomas identificados. No caso de o serem, a sua verbalização pode ser motivo de censura ou auto censura, impedindo-os de manifesta-los.

Os 22,3%, ou seja, 31 pessoas que vão ao médico a cada seis meses, muitas vezes o fazem dentro de uma rotina de tratamento para doenças crônicas e degenerativas, como pode-se supor a partir dos dados da tabela anterior. Os 12,2%, 17 pessoas que procuram os serviços de saúde anualmente revelam, uma preocupação com a saúde individual, o que os leva a fazer “check-up” periódicos como forma de prevenção de doenças. Constata-se assim que a ótica preventiva é, ainda, baixa entre a população do estudo.

A localização das unidade de saúde também pode afetar, facilitando ou dificultando o acesso a esses serviços e definindo, em grande parte, os padrões de utilização e de comportamento em relação à saúde. Trata-se dos fatores possibilitadores que podem atuar de maneira positiva ou negativa sobre o comportamento da população. Entre os fatores possibilitadores estão aqueles relacionados com a disponibilidade de recursos, acessibilidade aos serviços e

habilidades da equipe de saúde para desenvolver uma ação educativa, visando a mudança de comportamento.^{15, 62, 105, 167} Esses aspectos estão associados aos fatores que predispõem, como refere GREEN⁶², seja, às forças sociais e psicológicas que levam o indivíduo ou grupo a adotar, ou não, um determinado comportamento. São, enfim, os conhecimentos, crenças, atitudes, valores e percepções.

A distribuição espacial dos recursos públicos de saúde deveria estar diretamente ligada à consideração de justiça e equidade social no sentido de facilitar o acesso aos grupos, com mais necessidade de cuidados de saúde. O acesso, entendido em termos de distância física, deve ser medido em função da mobilidade física dos utilizadores, do custo e tempo gasto desde o local de residência até o local onde os serviços são prestados. O transporte, sob a forma de ambulância e táxis, também assumem significativa importância na utilização/não utilização dos serviços de saúde. Sabe-se, no entanto, que existem outros fatores de natureza social, cultural educacional e econômica que também se relacionam com esse problema. A pobreza também afeta a utilização dos serviços levando as pessoas a sub-utilizarem os serviços preventivos a que tem direito. Os trabalhos feitos sobre a percepção de necessidades, entre as populações urbanas pobres, mostraram que o desemprego e a carência de habitação são problemas tão dominantes que as necessidades de saúde tendem a receber uma prioridade relativamente baixa. É importante considerar que não existe uma relação uniforme entre distância utilização dos serviços de saúde e dos hospitais, em particular, ou seja, não é por que a distância é menor que a utilização é maior. É certo que a demanda tende a diminuir com o aumento da distância. Porém, a capacidade individual de cada um em encontrar a melhor maneira de contatar os serviços e os profissionais de saúde, bem como a menor resistência para a deslocação, também influencia de forma positiva a utilização.^{15, 47, 112, 167, 177}

5.27 Vacinação

Nos anos seguintes à entrada em vigor do Programa Nacional de Vacinação-PNV, (1965), verificou-se em Portugal uma drástica redução da morbi-mortalidade por doença infecciosas evitáveis por vacinação. A consequência dessa medida foi

melhoria do estado de saúde da população uma vez que as vacinas, permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doenças do que qualquer tratamento médico.²¹³

Atualmente, o PNV aprovado pelo Despacho Ministerial Nº 87007/99 publicado no Diário da República Nº 102 de 03/05/99, II. Série, entrou em vigor em janeiro de 2000. Inclui as vacinas contra tuberculose, difteria, tosse convulsa, tétano, poliomielite, sarampo, rubéola, parotidite, hepatite B e doenças causadas por *Haemophilus influenzae*, tipo B.¹⁰¹

Portugal tem, atualmente, uma das melhores taxas de vacinação entre os países europeus. Falta, contudo, intensificar a vacinação nos grupos de maior risco: exclusão social, minorias étnicas, etc., onde as taxas são visivelmente mais baixas. Nesse sentido, a acessibilidade ao programa sem qualquer tipo de barreira, deve se constituir uma das suas principais características.^{101, 147, 148}

As condições precárias em que vivem algumas famílias de imigrantes, aliada a uma visão pouco preventiva por parte das mesmas, contribui para que as crianças sejam freqüentemente afetadas por algumas doenças de vacinação obrigatória, esporádicas em outras com melhores condições de vida. A falta de acompanhamento médico, muitas vezes por inércia das mães, falta de informações, dificuldades de deslocação aos serviços de saúde, ou que dão prioridade ao trabalho em detrimento da saúde dos filhos, ajuda a agravar essa situação. Torna-se necessário muito trabalho de divulgação e de atividades ligadas à educação para a saúde, para que essa parcela da população compreenda as vantagens de uma simples consulta de rotina ou mesmo de ter as vacinas dos filhos em dia.

Ao serem questionados sobre a situação vacinal dos filhos, 53 entrevistados (100,0%), com crianças na idade de serem vacinadas, responderam que os filhos estavam com as vacinas atualizadas. Esse fato deve-se, em grande parte, a vigilância que é feita pelos serviços de saúde. A exigência da caderneta de vacinação atualizada, para a realização de matrícula na escola, assim como o acesso a Centros de Saúde, creche, ou mesmo a um Atelier de Tempos Livres- ATL leva a população a manter a vacinação dos filhos atualizada.

5.28 Hábitos prejudiciais

O hábito de fumar generalizou-se na Europa após a primeira Grande Guerra com o início dos cigarros enrolados em papel. A relação entre saúde e tabagismo, só começou a ser estabelecida, nas últimas décadas, após estudos epidemiológicos realizados, sobretudo na Grã-Bretanha e Estados Unidos. No Reino Unido, cerca de 15,0% a 20,0% do total de mortes são causadas pelo fumo. Não há dúvidas que o cigarro origina o maior número de mortes evitáveis na Europa. Se o seu uso fosse reduzido, centenas de milhares de pessoas teriam vidas mais longas e de melhor qualidade. O hábito de fumar constitui um dos principais determinantes das tendências globais da saúde humana, dada as suas implicações individuais para a saúde, bem como as consequências sociais e econômicas.^{15, 21, 112, 147, 148} Um dos exemplos é o do caso escocês em que uma parte das taxas mais elevadas da mortalidade é atribuída às doenças do coração e ao câncer do pulmão, causado em parte, pelo fumo dos cigarros.¹⁵

Em Portugal, nos últimos 30 anos, têm-se verificado, um aumento constante das taxas de mortalidade, onde se constata a contribuição do hábito de fumar na etiologia das doenças. O Ministério da Saúde, até 2002, pretende, entre outras metas, aumentar em 10,0% a proporção de jovens não fumantes, na faixa etária de 10 aos 24 anos, e de mulheres durante a gravidez. As estratégias e orientações de intervenções visam a aumentar a consciência individual e coletiva dos efeitos do fumo passivo. Aos não fumantes devem ser assegurados os seus direitos de viverem em ambientes livres do fumo, através do efetivo cumprimento da legislação anti-tabágica e do incentivo à criação de espaços alternativos para fumantes. A opinião pública deverá ser sensibilizada para a importância da prevenção anti-tabágica, incluindo a proibição da venda de cigarros a menores de 18 anos e regulando a venda dos mesmos através de máquinas automáticas.^{212, 213}

Questionados sobre os hábitos que se enquadram nas opções comportamentais dos estilos de vida, constatou-se que apenas (20), 14,0% dos entrevistados afirmou fumar, conforme pode ser observado na tabela abaixo. Nos dias atuais, em que o cigarro representa uma das maiores ameaças à saúde da população, pode-se

considerar este valor como relativamente baixo, muito embora precise ainda de ser diminuído.

**Tabela 25. Distribuição da população segundo hábitos
de fumar e consumir bebidas alcoólicas.**

Hábitos	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tabagismo	20	14,0	119	86,0	139	100,0
Alcoolismo	88	63,0	51	37,0	139	100,0

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, a situação apresenta-se diferente. A maioria, 63,0%, (88 pessoas) tem o hábito de consumir bebidas com teor alcoólico, embora alguns tenham afirmado que o fazem apenas em fins de semana, em festas e ocasiões especiais. Entre essas bebidas foi citado como, de consumo mais regular, o vinho, a cerveja e o whisky. Os que disseram que bebem às refeições, referem a quantidade de um copo de vinho ao almoço e ao jantar, quantidade considerada, pelos entrevistados, como sendo inofensiva.

Em Portugal, desde 1990, vem sendo registradas taxas elevadas de morbimortalidade, incapacidade prolongada e permanente por essa causa. A maioria dos acidentes rodoviários com vítimas ocorre em Lisboa e no Vale do Tejo, seguindo-se a região Norte e o Centro do país. No entanto, é no Algarve e Alentejo onde o número de mortes por acidentes é maior.^{147, 148}

Sob o ponto de vista social, pode-se citar, como conseqüências, perturbações do comportamento que levam ao isolamento, assim como indiferença pela família e amigos. O indivíduo deixa de respeitar os compromissos e as normas sociais. Sob o ponto de vista econômico, pode se traduzir em menor produtividade e aposentadoria precoce.^{112, 147, 148}

E difícil enumerar todas as causas do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, já que existem fatores de ordem individual, social, cultural e psicológico que atuam sobre o problema.

5.29 Métodos contraceptivos

A OMS tem dedicado particular atenção ao planejamento familiar ao considerá-lo como um fator importante da saúde da família e da mulher, em especial. Assim, incube ao Estado, portanto, promover a divulgação dos métodos de planejamento familiar e organizar estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma paternidade responsável.

Quanto à opinião dos entrevistados sobre o uso de contraceptivos, verificou-se, neste estudo, que a maioria, 96,0%, reconhece a importância de utilizar os referidos métodos. Ao questionar o porquê dessa afirmação, os entrevistados citaram: “evitar uma gravidez indesejada”; “evitar as doenças transmitidas sexualmente”; “evitar a AIDS”; “poder controlar a natalidade, planejando melhor a família”, “ só ter os filhos que se pode criar”, entre outros.

Embora a maioria dos métodos contraceptivos sejam de uso feminino, os dois parceiros, são responsáveis pela prevenção de uma gravidez indesejada e pelas decisões que devem ser tomadas, caso ocorra uma gravidez. Convém lembrar que apesar da variedade de métodos contraceptivos existentes, poucos evitam as doenças sexualmente transmissíveis.⁸⁹

Estudo realizado sobre a sexualidade dos portugueses concluiu que o preservativo é considerado eficaz na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis embora haja uma reduzida utilização sistemática do mesmo em situações de risco. Esse comportamento, pouco preventivo, incide com mais frequência na população jovem, nos utilizadores de drogas e em pessoas com relações extra conjugais.⁸⁹

A taxa de natalidade das mulheres imigrantes tem sido, até o momento, superior a taxa das mulheres não imigrantes. No entanto, a mentalidade das mulheres africanas começa a mudar no sentido de desejarem controlar o número de filhos. Começa a existir uma alteração nos conceitos e valores, cada vez mais em conformidade com os da sociedade portuguesa. Mulheres imigrantes, têm recorrido aos gabinetes de planejamento familiar e às sessões de esclarecimentos que os centros de saúde realizam junto às comunidades. Nessas ocasiões, surgem questões sobre sexualidade,

planejamento familiar, doenças sexualmente transmitidas. Apesar disso, existe ainda uma percentagem bastante elevada dessas doenças entre as populações imigrantes.⁴⁶

As estatísticas indicam que a grande maioria das gestantes adolescentes são de origem africana. São jovens imigrantes ou filhas de pais imigrantes. Esse problema é de origem cultural. Em muitas sociedades africanas, a gravidez na adolescência é um fato normal. Existem algumas comunidades, em África, onde a mulher que atinge os vinte anos sem ter um filho é discriminada. Além disso, as condições existentes nos bairros degradados contribuem para favorecer a gravidez nas adolescentes. Essas, muitas vezes, encaram esse fato como um meio de atingir liberdade, autonomia, posição social e mais respeito.⁴⁶

No entanto, existem mais problemas e complicações numa gravidez durante a adolescência do que na fase adulta. A interação, entre os fatores raça, idade, escolaridade, estado civil, nível sócio-econômico, é complexa na medida em que os mesmos atuam de forma simultânea, resultando em situações difíceis de prever tais como: mortalidade materna e perinatal, anemia, infecções, evolução da pressão arterial, dificuldades quanto à duração e a forma do parto além dos riscos para o feto.

A gravidez em adolescentes não representa apenas um problema das minorias étnicas. Portugal, a exemplo dos demais países pertencentes à União Europeia, também enfrenta essa questão já que, entre adolescentes, as taxas de gravidez continuam a aumentar, apesar da natalidade ter diminuído entre as mulheres adultas.^{147, 148}

Neste estudo apenas 4% dos entrevistados afirmaram ser contra o uso de métodos contraceptivos, por motivos de ordem religiosa e/ou culturais.

5.30 AIDS

A questão sobre a AIDS, atualmente, faz parte de qualquer discussão sobre saúde. Descoberta em meados da década de setenta, mas só identificada no início dos anos oitenta, a doença não tem diminuído. Nos dias atuais, continua a ser o problema número um, em quase todos os países do mundo, o que a caracteriza como uma pandemia.

É uma doença transmissível que resulta de uma falha do sistema imunitário do organismo. Em situações normais, esse sistema permite a defesa do organismo contra a ação das bactérias, vírus, parasitas e fungos presentes no meio ambiente. Portanto, a principal característica do vírus da AIDS é a progressiva destruição da capacidade de resistência do organismo às infecções.^{39, 85, 147, 148}

A associação da AIDS com doenças sexualmente transmissíveis, drogas, tuberculose, prostituição e sua relação com a imigração vem sendo amplamente estudada.^{35, 59, 87, 89, 107, 110, 126, 153, 127, 178}

Solicitou-se, aos entrevistados que dissessem se já tinham ouvido falar algo sobre o assunto. Constatou-se que 135 pessoas, 99,3% da população estudada, já ouviram falar nesse problema, dizendo que a que a AIDS é “uma doença perigosa,” “não tem cura, sendo grave e fatal”, “destrói os anticorpos, tornando o organismo vulnerável” e “é a doença do século”. As informações que tinham sobre essa doença foram obtidas nos meios de comunicação de massa, serviços de saúde, palestras, e leituras. Muito embora pareça ainda não ser suficiente, atualmente, em Portugal existe bastante divulgação sobre a AIDS,

Um pequeno número entre a população estudada, 4 pessoas, (0,7%) afirmaram nunca ter ouvido falar da doença. Mais curioso ainda se torna esse dado, quando as informações estatísticas mostram que, é no continente africano que a pandemia vem assumindo maiores proporções.

Dados do Ministério da Saúde de 31 de dezembro de 2000 indicam que, até essa data, o total de casos era de 7.755, sendo a faixa etária dos 25 aos 39 anos e o sexo masculino onde se registra o maior número de casos. A distribuição dos óbitos, por categorias de transmissão, mostra os toxicodependentes, homo ou bissexuais e heterossexuais como aqueles que assumem, nessa ordem, maior importância em termos quantitativos.¹⁵³

Dados sobre a incidência de AIDS, em Portugal, na população imigrante revelou serem os africanos, o grupo que vem apresentando as mais elevadas taxas para o conjunto da população. Até 31 de dezembro de 2000, os africanos registraram 44 casos com 28 mortes, ou seja, 65,0% do total de casos, entre os estrangeiros.¹⁵³

A necessidade de avaliação dos conhecimentos, atitudes, crenças e práticas (modelo CAP) justifica-se, pois em geral, os indivíduos só procuram modificar seus comportamentos, quando possuem níveis mínimos de conhecimentos. Isto é, quando vêem a si próprios como potencialmente vulneráveis e a doença como ameaçadora ou grave. É necessário ainda que os indivíduos estejam convencidos da eficácia das medidas ou comportamentos preventivos, e que sintam poucas dificuldades para realizar a ação recomendada.^{23, 62, 89}

A esse respeito, até o ano 2002, pretende-se criar um sistema de informação que permita conhecer a evolução do fenómeno da soropositividade na população. Além disso, pretende-se incrementar as trocas de seringas e o rastreio pré-concepcional e pré-natal de portadoras de HIV, bem como garantir o tratamento pré-natal adequado dessas gestantes.. Todas as crianças e jovens escolares deverão estar abrangidos por programas de educação sexual e de prevenção da infecção pelo HIV, através de um sistema educativo e por ações de educação dos pares, além de outras medidas.¹⁴⁷

O objetivo do Ministério da Saúde, até 2007, no que diz respeito a AIDS, é de que a taxa de incidência seja 30% inferior ao valor esperado para esse ano. Novas terapêuticas para a infecção pelo HIV, deverão ser propostas, o que vai permitir prolongar o tempo de sobrevivência dos doentes e aumentar a qualidade de vida dos mesmos. É, no entanto, no comportamento humano e social, que estará, por muitos anos, a chave da resolução dessa pandemia, mesmo quando vacinas e alternativas terapêuticas sejam desenvolvidas com sucesso.¹⁴⁷

No âmbito da “Rede Europeia AIDS and Mobility” criou-se em 1997 a rede Nacional Sida e Mobilidade em Portugal. À semelhança da rede europeia pretende abranger como grupos móveis, os seguintes: imigrantes, minorias étnicas, requerentes de asilo, refugiados, caminhoneiros de longo curso, populações flutuantes dos portos, trabalhadores do sexo, sobretudo em áreas fronteiriças. Integram essa rede representantes de organismos governamentais, entre os quais, o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas-ACIME, Organizações não governamentais-ONG e ainda projetos que, pelas suas características, se coadunam com os grupos populacionais referidos. A prevenção é a grande prioridade dessa Rede. A campanha de promoção da saúde e prevenção da AIDS conta com a

participação de pessoas de várias idades e origens na figuração de spot televisivos e depoimentos alertando para as formas de transmissão, propagação e prevenção da doença.^{16, 126, 127}

5.31 Conceito de saúde da população

Não é fácil definir saúde. Ausência de sintomas da doença, completo bem-estar físico, mental e social ou mera noção estatística, são alguns dos significados que lhe são conferidos. O discurso sobre a saúde pode revelar-se inconclusivo. Por essa razão, entre outras, a definição da saúde constitui um dos mais discutidos assuntos em Congressos de abrangência mundial.

A definição do que seja a saúde tem evoluído ao longo da história do conhecimento científico. Existe um amplo consenso em relação aos conceitos teóricos que devem, ou não, estar incluídos no termo estado de saúde- função física, bem-estar mental e emocional, função social e de atividade, percepções da saúde em geral, da dor, da energia, e da vitalidade. A esta lista acrescentam-se também fatores fisiológicos e biológicos. Quanto a isso, a maioria dos autores concorda que “qualidade de vida” é um conceito mais abrangente do que “estado de saúde”. Envolve vários fatores, exteriores à prática de cuidados de saúde, e relevantes para o indivíduo, dentro de uma noção mais ampla da existência humana. Inclui aspectos do ambiente e das condições de vida de cada um (habitação, emprego, vizinhança etc.), assim como crenças em termos filosóficos, religiosos ou espirituais, ou até mesmas atitudes em relação à vida e à morte.^{47, 49, 112, 177, 192}

O fato de a saúde ser determinada pela atuação simultânea de diversos fatores, que incluem aspectos biológicos, meio ambiente, estilos de vida e organização dos serviços de saúde, faz parte das idéias defendidas por vários autores, como acima referido. Resultante de várias interações entre indivíduo e meio, torna-se difícil determinar a contribuição dos diversos fatores de forma isolada.

Existe evidência na literatura para demonstrar que aumentos em níveis de saúde podem resultar tanto das melhorias no meio ambiente como de meios cada vez mais sofisticados para se cuidar da saúde da população. A concepção do processo saúde-

doença, como sendo socialmente determinado, chama a atenção sobre as condições de trabalho e de vida dos indivíduos. Segundo essa visão, certas condições imprimiriam desgaste ao indivíduo, expondo-os mais ou menos a riscos. Parte-se também do pressuposto de que a capacidade de resposta de cada um será diferente, bem como os acessos a suportes e benefícios sociais.^{102, 106, 112, 157, 177}

Grande corpo de evidências têm mostrado que os indivíduos de classes sociais menos privilegiadas apresentam taxas de morbidade e mortalidade mais altas. Se, por um lado, houve um considerável declínio nessas taxas, ao longo do processo de desenvolvimento das sociedades, por outro, não houve uma diminuição evidente das diferenças nos padrões de morbi-mortalidade entre classes sociais. A esse respeito, vários estudos mostram que, tanto a mortalidade infantil como a mortalidade geral, acusam uma relação inversa com a classe social. Muitas doenças, também, apresentam frequência diferente entre pessoas de diferentes classes sociais.^{12, 13, 33, 35,}

69, 78, 84, 89, 1106

A classe social é uma característica dos indivíduos que se reflete nas influências do ambiente, uma vez que experiências e o estilos de vida estão intimamente ligados à classe social. Essa, envolve variáveis complexas e inter-relacionadas, tais como nível de escolaridade, salário, prestígio e ocupação, entre outras.

Os aspectos, que dizem respeito aos diferentes processos de inserção social dos indivíduos, são relevantes em relação ao processo saúde-doença. Devem ser considerados todos os aspectos relacionados às interações sociais entre os indivíduos, que ocorrem a partir do seu contexto social mais próximo bem como aqueles ligados mais diretamente à estrutura e às organizações sociais. Os primeiros dizem respeito à vida cotidiana; os outros caracterizam o plano macrossocial. Esses elementos constitutivos da sociedade, sejam em nível micro ou macrossocial, podem transformar-se em fatores de desgaste ou de proteção em relação ao processo saúde-doença. Com outras palavras, aspectos sociais e culturais, em qualquer nível, influenciarão os padrões de vulnerabilidade dos indivíduos.^{112, 147, 148, 168, 177}

A forma como a saúde é entendida depende dos conceitos de saúde e doença, que cada cultura têm. As influências culturais são muito importantes. A reação, perante a dor, por exemplo, varia, de acordo com a cultura. A importância que cada pessoa

atribuí aos sintomas difere em função de crenças, preconceitos e conhecimentos existentes em cada cultura. A saúde/doença é culturalmente construída no sentido de que a forma como se percebe esse binômio é baseada nos sistemas de valores e na posição social que se ocupa.

A variedade de idéias e conotações sobre o que significa ter ou não, saúde torna difícil entender o que as pessoas querem dizer quando se referem ao “estar doente”. Pode-se inferir que as pessoas consideram doença toda e qualquer manifestação que altera o funcionamento habitual do corpo, causando tal desconforto a ponto de impedir o desenvolvimento de suas atividades diárias. Nessa perspectiva, alterações aparentemente insignificantes, que poderão vir a provocar um mau funcionamento orgânico, com dor, incapacidades temporárias ou permanentes, não têm importância. Cabe, portanto, perguntar: quem e como se determina que o indivíduo está doente? São as pessoas, individualmente, que decidem quando estão doentes e, se assim for, quando devem procurar o médico? O critério de doença se baseia em conceitos puramente individuais?

A tabela 26, mostra a seguir, o que significa saúde para a população do estudo.

Tabela 26. Distribuição da população segundo o significado do que é saúde.

O que é saúde	Nº	%
Não estar doente	57	41,0
Bem estar físico psico social	50	36,0
Boas condições financeiras	13	9,0
Adaptação ao meio ambiente	8	6,0
Fazer prevenção	8	6,0
Estar bem alimentado	3	2,0
Total	139	100,0

Como se observa, 41,0% (57) dos entrevistados definem saúde como mera ausência de doença. A partir de uma perspectiva reducionista, a saúde não é entendida em termos da visão holística proposta pela OMS, constituindo “o completo bem estar físico, psíquico e social” das pessoas. Essa abordagem da saúde

tem uma explicação histórica na medida em que, até a metade do século XX, predominava uma visão médica, que tinha como preocupação básica, a morbidade, sinais e sintomas da doença e da sua cura. A saúde restringia-se apenas a um único indicador: ausência de doença, apresentando uma correlação negativa com a gravidade da mesma. A lógica que sustentava essa abordagem, baseava-se no fato de que, se o problema biológico fosse tratado, o doente melhorava em termos físicos, mentais e no desempenho de suas atividades sociais.^{15 19, 29, 33, 47, 112, 177}

A visão da saúde numa perspectiva global, é partilhada por 36,0% (50) dos entrevistados, que entendem só haver saúde “ quando estamos bem em todos os aspectos”. A definição da OMS corresponde ao que estas pessoas pensam acerca do assunto. Para estas, a saúde é um bem inquestionável, base do desenvolvimento pessoal, social e produtivo. A dimensão biopsicossocial passa a ser considerada como totalidade dinâmica e integrada do indivíduo no meio ambiente.

A clarificação do conceito de saúde foi divulgada pelo American College of Physicians, quando se afirmou que a tarefa fundamental dos médicos não é tratar apenas dos problemas biológicos. É preciso considerar, também, olhar para o bem-estar funcional dos indivíduos. Essa forma de encarar a saúde constitui importante aspecto da perspectiva sociológica da saúde, como ajuste físico, mental às tarefas cotidianas, e não apenas como um estado desejável. O estado funcional da saúde define-se, portanto, como uma medida de bem-estar físico, emocional e social.^{15, 29}

A relação dos fatores econômicos na definição de saúde está visível para 9,0% (13) dos entrevistados ao relacionar saúde com boas condições financeiras. Essas, , por si só, não garantem o estado de saúde, porém influenciam, de forma direta, o acesso a melhores condições materiais de vida.

Nos Estados Unidos, por exemplo, a má qualidade de saúde dos grupos minoritários deve-se, provavelmente, ao fato de viverem em situações de pobreza. Problemas associados a más condições de habitação, nutrição, ambiente e falta de acesso aos serviços de saúde e de conhecimentos sobre condições de saúde, contribuem para agravar a situação. Os profissionais de saúde reconhecem que o próprio sistema de saúde, de modo geral, não fornece informações à população.

Um estudo apresentado por STONE e colaboradores ¹⁷⁷ mostrou que o rastreio do colesterol e o conhecimento sobre doenças cardiovasculares era menos frequente entre adultos com níveis de instrução baixos. Resultados semelhantes foram obtidos em relação ao rastreio por mamografia. No entanto, são esses segmentos da população que apresentam maiores riscos de câncer da mama e problemas cardiovasculares.

Adaptação ao meio ambiente e fazer prevenção é a definição de saúde para 6,0% (8) dos entrevistados, conforme mostra a Tabela 26. Esses entendem a saúde como adaptação constante do indivíduo ao meio, em que está inserido, enquanto outros a relacionam com comportamentos preventivos. Com a maioria das doenças agudas e ameaçadoras de vida sob o controle das ciências médicas, assiste-se, hoje, a alterações nas abordagens relacionadas com a saúde, especialmente quando orientadas para a prevenção e tratamento das doenças crônicas, bem como para a manutenção da vida.

A relação da saúde com alimentação também é entendida por 2,0% (2) pessoas da população estudada. A escassez de alimentos, aliada a pouca variedade, é fator propício às doenças carênciais, constituindo um dos graves problemas de saúde pública nos países subdesenvolvidos. Aliar a quantidade à qualidade da alimentação é a única forma de garantir nutrientes essenciais, um dos pré-requisitos para manter a saúde e evitar a doença.

Num país de acolhimento, todo e qualquer imigrante vai sempre se juntar à população de risco mais suscetível às doenças. A imigração em Portugal é feita, já se disse, principalmente, por razões econômicas. Significa que as pessoas precisam trabalhar. Os patrões deixam de pagar quando as pessoas faltam e, ainda pior, as despedem, por terem faltado ao serviço para ir ao médico, já que são facilmente substituídas. Portanto, só se procura um médico quando a situação é urgente. A maioria utiliza o Serviço de Atendimento Permanente- SAP, ou o pronto socorro.

Estudo realizado pelo Centro de Saúde da Amadora, nos bairros degradados, constatou que 80,0% dos residentes estavam inscritos nos Centros de Saúde. As pessoas conheciam os seus direitos, porém não os utilizavam. Os motivos citados foram: “por não ter tempo”, “por não haver flexibilidade de horários no atendimento

normal”, “por não se poder interromper o trabalho para ir ao médico”, entre outros.¹⁶

Apesar de a informação sobre saúde ser necessária para tomadas de decisão, é preciso considerar outros fatores e motivações que interferem no plano das decisões individuais. Hábitos e comportamentos são também influenciados, por conhecimentos, atitudes e práticas em diferentes contextos da vida, contribuindo para a manutenção e difusão das doenças.^{23, 25, 26, 62, 63, 112}

5.32 Problemas percebidos pela população

Solicitou-se a cada entrevistado que citasse três problemas que, atualmente, mais o preocupa. A partir das respostas elaborou-se a Tabela 27, onde se enumerou por ordem de prioridade e frequência, os problemas citados. Constatou-se que (34,0%) 130 pessoas referiram-se a problemas financeiros.

Tabela 27. Distribuição dos problemas percebidos pela população como preocupantes.

Problemas	Nº	% (*)
Financeiros/desemprego	138	99,0
Saúde	89	64,0
Relacionados ao país de origem	57	41,0
Familiares	55	39,5
Drogas ilícitas	27	19,0
Habitação	25	18,0
Violência	17	12,0
Fome	7	5,0
Total	417	100,0

(*) Percentuais calculados sobre o total de 139 entrevistados

A partir da Tabela 27 confirma-se o que já se referiu anteriormente: o processo migratório desse grupo insere-se num contexto influenciado por questões econômicas, maior preocupação da maioria dos entrevistados.

Os problemas agrupados na categoria de “financeiros” onde se inclui o desemprego preocupa 138 pessoas (99,0%). Relativamente a esse aspecto, constata-se, três situações entre esses imigrantes: a) número reduzido de indivíduos com formação superior b) homens que trabalham na construção civil, obras públicas e indústrias; c) mulheres que se ocupam dos trabalhos de limpeza urbana e doméstica, em hotéis, bares e refeitórios, ou que trabalham no comércio. Em todas as situações, constata-se ser nesses grupos que o desemprego ou subemprego atinge taxas maiores.^{2, 7, 8, 163} A pobreza foi incluída, nesse item, pelos entrevistados como um dos componentes do aspecto financeiro. Programas de combate à pobreza e à exclusão social têm contribuído para promover a integração das pessoas desfavorecidas.

Estudos realizados em diferentes períodos de tempo, nos Estados Unidos e posteriormente em países europeus, demonstraram que a instabilidade econômica, conduz a mortalidade prematura. Existe relação entre desemprego e saúde. Embora a diminuição de rendimentos, derivada do desemprego seja um importante aspecto de instabilidade econômica, não é só a diminuição do poder aquisitivo que origina os problemas de saúde. O que os provoca é também a perda de “status”, a estigmatização, o “stress”, ou seja, a instabilidade social.^{12, 177}

A União Europeia, atualmente, está empenhada numa estratégia global no sentido de enfrentar esse problema e ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas. Por isso, procurar soluções para esse problema, implica em considerar as transformações a serem operadas no sistema sócio-econômico para que as causas geradoras da pobreza, e não apenas as suas manifestações mais visíveis, possam ser alteradas. Uma política de coordenação da pobreza deverá ser articulada com políticas específicas de emprego, educação, valorização de recursos humanos, salários, produtividade e preços, dotação de capital, segurança social, urbanização e equipamentos coletivos e de participação social. Torna-se evidente que nenhum desses aspectos podem ser isolados de uma política geral de regulação e desenvolvimento da economia.^{28, 30, 31, 40, 53, 150, 152}

Problemas de saúde, individual e familiar foram citados por 64,0%, e os relacionados com o país, no que diz respeito a questões políticas e sócio-econômicas, 64,0%, representando 89 e 57 pessoas, respectivamente.

Quanto aos problemas familiares, estes foram lembrados por (39,5%) 55 entrevistados, sendo a educação referida, nesse item, como uma das preocupações. Embora não exista em Portugal nenhum mecanismo legislativo que impeça os imigrantes de ter acesso à formação profissional, até poucos anos atrás, era raro encontrar nesses locais, formandos de origem africana. A formação que a maioria dos imigrantes guineenses têm, no seu país de origem, é quase nula. Assim sendo, a baixa qualificação dificulta a inserção dessas pessoas nos melhores postos do mercado de trabalho.⁹⁴ A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde¹¹² reconhece que a educação é um direito humano básico. É um elemento chave para trazer mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias no sentido de fazer a saúde ser possível para todos.

O flagelo das drogas assola também as comunidades imigrantes. Nesse estudo, representa uma preocupação que atinge 19,0%, ou seja, 27 entrevistados.

A habitação representou 18,0% (25 pessoas). São as populações imigrantes aquelas que ocupam um maior número de habitações sociais em decorrência de suas maiores dificuldades econômicas.

Vale referir aqui o Programa Especial de Realojamento (PER) desenvolvido por algumas Câmaras, com o intuito de suprir a escassez de habitações. Este apresenta dois sub-programas: PER de renda técnica – a Câmara determina o tipo de habitação (T1, T2, T3), as denominações referem-se ao número de dormitórios e sala, seja, um, dois e três respectivamente, excluindo-se banheiro, cozinha, área de serviço, dispensa e hall, de acordo com o número de pessoas na família. A prestação dessas habitações é determinada em função da renda per capita familiar e PER família – essa modalidade destina-se à compra de habitações construídas pela Câmara cujo preço é afixado em nível muito abaixo do que aquele normalmente existente no mercado imobiliário.

Há ainda dois outros tipos de apoio à habitação: *auto-construção* – os habitantes de bairros degradados apresentam os meios para construir suas próprias habitações, cabendo a Câmara fornecer o terreno com a infra-estrutura e alguns materiais de construção; *auto-acabamento* - as casas estão construídas, mas necessitam de acabamento. A Câmara, após avaliação do estado das casas, pode

facultar meios para esse auto-acabamento. É de salientar, no entanto, que estes tipos de apoio não são muito considerados pelas autarquias, motivo pelo qual a sua execução é esporádica.^{46, 51, 155}

A violência, em suas variadas formas, contra mulheres, crianças, idosos, assim como urbana foi lembrada por 12,0% (17 entrevistados). Os trabalhos desenvolvidos pela Escola de Chicago procuram explicar porque o fenómeno da marginalidade é maior nas populações que vivem em áreas que recebem populações imigradas, com poucos laços sociais, entre si, e com poucos contatos com a sociedade em que se integram. A exclusão social, a falta de oportunidades de emprego, em contextos predominantemente urbanos, constitui uma razão para a marginalidade, independente da nacionalidade ou da cor da pele do indivíduo.¹⁹¹

Por último, a Tabela 27 refere a fome como uma das preocupações de 5,0%, 7 pessoas. A eliminação da fome e da má nutrição é um objetivo fundamental da Estratégia internacional da Terceira Década das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Os princípios de uma alimentação saudável a partir da qualidade, quantidade, adequação e harmonia deveriam ser assegurados.

Uma vez inquiridos sobre o que os entrevistados poderiam fazer para resolver esses problemas, todos foram unânimes ao afirmar que cabe às autoridades portuguesas e guineenses resolver os problemas que os atingem. Os entrevistados não souberam dizer o que poderia ser feito por eles próprios enquanto indivíduos ou grupo, para resolver os problemas que os afetam. Sendo os guineenses o quarto grupo de imigrantes em Portugal, do ponto de vista quantitativo, e possuindo algumas associações, acredita-se que os entrevistados desconhecem a força que poderiam representar na sociedade portuguesa.

Reforça-se assim a opinião de MACHADO⁹⁴ ao afirmar que falta o exercício da cidadania entre os guineenses uma vez que poucos participam das suas associações ou entidades de classe. Atribuem, assim, a terceiros, a responsabilidade total pelo próprio destino e a resolução de problemas que dependem também do seu posicionamento e papel na sociedade de acolhimento.

Em Portugal o regulamento dos Centros de Saúde prevê a existência de comissões consultivas nos quais representantes locais, dos setores de saúde, e outros, possam

analisar em conjunto os planos de saúde e determinar as contribuições que cada setor pode oferecer para a melhoria da saúde na sua comunidade.^{47, 148, 167}

No entanto, o seu funcionamento tem sido irregular e em alguns locais inexistente. A participação informal evidencia-se, sobretudo a nível local, apenas na resolução de problemas concretos de saúde pública. Uma das formas de participação informal da população prevista no Regulamento dos Centros de Saúde, é através do funcionamento de um corpo de voluntários. Essa também tem sido inviabilizada pela inexistência de profissionais de saúde que a promovam nos respectivos locais.¹⁴⁸

5.33 Dimensão espiritual

Uma outra dimensão, ressaltada por NAIDOO e WILLS¹¹⁵ diz respeito à dimensão espiritual dos indivíduos, como já se referiu no capítulo dois do presente estudo. As religiões fazem parte dos estilos de vida nas cidades modernas. São entendidas, por alguns estudiosos, como exercendo uma função de adaptação dos imigrantes de origem rural e das pequenas cidades, à vida nas grandes cidades. Nessas, a industrialização acelerada atraía o migrante, que não encontrava, a não ser no interior dos grupos religiosos, formas de solidariedade à qual estavam acostumados. As religiões significam importantes espaços públicos para populações que têm dificuldades de expressão, embora cada uma trabalhe a seu modo a construção desses espaços.^{94, 136}

Aos entrevistados perguntou-se se tinham alguma religião. A maioria, (88,0%) 97 pessoas, disseram que sim.

Tabela 28. Distribuição da população segundo religião.

Religião	Nº	%
Católica	85	88,0
Protestante	4	4,0
Muçulmano	4	4,0
Outras	4	4,0
Total	97	100,0

Os dados da Tabela 28, mostram que, entre as pessoas que responderam “sim”, 85 são católicos, totalizando 88,0%. A religião é uma variável difícil de ser estudada como fator na ocorrência das doenças. Há diversos aspectos pessoais que a caracterizam como o sexo, a idade, a raça e a ocupação. Muitas religiões tipificam um estilo de vida que incluem restrições aos hábitos de beber, fumar, relações extra-conjugais.

A religião e a língua são dois eixos fundamentais da sociedade guineense. De acordo com dados do Censo os animistas representam 60,0% da população, os muçulmanos 35,0% e os católicos apenas 5,0%. Como se explica, então, os 88% encontrados no presente estudo? É bem verdade que a partir da década de oitenta a influência da Igreja Católica aumentou na Guiné-Bissau, mas será isso suficiente para a alta percentagem encontrada? Ou será que as pessoas se apresentam como católica, considerando a grande influência que essa religião tem na sociedade portuguesa? Ou, ainda, para não assumirem publicamente que não têm uma religião já que isso significa um valor na sociedade de acolhimento? O processo migratório terá influenciado suas opções religiosas? ^{39, 94, 136}

Os protestantes e os muçulmanos apresentam o mesmo valor: 4,0%, correspondendo a 4 pessoas. Entre “outras” religiões, citou-se maometismo, Igreja Universal do reino de Deus e Evangélicos, tendo estes últimos também 4% na população estudada. Nesse caso, os dados também são contraditórios, na medida em que na Guiné-Bissau essas religiões são majoritárias, como já referido anteriormente. Como atividades religiosas praticadas pelos entrevistados, menciona-se a frequência à missa aos domingos, cultos, participação em grupos de jovens, acampamentos, coral, encontro entre Igrejas, grupos dominicais, o ato de rezar, além de outras.

A religiosidade, pode adquirir expressões culturais que se distinguem, e muitas vezes, sobrevivem à margem da religião oficial e institucional, sendo por elas ignoradas. Essas expressões transformam-se, para os membros dos grupos minoritários em meio de identificação e união entre os indivíduos. ¹³⁶

Atualmente, a maioria dos Estados democráticos reconhece a separação entre o Estado e a Igreja, embora ainda seja inegável a influência exercida pela religião dominante. O direito à liberdade religiosa é concebido constitucionalmente de acordo

com o princípio do respeito pela dignidade humana. A religião é encarada, na sua manifestação individual e coletiva, como uma expressão do livre desenvolvimento da personalidade podendo ser considerada, para os membros do grupos minoritários, um meio de identificação e união entre os indivíduos. Enfim, é um dos elementos de identidade nacional. O suporte jurídico que assegura a liberdade religiosa assenta em alguns princípios gerais de direitos reconhecidos internacionalmente: princípio geral da tolerância, liberdade de opinião, expressão e associação, respeito pelo princípio da não discriminação para os seus seguidores, liberdade de culto e reconhecimento administrativo da sua cultura específica.^{27,136}

5.34 Noção de qualidade vida

A OMS define qualidade de vida como as percepções individuais sobre a posição na vida, no contexto dos sistemas culturais e de valores em que vivem, e, em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente, que incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e o relacionamento com o ambiente. Essa definição mostra a qualidade de vida numa perspectiva que se apóia no contexto cultural, social e ambiental. A OMS define seis domínios mais amplos que descrevem os aspectos centrais da qualidade de vida: domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e as crenças pessoais/espiritualidade. Os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares e se sobrepõem.¹¹²

Qualidade de vida é, portanto, a expressão que define o grau de satisfação atingido pelos indivíduos ou população, no que diz respeito às suas necessidades mais fundamentais. É a somatória de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, no que concerne às suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais, inerentes e/ou adquiridas.⁴⁹

Para FORATINNI⁴⁹, qualidade de vida, em sua essência, se traduz pela satisfação em viver. De acordo com esse autor, o estado de satisfação ou insatisfação constitui na verdade, experiência de caráter pessoal, estando ligada ao propósito de obtenção

de melhores condições de vida. O grau de ajustamento às situações existentes, ou então, o desejo de mudança, poderão servir para avaliar a presença ou ausência de satisfação. É o grau de satisfação de necessidades nas áreas física, psicológica e social.

A qualidade de vida tem sido definida, ainda, como o somatório de fatores relacionados a interação entre sociedade e meio-ambiente. Diz respeito a necessidades biológicas e psíquicas, inerentes e/ou adquiridas. Essas necessidades podem ser concretas e abstratas.

Nesses termos, perguntou-se aos entrevistados o que poderia ser feito para melhorar a sua qualidade de vida. As respostas, a questão que deu origem à Tabela 29, foram múltiplas. Foram agrupadas em categorias específicas, como se observa na tabela abaixo.

Tabela 29. Distribuição das respostas da população segundo o que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida.

Respostas	Nº	% (*)
Oportunidade de emprego	96	69,0
Habitação condigna	82	59,0
Condições financeiras	58	42,0
Saúde e educação melhores	54	39,0
Lazer	18	13,0
Atendimento aos estrangeiros	18	13,0
Segurança	12	9,0
Acesso à nacionalidade portuguesa	10	7,0
Participação das comunidades imigrantes	10	7,0
Fim da guerra Guiné-Bissau	5	4,0
Acesso à bolsas de estudo	3	2,0

(*) Percentuais calculados sobre o total de 139 entrevistados

Não é de estranhar que a maior parte dos entrevistados tenha referido, entre situações capazes de favorecer seus níveis de qualidade de vida: emprego (69,0%), habitação (59,0%), melhores condições financeiras (42,0%), saúde e educação (39,0%).

Grupos étnicos e culturais minoritários, como esses, são particularmente vulneráveis à pobreza. Embora não existam dados oficiais, calcula-se que, em Portugal, cerca de 120 a 150 mil pessoas vivem em condições de extrema precariedade. São pessoas jovens com famílias de dimensão alargada. O desemprego, entre essa camada, não é superior à média da nacional. No entanto, por trabalharem predominantemente na construção civil e em obras públicas, tendem a ser particularmente vulneráveis, como já se referiu. Essa situação é facilitada pela condição clandestina de uma parte significativa dos que procuram trabalho. A fragilidade das qualificações e das inserções profissionais revelam-se no tipo de atividade que desenvolvem. A discriminação, de que são alvo, e a situação irregular em que vivem, os conduz a lugares desprotegidos, mal remunerados, de pior qualidade no mercado de trabalho.^{28, 146, 150, 152}

A maior participação das comunidades imigrantes, através das suas associações, foi referida 10 vezes (7,0%), como uma forma de melhorar a vida na sociedade de acolhimento. No entanto, paradoxalmente, este grupo, praticamente, não tem participação na vida associativa. Basta lembrar que ao serem questionados se participam de alguma associação, 86,0% afirmaram que nunca tiveram essa experiência. A contradição entre o que se diz e o que se faz parece notória. À primeira vista, pode-se supor que cada um espera que o outro, ao participar, consiga resolver problemas do grupo. No entanto o seu próprio empenho na vida da comunidade, está fora de questão.

A noção de qualidade de vida envolve duas grandes questões: a qualidade e a democratização dos acessos às condições de preservação dos indivíduos; da natureza e do meio-ambiente. Sob essa dupla consideração, entende-se que a qualidade de vida diz respeito à possibilidade de melhor redistribuição e usufruto da riqueza social e tecnológica aos cidadãos de uma comunidade, assim como à garantia de um ambiente de desenvolvimento ecológico e participativo, de respeito ao homem e à natureza, com o menor grau de degradação.^{49, 112, 147, 148}

5.35 Ambiente e Infra-estruturas

A preocupação com o fenômeno urbano começou a aumentar nos Estados Unidos no final do século XIX, em decorrência do processo de industrialização que levou ao crescimento acelerado das cidades. Essa tendência tornou-se presente em outros países e regiões do mundo, sendo hoje uma das principais preocupações dos governos e populações.¹⁵¹

Nas últimas décadas, tem sido cada vez mais reconhecido, a nível mundial, que a promoção e a proteção da saúde são determinadas, entre outros fatores, pela qualidade do ambiente. Visto no seu contexto mais amplo, a saúde e o bem-estar é o resultado da ação combinada da sociedade no ambiente físico e social. Além destes, os fatores antropológicos, sócio econômicos, culturais e políticos influenciam o estado de saúde das populações, exercendo a sua ação, direta ou indireta, através da qualidade do ambiente físico.^{112, 151, 177, 194}

Na década de setenta, em Toronto, no Canadá, surgiu o movimento denominado “cidades saudáveis”, como uma das propostas estratégicas de trabalho em saúde. Difundiu-se por várias cidades da Europa, as quais têm tentando criar, através de novas formas de ação, melhores condições de vida para a população. Esse movimento, baseia-se em uma nova visão de saúde que incorpora à idéia de “assistência,” e de “cura”, o aspecto da promoção da saúde.^{112, 147, 148}

As péssimas condições ambientais das cidades ocasionam elevado número de doenças, principalmente entre as pessoas mais pobres. Essas doenças, poderiam ser evitadas ou reduzidas mediante investimentos públicos em serviços urbanos. São exemplos, as doenças respiratórias agudas, parasitoses intestinais, tuberculose, diarreia, hepatites, entre outras. Os fatores do ambiente que representam riscos para a saúde são múltiplos o que torna difícil atribuir apenas a um deles a causa de uma doença. A sua repercussão, numa população exposta, apresenta variabilidade condicionada por características próprias dos indivíduos e, por outras, relacionadas com os fatores de risco tais como intensidade, duração, tipo, vias de exposição e grau de toxicidade.¹⁴⁴

O Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, publicado pelo Banco Mundial, mostra como a escassez de água potável, lixo não coletado e poluição do ar têm consequências diretas sobre a saúde e a produtividade das populações urbanas. A poluição do ar, constitui um problema para grande parte dessa população mundial, cujas implicações na saúde tem sido subestimadas.¹¹²

As inter-relações, a complexidade e o aspecto multicausal dos problemas de saúde nas áreas urbanas, requerem estratégias inovadoras tanto para a identificação quanto para a redução da exposição a fatores de risco típicos do meio urbano. Esses aspectos, são de grande importância, principalmente, entre os grupos populacionais pobres, os mais suscetíveis. Portanto, a combinação de riscos sócio-econômicos e ambientais elevados, experimentados por esses grupos, pressupõe uma abordagem mais ampla, com ênfase na equidade.¹⁴⁸

Em Portugal a preocupação com a defesa da saúde face aos fatores ambientes também vem sendo uma preocupação nos últimos anos. Tornou-se uma importante vertente de intervenção dos serviços de saúde pública, sendo integrada nos objetivos de outros setores da comunidade. A promoção da saúde, através da redução dos fatores de risco ambientais, obriga a uma cooperação permanente entre os Ministérios da Saúde e Ambiente em conjunto com outros organismos governamentais e não governamentais para uma abordagem intersectorial no que se refere à saúde ambiental. O Projeto “Cidades Saudáveis” integra as seguintes cidades: Amadora, Leiria, Lisboa, Cartaxo, Oeiras, Loures, Seixal e Viana do Castelo. O conceito de cidade saudável está relacionado com a adoção de um processo que visa melhorar a saúde dos seus habitantes. Nesse sentido, qualquer cidade pode ser considerada saudável desde que se empenhe de forma ativa e explícita no desenvolvimento desse processo.^{144, 172}

Um outro aspecto considerado importante, neste estudo, é o que diz respeito às condições de infra-estrutura do local onde a população reside. Fez-se, portanto, um levantamento das infra-estruturas existentes, bem como dos problemas relacionados com o meio-ambiente.

A população deste estudo encontra-se exposta a riscos ambientais já que o bairro está localizado próximo a área industrial do Barreiro. A área possui terrenos baldios que, na planta original, estão destinados à construção de equipamentos comunitários, parques, jardins. Na realidade, essas áreas, estão abandonadas e em precário estado de conservação, servindo, muitas vezes para despejo de lixo. A coleta, disposição final e tratamento adequado dos resíduos sólidos continuam sendo um dos mais importantes problemas ambientais do meio urbano. Sua magnitude se explica não só pelas enormes quantidades produzidas, como também pelo constante aumento e destino impróprio do lixo doméstico e industrial. Os resíduos quando não são tratados de forma adequada constituem um importante problema em saúde pública e ambiental. Foram tomadas, em Portugal, medidas para a gestão adequada dos resíduos: publicou-se a legislação específica e foi criado o Instituto dos Resíduos; promoveram-se estratégias para a sua redução, reutilização e reciclagem, incluindo a recuperação de energia; definiu-se o destino para tratamento e eliminação de resíduos industriais perigosos; elaborou-se o Plano estratégico para os resíduos sólidos urbanos; criaram-se sistemas inter e multi-municipais.^{147, 151}

Para entender o impacto dos riscos ambientais na saúde da população é necessário aplicar estratégias de controle cuidadosamente elaboradas, baseadas, segundo os casos, em medições dos níveis de contaminação, na estimativa das exposições pessoais, e na elaboração de estudos epidemiológicos entre outras.

Os riscos para a saúde resultantes da poluição da água, do ar, do solo e dos alimentos são difíceis de avaliar com precisão. Embora em todos os países da União Européia se tenham feito grandes esforços para controlar e combater os efeitos nocivos das condições ambientais sobre a saúde, essas medidas são muitas vezes incompletas e fragmentárias não tendo o caráter preventivo que permite evitar as situações perigosas. É importante frisar que a condição sócio-econômica é o que determina, na maioria das vezes, a qualidade e a quantidade da exposição ambiental, uma vez que grande parte da população vivencia esse problema através da pobreza.. Condição ambiental precária é fator contribuinte principal para a queda do estado geral de saúde e baixa qualidade de vida.^{147, 148, 151}

A implantação e utilização dos serviços urbanos contribuem para a configuração do espaço da cidade e estão diretamente vinculados a uma melhor qualidade de vida. A esse respeito, constatou-se no presente estudo, que alguns desses serviços existem no bairro do estudo, embora alguns funcionem de forma deficiente. Isso se deve, por um lado à escassez de infra-estruturas capazes de atender o número de habitantes existentes na área. Por outro lado, deve-se a falta de civismo da população que, muitas vezes, faz uso incorreto dos equipamentos comunitários ou os estragam de forma irresponsável. Isso ocorre com telefones públicos, escolas, coletores de lixo públicos, entre outros.

Há apenas uma linha de transportes coletivo que serve a população, fazendo a ligação entre o Vale da Amoreira, Baixa da Banheira, Barreiro e a estação dos barcos. A maior parte dos moradores desloca-se a Lisboa fazendo a travessia de barco.

As ruas são pavimentadas. Existe apenas algumas áreas sem pavimentação uma vez que estão destinadas à instalação de equipamentos comunitários.

Constatou-se ainda a inexistência de serviços de saúde públicos. O Centro de saúde mais próximo está localizado no vizinho bairro da Baixa da Banheira - e o Hospital Distrital, no Barreiro, referência para o Concelho. Ambos estão localizados a aproximadamente dois e cinco quilômetros respectivamente. Existe, entretanto no local, uma clínica que apesar de ser particular trabalha em convênio com o Estado, prestando consultas de clínica geral e realizando também análises clínicas. Existe também uma farmácia. Esta última é bastante procurada pela população e embora não tenha sido levantado formalmente este dado, sabe-se que há uma alta taxa de automedicação entre a população.

No local onde se realizou o estudo não existe agência bancária. A população utiliza, para saques e pagamentos de água, luz, telefones etc, duas caixas Multibanco (Banco 24 horas). Esse procedimento é bastante utilizado em Portugal contribuindo para o descongestionamento das agências bancárias no país já que muitos serviços podem ser feitos diretamente, evitando as tradicionais filas.

Em termos de equipamentos comunitários, a área conta ainda com o seguinte:

2 Escolas Primárias com uma população escolar em torno de 800 alunos; 1 Escola Secundária com aproximadamente 2.600 alunos; 1 Escola Básica 2+3 - denominação usada por escolas onde funcionam o 2.º e 3.º Ciclos com aproximadamente 500 alunos, funcionando atualmente com apenas 30% da sua capacidade; 1 Biblioteca Municipal; 1 Farmácia; 5 Centros Comerciais (mini shopping); 5 Associações Desportivas; 2 Associações de caráter Cultural; 1 Associação de Jovens; 1 Associação dos Aposentados; 1 campo de futebol municipal; 7 campos Polivalentes; 11 Parques infantis; 1 parque de lazer; 7 praças ajardinadas com áreas relativamente grandes; 7 movimentos de cultos religiosos; 6 Jardins de infância particulares e 2 clínicas particulares.

A existência desses equipamentos, num primeiro momento, parece conferir à área boas condições de vida. No entanto, constata-se que esses equipamentos comunitários, encontra-se em péssimo estado de conservação. Os centros comerciais, por exemplo, estão em condições precárias de higiene, iluminação e conservação física. A degradação do ambiente reduz, simultaneamente, a qualidade de vida e a quantidade de recursos utilizados pela população. Os indivíduos e as comunidades necessitam, muitas vezes, de informações sobre os danos infligidos ao ambiente ou sobre as formas de evitá-los. Essas atividades de sensibilização podem constituir o fator mais importante na adoção de medidas de proteção ao ambiente.

Aos entrevistados pediu-se ainda para mencionar os aspectos que julgam constituir carências de infra-estruturas. Foi então mencionada a distância do bairro aos Serviços públicos de saúde. A utilização desses serviços requerem sempre o uso de transportes públicos, ônibus ou táxis o que muitas vezes dificulta ou inviabiliza o uso pela população do Vale da Amoreira. Outros serviços citados pela população foram a inexistência de agências bancárias, posto de táxi e uma deficiente limpeza pública, por parte da Câmara. O serviço de coleta de lixo não atende as necessidades da população constatando-se, com regularidade, coletores abertos, com lixo espalhado pela via pública, o que confere um aspecto pouco estético e saudável. Vale ressaltar que a população, em sua maioria, não colabora com esses serviços, fazendo mau uso dos coletores, deixando-os abertos e expostos a insetos e vetores.

Apesar de não ter sido citado pela população como uma carência no bairro constatou-se a inexistência de áreas verdes, e de uso para pedestres com equipamentos para a prática de atividades físicas, muito embora na planta da área haja espaço destinado para tal. No entanto, esse aspecto figura como um dos objetivos do Ministério da Saúde, em colaboração com o do Ambiente, nas suas orientações estratégicas visando a promoção de ambientes saudáveis.

Um aspecto importante dos cuidados de saúde preventivos é o de considerar que o desenvolvimento se deve fazer de tal maneira que a saúde e o bem estar das populações não sejam afetados. Para além das medidas destinadas a preservar qualidade do ambiente é necessário considerar outros aspectos tais como melhoria das habitações, redução da poluição, melhoria das condições de trabalho e lazer, conforto da habitação, oferta de áreas comerciais e de serviços, entre outros. criando condições de comunicação e oferecendo possibilidades de inovação para a organização ativa da promoção da saúde.¹⁸⁹

As estratégias conducentes passam por: uma boa iluminação e ordenamento das estruturas de forma a permitir uma boa visibilidade; redução do tráfego, criação de áreas para pedestres, além de outras.. Devem ainda contemplar a mistura das funções habitação, comércio, lazer, mercado equipamentos coletivos entre outros.¹⁴⁴

CONCLUSÕES

A especificação do tema, do tempo e do lugar não é suficiente para esgotar o âmbito do fenómeno migratório. Muitos fatores, ainda desconhecidos, podem afetar o estudo, sobretudo num terreno em que o elemento fundamental é constituído por pessoas em movimento. Esta complexidade advém da natureza auto-determinada dos cidadãos e do seu carácter individualizado, coletivo ou social. Cada indivíduo, que dele participa, possui forma, motivação, personalidade, capacidade de causar inflexões em tendências internas ou externas e modificação nas regras específicas que o governa.

Os resultados do estudo levaram a algumas conclusões.

Quanto aos dados sóciodemográficos.

A população do estudo utiliza o crioulo como meio de comunicação. É constituída, em sua maioria por homens (79), com baixo nível de escolaridade. O estado civil predominante é o de solteiros, seguido por casados e viúvos. A maioria desenvolve atividades que exigem baixo nível de qualificação na construção civil e em outras pouco especializadas. Possuem vínculos considerados precários. As dificuldades em dominar a língua se refletem na pouca integração e discriminação por parte da sociedade receptora. As mulheres, em minoria, (60) apresentam menores níveis do que o dos homens em relação a escolaridade e inserção profissional.

Quanto ao processo migratório

A procedência é majoritariamente dos setores urbanos com predominância dos oriundos de Bissau, capital da Guiné-Bissau. O tempo de permanência médio é de 15 a 20 anos, confirmando tendência apresentada em outros estudos onde se constata que o grande fluxo migratório, da Guiné-Bissau para Portugal, ocorreu nas décadas de oitenta e noventa. As famílias possuem casa própria. O processo migratório é apoiado, em todas as fases, pela família e amigos. As causas da imigração estão diretamente relacionadas com as más condições de vida no país de origem, falta de expectativas de uma vida melhor com em termos de mudanças económicas

favoráveis, assim como demais problemas decorrentes, falta de acesso serviços de saúde, educação, trabalho, instabilidade política e social. Ao imigrar, a maioria, desconhecia aspectos legais que implicam na entrada e permanência no país de acolhimento. O mito do retorno está presente no dia a dia da população. Embora reconheçam que as condições de vida, em Portugal, são melhores do que aquelas vividas na Guiné-Bissau pensam em retornar.

Quanto à saúde.

A maioria (41,0%) entende a saúde como ausência de doença, portanto, (66,0%) só procuram o médico quando sentem algum incômodo que os impede de desenvolver as suas atividade rotineiras. As ações de prevenção são desenvolvidas apenas por uma minoria, (22,0%) que está em tratamento ou que faz controle vacinal dos filhos. Entre as mulheres, 50,0% e 62,0% nunca fizeram um exame da mama e de papanicolau, respectivamente. As doenças mais comuns entre a população são as crônico degenerativas, diabetes, problemas cardiovasculares, ósseo-articulares, anemia e febre (malária). A utilização dos serviços de saúde caracteriza-se, basicamente, por um atendimento de urgência a nível dos serviços públicos já que lhes é assegurado este tipo de assistência, independente da condição legal. O fenômeno associativo é quase inexistente apesar de existirem várias associações de imigrantes localizadas na área ou em seus arredores. As atividades de lazer, limitam-se aos programas televisivos e ao encontro com amigos e familiares, seja em função das condições de vida, seja pela pouca importância que se dá ao mesmo como uma componente importante da dimensão social e mental da saúde. Os amigos são os portugueses e os guineenses. Sentem-se discriminados e mantêm algumas tradições da cultura de origem relacionadas com a música, gastronomia e tradições. A religião predominante é a católica. Os problemas que preocupam a população estão relacionados com as formas de sobrevivência no país receptor. No entanto, atribuem a terceiros a responsabilidade pela resolução dos problemas não manifestando intenção de controlar o próprio destino.

Quanto as infraestruturas

As infra-estruturas existentes na comunidade, tais como transportes públicos, comércio, agências bancárias e correios são escassas e deficientes. Os serviços de saúde pública inexistem no bairro, levando a população a deslocar-se para o bairro vizinhos quando deles necessitam. Os serviços de educação são sub-utilizados havendo uma relação negativa entre procura e oferta. Esse aspecto merece particular atenção quando os dados comprovaram ser este grupo de baixo nível sócio educacional e existir na comunidade escolas públicas a funcionar nos três períodos.

RECOMENDAÇÕES

Espera-se que a Câmara da Moita, a Junta de Freguesia do Vale da Amoreira e demais instituições responsáveis da área considerem os resultados do presente estudo de forma a:

- possibilitar as populações imigrantes o acesso à educação de adultos a fim de melhorarem a sua inserção na sociedade em que vivem;
- ajudar os trabalhadores imigrantes a adquirir os conhecimentos necessários para o desempenho eficiente dos seus novos papéis e a compreenderem os novos códigos culturais, da sociedade à qual se tornaram membros, a fim de alcançarem o nível econômico, cultural e social a que aspiram.
- facilitar o acesso aos serviços de saúde, educação, habitação, legalização bem como a reunião familiar. Embora considerados como direitos dos imigrantes, ainda se torna difícil a implementação em decorrência da morosidade burocrática das instituições responsáveis e da falta de informações aos interessados.
- adotar uma política de integração, o que implica igualdade de oportunidades e não apenas uma política de assimilação, a partir da qual os grupos minoritários possam ser absorvidos pela maioria cultural.
- estabelecer discriminações positivas que facilitem a integração dos imigrantes, privilegiando as minorias étnicas, no que se refere ao acesso à formação profissional e ao mercado de emprego.
- favorecer o acolhimento e acompanhamento dos imigrantes, através de instituições específicas. A relevância do fenômeno da imigração em Portugal justifica a criação de um departamento governamental com essas atribuições, onde os imigrantes possam estar representados, através das suas associações, o que contribuirá para controlar ou, pelo menos, minorar as tensões sociais inevitavelmente causadas pela imigração.
- estimular a participação dos imigrantes guineenses nas Associações, integrando-os nas instituições locais.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque R, Ferreira LE, Viegas T. **O fenómeno associativo em contexto migratório: duas décadas de associativismo de imigrantes em Portugal**. Oeiras: Celta; 2000.
2. Almeida JF. A recomposição sócio profissional e novos protagonistas. In: Reis A, coordenador. **Portugal-20 anos de democracia** Lisboa: Circulo dos Leitores, 1994. p. 307-30.
3. Anderson JM. Empowering patients: issues and strategies. **Soc Sci Med** 1996; 43: 697-705.
4. Andrade A. Etnicidade: o risco e a margem. **Sociol Probl Prát** 1995; 17: 172-5.
5. Angoyard D, Renaud L. The concept of empowerment and its application in some health promotion programmes. **Health Promot Educ** 1998; 5: 28-35.
6. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promot** 1998; 11: 11-8.
7. Baganha MI, Ferrão J, Malheiros JC. Os imigrantes e o mercado de trabalho: o caso português. **Anal Soc** 1999; 34: p. 147-73.
8. Baganha MI, Ferrão J, Malheiros JC. **Os movimentos migratórios externos e a sua incidência no mercado de trabalho em Portugal**. Lisboa: IEFP; 1998.
9. Baganha MI, Peixoto J. O estudo das migrações nacionais. In: Carvalho FJM, Marques R, Peixoto J, Raposo R, organizadores. **Entre a economia e a sociologia**. Oeiras: Celta; 1996. 233-9.
10. Baganha MI, Peixoto J. **Trends in the 90's: the portuguese migratory experience**. Oeiras: Celta; 1997.

11. Baganha MI. **Immigration in southern Europe**. Oeiras: Celta; 1997.
12. Baider L. Coping with additional stresses: comparative study of healthy and cancer patient new immigrants. **Soc Sci Med** 1996; 42: 1077-4.
13. Barbosa MIS. **Racismo e saúde**. São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde Pública da USP]
14. Barreto A. **A situação social em Portugal, 1960-1995**. Lisboa: Universidade de Lisboa; 1996.
15. Beresniak A, Duru G. **Economia da saúde**. Lisboa: Climepsi; 1999.
16. Boletim Informativo. **Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas**. Lisboa 2000; 4 (46).
17. Booker VK, Robinson JG, Kay BJ, Najera LG, Stewart G. Changes in empowerment: effects of participation in a law health promotion program. **Health Educ Behav** 1997; 24: 452-64.
18. Brown L F. Research in dental health education and health promotion: a review of the literature. **Health Educ** 1994; 21: 83-102.
19. Buck C. Después de Lalonde: la creación de la salud. In: Organización Mundial de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington (DC). 1996. p. 6-14.
20. Buss P, Carvalho A, Silva D, Stotz E, Rivera F, Ferreira J. **Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1998.
21. Cabrera AGA, Candeias NMF. El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo. **Rev Fac Nac Salud Publica** 1999; 17: 9-16.

22. Cachada F. **Os números da imigração africana: os imigrantes africanos nos bairros degradados e núcleos de habitação social dos distritos de Lisboa e Setúbal.** Lisboa. CEPAC; 1995.(Cadernos Cepac, 1)
23. Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e praticas na area da saúde publica. **Rev Saúde Pública** 1979; 13: 63-8.
24. Candeias NMF. **Abordagens para analisar objetivos e valores inerentes a atividades técnicas programadas.** São Paulo: Faculdade de Saude Pública da USP; s/d.
25. Candeias NMF. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev Saúde Pública** 1997, 31: 209-13.
26. Candeias NMF. **Educação em saúde na prevenção do risco gravídico pré-natal e interconcepcional.** São Paulo; 1979. [Tese de Doutorado- Faculdade de Saude Publica da USP]
27. Canotilho JJG, coordenador. **Direitos humanos, estrangeiros, comunidades migrantes e minorias.** Oeiras: Celta; 2000.
28. Capucha LMA. Pobreza, exclusão social e marginalidades. In: Viegas JM. Costa AF **Portugal, que modernidade?** Lisboa: Celta; 1998. p. 209-42.
29. Carapinheiro G, Côrtes S. Conflitualidade e mudanças face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro. **Rev Crit Cienc Soc** 2000; 57/58: 259-90.
30. Cardoso A, Perista H. A cidade esquecida: pobreza em bairros degradados de Lisboa. **Sociol Probl Prát** 1994; 15: 99-111.
31. Carmo H, coordenador. **Exclusão social: rotas de intervenção.** Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Politicas- Universidade Tecnica de Lisboa; 1996.

32. Carrola DFCC. **Desafios do pluralismo: uma nova abordagem pedagógica**. Lisboa: 1996. [Tese de Mestrado em Relações Interculturais-Universidade Aberta].
33. Chammé SJ. Modos e modas da doença e do corpo. **Saúde Soc** 1996; 5: 61-76.
34. Colucci A, D'Agostini A, Gallo P, Geraci S, Kanieff M, Luzi A M et al. Immigration and health: the Italian situation. **Ann Ist Super Sanità** 1998; 34: 473-87.
35. Colvin M, Abdool Karin SS, Wilkinson D. Migration and AIDS. **Lancet** 1995; 346: 1303-4.
36. Contador AC. Consciência de geração e etnicidade: de segunda geração aos novos luso africanos. **Sociol Probl Prát** 1998; 26: 57-83.
37. Cordeiro AR. **Os imigrantes na sociedade portuguesa: alguns traços sociográficos**. Lisboa: SOCINOVA/UNL; 1997.
38. Cortesão L, Stoer S. Comunicação, escola, família: qual o papel da oralidade e da escrita. **Rev Educ Soc Cult** 1997; 8: 121-34.
39. Costa F M, Falé N. **Guia político dos PALOP**. Lisboa: Fragmentos; 1992.
40. Craveiro JL. Ambiente urbano: desigualdades e constrangimentos na cidade de Lisboa. **Sociol Probl Prát**. 1994; 15: 113-22.
41. Dias J. Tendências das políticas europeias quanto aos modelos de habitação social. **Soc Territ** 1994; 20: 91-100.
42. Dias MR, Ferrer JC, Rigla FR. Investigação transcultural sobre atitudes face aos imigrantes: estudo piloto de Lisboa. **Sociol: Probl Prát** 1997; 25: 139-53.
43. Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington (DC); 1996. p.25-36.

44. Fernandes AT. Etnicidade e racização no processo de exclusão social. **Rev Sociol** 1995; 5: 6-67.
45. Ferreira AF. Habitação social: lições e prevenções para o PER. **Soc Territ** 1994; 20: 8-10.
46. Ferreira ES, Rato H. **Economia e imigrantes: contribuição dos imigrantes para a economia portuguesa**. Oeiras: Celta, 2000.
47. Ferreira PL. A medição de resultados de saúde: a natureza do problema. In: Vaz A, Pinto CG, Pereira J coordenador. **As reformas do sistema de saúde**. Lisboa: APES; 1996. p 245-53.
48. Ferreira PM. Etnicidade: o risco e a margem. **Sociol Prob Prát** 1995; 17: 180-5.
49. Forattini P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: EDUSP; 1992.
50. Frاسquilho MA. A Fundação Clifford Beers: uma rede para a promoção da saúde mental. **Rev Port Saúde Pública** 1997; 15: 19-20.
51. Freitas MJ. Os paradoxos do realojamento. **Soc Territ** 1994; 20: 26-35.
52. Fundo de População das Nações Unidas. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo: 1994.
53. Garcia JL, Jerónimo HM, Noberto R, Amaro MI. **Estranhos: juventude e dinâmicas de exclusão social em Portugal**. Oeiras: Celta; 2000.
54. Garcia JL, organizador **Portugal migrante: emigrantes e imigrados, dois estudos introdutórios**. Oeiras: Celta; 2000.
55. Geddes SJ, Van Der Horst JAJ. Economic accountability for health promotion: an introduction. **Health Promot Educ** 1998; 5: 23-6.

56. Germani G. **Sociologia de la modernizacion**. Buenos Aires: Paidós; 1971.
57. Giddens A. **Capitalismo e moderna teoria social**. Lisboa: Presença; 1994.
58. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. **Health Promot Int** 1998; 13: 99-120.
59. Godinho J, Costa H, Padre-Santo D, Rato C. Infecção pelo HIV, hepatite C e hepatite B: dados epidemiológicos, características socio-demográficas e factores de risco. **Toxicodependência** 1999; 3: 55-60.
60. Gonçalves A. **A definição social dos emigrantes no Nordeste de Portugal: imagens e clivagens**. Braga; 1994. [Tese de Doutoramento- Universidade do Minho].
61. Gonçalves A. **Imagens e clivagens: os residentes face aos emigrantes**. Porto: Afrontamento; 1996.
62. Green, LW. **Health education planning: a diagnostic approach**. Palo Alto: Mayfield Publishing Company; 1980.
63. Green LW, Krueter MW. **Health promotion planning: an educational and ecological approach**. 3rd. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1999.
64. Green LW, O'Neill M, Westphal M, Morisky D. Retos de la investigación-acción participative en la promocion de la salud. **Health Promot Educ** 1996; 3: 43-5.
65. Griffiths S, Hunter D J. Perspectives in public health. **Health Promot Int** 1999; 15: 90-1.
66. Guerra JP. **Descolonização portuguesa: o regresso das caravelas**. Lisboa: Dom Quixote; 1996.
67. Guiné-Bissau. **Conferência urgente de mesa-redonda**. Genebra, 4 e 5 de maio, 1999.

68. Hespanha MJF, Carapinheiro G. **Articulação de cuidados de saúde no contexto de novas orientações políticas do sistema de saúde português**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 1994.
69. Imperatori E, Giraldes M R. **Metodologia do planeamento da saúde**. Lisboa: Escola Nacional de Saude Publica; 1993.
70. Imperatori E. Auditoria, um contributo para a qualidade na saúde. **Rev Port Saúde Pública** 1996 , 3 : 41-54.
71. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas. **Guiné-Bissau 2025: cenários**. Guiné-Bissau: 1995.
72. Jackson D. **Immigration: law and practice**. London: Sweet&Maxwell; 1996.
73. Jackson JA. **Migrações**. Oeiras: Celta; 1991.
74. Justino D. **Integração, práticas de identidade e exclusão social no Vale de Algés**. Lisboa: SociNova/UNL; 1998.
75. Katz J, Peberdy A, editors. **Promoting health: knowledge and practice**. London: Macmillan; 1997.
76. Kemm J, Close A. **Health promotion theory and practice** . London: Macmillan; 1995.
77. Kickbusch I, Leeuw E. Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. **Health Promot Int** 1999; 14: 285-8.
78. Kickbusch I. El autocuidado en la promoción de la salud.: In: Organización Panamericana de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington (DC): 1996. p. 235-45.
79. Kickbusch I. New horizons in health. **Health Promot Educ** 1998; 5: 5-6.

80. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: Organización Mundial de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington (DC). 1996. p.15-24.
81. Kreuter MW, Young LA, Lezin NA. **Measuring social capital in small communities**. Atlanta: Health 2000; 1998.
82. Labonte R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: Organización Mundial de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington (DC). 1996. p. 153-65.
83. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. **Health Educ Q** 1994; 21: 253-68.
84. Lalonde M. El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. In: Organizacion Mundial de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington (DC): 1996. p. 3-5.
85. Lechky O. Multiculturalism and AIDS: different communities mean different educational messages required. **CMAJ** 1997; 156: 1446-8.
86. Levin L S, Ziglio E. Health promotion as an investment strategy: considerations in theory and practice. **Health Promot Int** 1996; 11: 33-40.
87. Lima MM, Belluomini M, Almeida MMB, Arantes GR. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. **Rev Saúde Pública** 1997; 31: 217-20.
88. Lind H. Migração interna na Inglaterra. In: Jackson JA. **Migrações**. Oeiras: Celta; 1991.
89. Lucas JS. **SIDA: a sexualidade desprevenida dos portugueses**. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, 1993.
90. Luvumba F M. **Minorias étnicas dos PALOP residentes no grande Porto: estudo de caracterização sociográfica**. Porto: Rede Europeia Anti-pobreza; 1997.

91. MacDonald G, Veen C, Tones K. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. **Health Educ Res** 1996; 11: 367-76.
92. MacDonald G. Has health promotion matured as a discipline? **Health Prom Int** 1990; 2: 85-6.
93. Machado FL. Etnicidade: o risco e a margem. **Sociol Probl Prát** 1995; 17: 172-85
94. Machado FL. Minorias e literacia: imigrantes guineenses em Portugal. In: Benavente A. coordenadora. **A literacia em Portugal.: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Conselho Nacional de Educação; 1996. p. 171-238.
95. Machado FL. Contornos e especificidades da imigração em Portugal. **Sociol Probl Prát** 1997; 24: 9-44.
96. Machado FL. Da Guiné-Bissau a Portugal: luso-guineenses e imigrantes. **Sociol Probl Prát** 1998; 26: 9-56.
97. Machado FL. Etnicidade em Portugal: contrastes e politização. **Sociol Probl Prát** 1992; 12: 123-36.
98. Machado FL. Etnicidade em Portugal: o grau zero de politização. **Emigração/Imigração em Portugal. Actas do Colóquio Internacional sobre Emigração e Imigração em Portugal.** Lisboa: Fragmentos; 1993. p 407-14.
99. Machado FL. Luso- africanos em Portugal: nas margens da etnicidade. **Sociol Probl Prát** 1994; 16: 111-34.
100. Malheiros JM. **Imigrantes na região de Lisboa: os anos da mudança.** Lisboa: Edições Colibri; 1996.
101. Marier AE. A health education program for migrant children. **Am J Public Health** 1996; 86: 590-1.

102. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. **Health Promot Int** 1999; 15: 87-9.
103. Marques M M, Santos T. **Redistributing platform or immigration society? Some tests and some hypotheses**. Lisboa: SOCINOVA/UNL; 1997.
104. Marques MM, Santos R, Ralha T, Cordeiro AR. **Multicultural policies and modes of citizenship**. Lisboa: SociNova/UNL; 1998.
105. Martins JCL. A reforma do sistema de saúde português. In: Vaz A, Pinto CG, Pereira J coordenadores. **As reformas do sistema de saúde**. Lisboa: APES; 1996. p 37-43.
106. McKinlay JB. Promoción de la salud por medio de políticas públicas saludables: la contribucion de los metodos complementarios de investigacion. In: Organizacion Mundial de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington (DC): 1996. p. 60-75.
107. McMunn A M, Mwanje R, Paine K, Pozniak A L. Health service utilization in London's African migrant communities: implications for HIV prevention. **AIDS Care** 1998; 10: 453-62.
108. Mcqueen DV. Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. **Health Promot Int** 1999, 15: 95-7.
109. Mcqueen D. Theory in health promotion: the search for theory in health behavior and health promotion. **Health Promot** 1996;. 11: 27-32.
110. Metraux JC, Fleury F. Health promotion for immigrants in Switzerland. **World Health Forum** 1996, 17: 249-51.
111. Milio N. Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud. In: Organizacion Mundial de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington(DC): 1996. p. 47-59.

112. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Projeto promoção da saúde**. Brasília (DF), 2001.
113. Monteiro PF. **Emigração: o eterno mito do retorno**. Lisboa: Celta;1993.
114. Murty M. Healthy living for immigrant women: a health education community outreach program. **CMAJ** 1998; 25: 385-7.
115. Naidoo J, Wills J. **Health promotion: foundations for practice**. London: Bailliere Tindall, 1997.
116. Neuwirt G, Devries J. **Refugees: a new underclass?** Otawwa: Dept. Sociology & Anthropology Carleton U; 1994.
117. Nutbean D, Blakey V. El concepto de promoción de la salud y la prevención del sida: una base integrada y general para la acción en los años noventa. In: Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC): 1996. p. 339-51.
118. Nutbean D, Harris E. **Theory in Nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion**. Sidney: National Center for Health Promotion; 1998.
119. Nutbean D, Smith C, Catford J. La evaluación en la educación para la salud: una revisión de sus progresos, posibilidades y problemas. In: Organización Mundial de la Salud **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC); 1996. p. 183-95.
120. Nutbean D. Evaluating health promoting progress, problems and solutions. In: **4th International Conference on Health Promotion**; 1997 Jul 21-25; Jakarta, Indonesia.
121. Nutbean D. Health promotion glossary. **Health Promot** 1998; 13: 349-64.
122. Nyamwaya D. Health promotion practice: the need for an integrated and processual approach. **Health Promot** 1997; 12: 179-82.

123. O'Donnell MP, Harris J.S. **Health promotion in the workplace**. 2nd. New York: Delmar, 1994.
124. O'Neill M. Defining health promotion clearly for teaching it precisely: a proposal. **Health Promot Educ** 1998; 5: 14-6.
125. Organização Internacional para as Migrações. **Missão em Portugal**. Lisboa; 2000 (1).
126. Organização Internacional para as Migrações- **Missão em Portugal**. Lisboa; 2000 (2).
127. Organização Internacional para as Migrações- **Missão em Portugal**. Lisboa; 2000(3).
128. Organização Pan-Americana de Saúde. **Orientações estratégicas e programáticas 1995-1998**. Washington(DC), 1995.
129. Organización Panamericana de la Salud. **Promocion de la salud y equidade**. Colômbia; 1993.
130. Organización Panamericana de Salud. La aplicacion de teorias y técnicas de las ciencias sociales a la promocion de la salud. **Rev Panam Salud Publica** 1998; 4: 142-8.
131. Pancer SM, Nelson G. Enfoques de la promoción de la salud basadas en la comunidad: guia para la movilización comunitaria. In: Organización Mundial de la Salud. **Promocion de la salud: una antologia**. Washington (DC); 1996. p. 166-182.
132. Peixoto J. A emigração. In: Betencourth F, Chaudhusi K, organizadores. **História da expansão portuguesa**. Lisboa: Circulo de Leitores; 1999. p. 152-81.
133. Pereira JD. **Pontas e ponteiros na Guiné-Bissau**. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado-Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP].
134. Perista H, Pimenta M. Trajectórias profissionais e inserção laboral dos imigrantes residentes em bairros degradados de Lisboa. In: **Emigração/Imigração em Portugal**.

- Actas do Colóquio Internacional sobre Emigração e Imigração em Portugal.** Lisboa: Fragmentos, 1993. p. 434-45.
135. Perista H. **Mulheres imigrantes em Portugal: um estudo de caso relativo à migração intra-comunitária.** Lisboa: Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres; 1997.
136. Pieucci AF, Prandi R. **A realidade social das religiões no Brasil: religião, sociedade e política.** São Paulo: Hucitec; 1996.
137. Pinto PF. Moçambique: o português e as línguas africanas. In: **Dinâmicas multiculturais: novas faces outros olhares. Actas das sessões temáticas do III Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais.** Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 1994; p. 125-32.
138. Pires RP. A imigração. In: Betencourth F, Chaudhusi K, organizadores. **História da expansão portuguesa.** Lisboa: Circulo de Leitores; 1999; p. 197-14.
139. Pires RP. O regresso das colónias. In: Betencourth F, Chaudhusi K, organizadores **História da expansão portuguesa.** Lisboa: Circulo de Leitores; 1999; p. 182-96.
140. Pires RP. Uma teoria dos processos de integração. **Sociol Probl Prát.** 1999; 30: 9-54.
141. Portes A. **Divergent destinies: immigration, the second generation, and the rise of transnational communities.** Lisboa: SOCINOVA/UNL; 1997.
142. Portes A. **Migrações internacionais: origens, tipos e modos de incorporação.** Oeiras: Celta; 1999.
143. Portugal. **Constituição da República Portuguesa.** 4ª revisão. Lisboa: Texto; 1997.
144. Portugal. Divisão de Saúde Ambiental. **Relatório das actividades das autoridades de saúde.** Lisboa: Divisão Geral de Saude; 1994.

145. Portugal. **Guiné-Bissau: caracterização sumária**. Lisboa: Banco de Portugal; 1996.
146. Portugal. Ministério da Educação. **Fórum Nacional de Projectos contra a Exclusão Social**. Lisboa: PEPT; 1996.
147. Portugal. Ministério da Saúde. **Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002**. Lisboa; 1998.
148. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. **A saúde dos portugueses**. Lisboa; 1997.
149. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. **Plano Nacional de Vacinação: orientações técnicas**. Lisboa: Monumental; 1999.
150. Portugal. Ministério da Solidariedade e Segurança Social. **Pobreza não: erradicação da pobreza 1997-2006**. Lisboa: DEEP; 1997.
151. Portugal. Ministério do Ambiente. **Plano estratégico dos resíduos sólidos urbanos**. Lisboa: Ministério do Ambiente; 1994.
152. Portugal. Secretariado Coordenador de Programas de Educação Multicultural. **Educação para a tolerância**. Lisboa; 1995.
153. Portugal. Ministério da Saúde. **SIDA: a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2000**. Lisboa: Instituto Nacional de Saude; 2001.
154. Powell KE, Kreuter MW, Stephens T, Lothar Heinemann BM. Dimensiones de la promoción de la salud aplicadas a la actividad física. In: Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC): 1996. p. 352-64.
155. Quedas MJ. Expectativas habitacionais e coexistência especial de grupos étnicos: inquerito a população mal alojada do Concelho de Loures. **Soc Territ** 1994; 20: 55-62.

156. Rajala M. Health promotion policies, strategies and structures. **Promot Educ** 1995; 2: 12-3.
157. Raphael D. Emerging concepts of health and health promotion. **J School Health** 1998; 68: 297-300.
158. Rex J. Ethnic mobilisation in Britain. **Rev Eur Migr Int** 1994 ;10 : 7-30.
159. Robertson A, Minkler M. New health promotion movement: a critical examination **Health Educ Q** 1994, 3: 295-312.
160. Rocha-Trindade MB. Minorias, polissemia do conceito e diversidade de manifestações. In: **Emigração/Imigração em Portugal. Actas do Colóquio Internacional sobre Emigração e Imigração em Portugal**. Lisboa: Fragmentos; 1993.p. 422-33.
161. Rocha-Trindade MB. **Sociologia das migrações**. Lisboa: Universidade Aberta; 1995.
162. Rosmond R, Lapidus L, Bjorntorp P. A comparative review of psychosocial and occupational environment in native Swedes and immigrants. **Scand J Soc Med** 1966; 24: 238-42.
163. Ruggy A. **Dimensão económica e demográfica das migrações na Europa multicultural**. Oeiras: Celta; 2000.
164. Rutten A, Von Lengerke T, Abel T, Kannas L, Luschen G, Rodriguez Diaz J A, et al. Policy, competence and participation: empirical evidence for a multilevel health promotion model. **Health Promot Int** 1999; 15: 35-47.
165. Saint-Maurice A. **Identidades reconstruídas: caboverdianos em Portugal**. Lisboa: Celta, 1997.
166. Saint-Maurice A. **Reconstrução das identidades no processo de migração**. Lisboa; 1994. [Tese de Doutoramento-Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa].

167. Santana P. In: Vaz A, Pinto CG, Pereira J coordenador. **As reformas do sistema de saúde**. Lisboa: APES; 1996. p 184-9.
168. Schauffler H. Health promotion and disease prevention in health care reform. **Am J Prev Med** 1994; 10: 1-25.
169. Schumann DQA, Mosley WH. Household production of health. **Soc Sci Med** 1994; 38: 201-68.
170. Scriven A, Orne J, editors. **Health promotion professional perspectives**. London: Macmillan; 1994.
171. Seabra H. **Desviantes ou desviados? Abordagem exploratória da participação dos imigrantes em práticas criminosas**. Lisboa: SOCINOVA/UNL; 1998
172. Sidell M. **Debates and dilemmas in promoting health**. Buckingham: Open University Press; 1997.
173. Simpson R, Davey P. Emerging environmental health issues. **Health Prom Educ** 1998; 5: 17-21.
174. Sousa Santos B. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Rev Crít Ciênc Soc** 1997; 48: 11-33.
175. Souza RKT, Gotlieb SLD. Mortalidade em migrantes japoneses residentes no Paraná, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1999; 33: 262-72.
176. Soysal Y. **Identity, rights, and claims-making: changing dynamics of citizenships in postwar Europe**. Lisboa: SOCINOVA/UNL; 1999.
177. Stone DB, Armstrong RW, Macrina DM, Pankau JW. **Introdução à epidemiologia**. Lisboa: McGraw-Hill, 1996.

178. Sundquist J, Johansson SE. Migración Y salud: la consecuencia social y médica del exilio y la repatriación. **Rev Méd Chile** 1995; 123: 426-38.
179. Telarolli Junior R. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. **Hist Cienc Saude** 1996; 3: 265-83.
180. Terris M. **Concepts de la promoción de la salud: dualidades de la teoria de la salud publica.** In: Organizacion Panamericana de la Salud **Promocion de la salud: una antologia.** Washington(DC); 1996. p 37-44.
181. Todd E. **O destino dos imigrados: assimilação e segregação nas democracias ocidentais.** Lisboa: Instituto Piaget; 1996.
182. Tones K, Tilford S. **Health education: effectiveness, efficiency and equity.** 2nd ed. London: Chapman & Hall; 1995.
183. Trowel P. New partnerships for health. **Health Promot Educ** 1998; 5: 38-9.
184. Vermeulen H. **Immigration, integration and the politics of culture.** Lisboa: SOCINOVA/UNL; 1998.
185. Vilela M. A língua portuguesa em África: tendências e factos. **Afric Studia** 1999; 1: 175-91.
186. Vissandjee B, Carignan P, Gravel S, Leduc N. Health promotion for immigrant women in Quebec. **Rev Epidemiol Sante Publique** 1998; 46: 124-33.
187. Wallestein I. **O sistema mundial moderno.** Porto: Afrontamento; 1994.
188. Wallestein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. **Health Educ Q** 1994; 21: 141-8.
189. Wallestein N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. **Amer J Health Promot** 1992; 6: 197-205.

190. Wieviorka M. **Racismo e modernidade**. Lisboa: Bertrand; 1995.
191. Xiberras M. **As teorias da exclusão: para uma construção do imaginário do desvio**. Lisboa: Instituto Piaget; 1996.
192. Yach D, Skov Jensen M, Norris A, Evans T. Promotion equity in health. **Health Promot Educ** 1998; 5: 7-13.
193. Yoshino NL. **Trabalho e saúde de imigrantes brasileiros (Dekasseguis no Japão 1985-1988)** São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
194. Ziglio E, Hagard S, Griffiths J. Health promotion development in Europe: achievements and challengs. **Health Promot Int** 1999; 15: 143-54.

GUINÉ BISSAU

SENEGAL

desenho de: Mário Alves

ANEXO 2**ENTREVISTA
(Formulário)**

Nº _____

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Zona: _____

Tel.: _____

Realizada em: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Motivo da impossibilidade do não preenchimento do formulário

- ☐ Recusa
- ☐ Ausente
- ☐ Mudou de endereço
- ☐ Falecido, hospitalizado ou impossibilitado de responder
- ☐ Outros: especifique _____

A- Dados sócio demográficos

1. Fala português?

- ☐ Não
- ☐ Sim. com dificuldade
- ☐ Sim. fluentemente

2. Qual é a língua que se fala em sua residência?

3. Sexo:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

4. Idade : ____anos

5. Estado civil

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado
- ☐ Viúvo
- ☐ Divorciado
- ☐ Em união consensual

6. Sabe ler?

- ☐ Sim
- ☐ Não (Se não, passe para a pergunta 8)

7. Qual é o seu grau de escolaridade?

- ☐ 1º Ciclo incompleto
- ☐ 1º Ciclo completo
- ☐ 2º Ciclo incompleto
- ☐ 2º Ciclo completo
- ☐ 3º Ciclo incompleto
- ☐ 3º Ciclo completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo

8. Ocupação: _____

B- Processo migratório

9. Onde morava, no último ano, antes de vir para Portugal?

9.1 Esse local ficava em meio:

- ☐ Rural
- ☐ Urbano

10. Por que decidiu sair da Guiné Bissau?

11. A escolha de Portugal foi uma decisão sua?

- ☐ Sim Porque? _____
- ☐ Não De quem foi a decisão? _____

11.1. Teve outras opções de escolha?

- ☐ Sim Especificar _____
- ☐ Não

12. Teve algum contato em Portugal, antes de vir?

- ☐ Sim, parente(s)
- ☐ Sim, amigo(s)
- ☐ Não
- ☐ Outros

13. Como veio para Portugal?

- ☐ Por conta própria
- ☐ Ajuda internacional
- ☐ Outros Especificar _____

14. Com quem veio para Portugal

- ☐ Com a família
- ☐ Sozinho
- ☐ Com amigos
- ☐ Outros

15. Por quem foi recebido(a)? _____

16. Quem o(a) ajudou a instalar-se? _____

17. Antes de vir para Portugal, tinha conhecimentos sobre a legislação internacional, referente ao tipo de situação como a sua (direitos humanos, por exemplo)?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Informações incompletas
- ☐ Informações completas
- ☐ Informações distorcidas

18. No ano anterior, antes de vir para Portugal, estava:

- ☐ Estudando
- ☐ Desempregado(a)
- ☐ Empregado(a) com registro
- ☐ Empregado(a) sem registro
- ☐ Trabalho doméstico
- ☐ Aposentado(a) não trabalhando
- ☐ Aposentado(a) trabalhando
- ☐ Vivia de renda (autônomo)
- ☐ Outros Especificar: _____

(No caso de responder que estava empregado(a).) em que trabalhava?

- ☐ Agricultura
- ☐ Indústria
- ☐ Comércio
- ☐ Serviços
- ☐ Outros ,especificar _____

19. Há quanto tempo está em Portugal? _____ anos.

20. Com quem mora, no momento?

- ☐ Sozinho
- ☐ Com sua família
- ☐ Com outros familiares (tio(a), primo(a), etc.)
- ☐ Com amigos
- ☐ Com estranhos
- ☐ Outros

21. Quanto tempo, depois de chegar a Portugal, conseguiu uma atividade remunerada?

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ Entre 6 meses e 1 ano
- ☐ Mais de 1 ano
- ☐ Não se aplica

22. Qual é a sua atual nacionalidade? _____

23. Para os que responderam nacionalidade guineense.

Qual é a sua situação (legal) em Portugal? _____

24. No momento, você está trabalhando?

- ☐ Sim ☐ Trabalho Regular
- ☐ Não ☐ Trabalho esporádico

24.1. Se não, do que vive?

- ☐ Renda própria
- ☐ Do auxílio de familiares
- ☐ Do auxílio de amigos
- ☐ Do auxílio de instituição
- ☐ Aposentadoria
- ☐ Outros Especificar _____

25. Sua vida atual, em comparação com a vida que vivia na Guiné Bissau, está:

- ☐ Igual
- ☐ Melhor
- ☐ Pior
- ☐ Não sei

Justifique a sua resposta: _____

26. Se pudesse, voltaria para a Guiné Bissau?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Justifique a sua resposta: _____

C- Saúde

27. Desde que chegou a Portugal já fez amigos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

28. Quem são os seus amigos?

- ☐ Guineenses
- ☐ Portugueses
- ☐ Outros africanos dos PALOP
- ☐ Outros estrangeiros

29. Você tem alguma atividade de lazer?

- ☐ Sim Qual(is)? _____
- ☐ Não

30. Pertence a algum grupo associativo?

- ☐ Sim Qual(is)? _____
- ☐ Não

31. Alguma vez sentiu algum tipo de discriminação, desde que está em Portugal?

- ☐ NS/NR
- ☐ Não
- ☐ Sim Que tipo? _____
 Por parte de quem?
 - ☐ Portugueses
 - ☐ Guineenses
 - ☐ Outros africanos dos PALOP
 - ☐ Outros estrangeiros

32. Na sua casa, come-se comida típica guineense?

- ☐ Com frequência
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca

33. Na sua casa, ouve-se ou canta-se música guineense?

- ☐ Com frequência
- ☐ Às vezes

34. Na sua casa, conta-se histórias ou fatos da Guiné Bissau?

- ☐ Com frequência
- ☐ Às vezes
- ☐ Nunca

35. Na sua casa, mantêm-se costumes guineenses?

- ☐ Nenhum
- ☐ Alguns
- ☐ Muitos

Quais? _____

36. A sua residência é?

- ☐ Própria
- ☐ Cedida
- ☐ Alugada
- ☐ Invadida
- ☐ Outros

37. Quantos cômodos tem a sua residência? (Nº. de dormitórios/ Nº. de pessoas): _____

38. Antes de imigrar, tinha algum problema de saúde?

- ☐ Sim que tipo de problema de saúde tinha? _____
- ☐ Não
- ☐ Não sabe
- ☐ Não se lembra

39. Atualmente, tem algum problema de saúde?

- ☐ Sim que tipo de problema de saúde tem? _____
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

40. Se já teve algum problema de saúde, onde foi atendido?

- ☐ Serviço público
- ☐ Serviço conveniado
- ☐ Serviço privado
- ☐ Outros

41. Quando foi atendido teve os meios (remédios, materiais, equipamentos) para o tratamento?

- ☐ Sim, totalmente
- ☐ Sim, em partes
- ☐ Não
- ☐ Não se lembra

42. Já faleceu alguma pessoa de sua família, que residia com você, desde quando chegou aqui?

- ☐ Não
- ☐ Sim Qual foi o problema?

43. Fez algum exame ou consulta nos últimos 12 meses?

- ☐ Sim Qual o motivo? _____

44. Se o entrevistado é adulto, do sexo feminino indagar sobre último exame:

a) mama

- ☐ Sim, menos de 1 ano
- ☐ Sim, mais de 1 ano
- ☐ Nunca fez
- ☐ NS/NR
- ☐ Não se aplica

b) papanicolau

- ☐ Sim, menos de 1 ano
- ☐ Sim, mais de 1 ano
- ☐ Nunca fez
- ☐ NS/NR
- ☐ Não se aplica

45. Com que periodicidade vai ao médico?

- ☐ 1 vez por ano
- ☐ De 6 em 6 meses
- ☐ Quando está doente

46. Caso haja crianças em casa, elas têm cartão de vacina?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

(Se respondeu Sim pedir o cartão e registrar as vacinas e o N° de doses tomadas).

47. Essas crianças têm acompanhamento pediátrico?

- ☐ Sim Solicitar cartão de acompanhamento
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

48. Fuma?

- ☐ Sim Há quanto tempo? _____
Quantos cigarros ao dia? _____
- ☐ Não

49. Tem o hábito de consumir alguma bebida alcoólica?

- ☐ Sim Qual(is) o(s) tipo(s)? _____
Com que frequência? _____
- ☐ Não

50. Algumas pessoas são a favor e outras são contra o uso de métodos contraceptivos. Você é ?

- ☐ A favor
- ☐ Contra

51. Hoje em dia fala-se muito em SIDA (AIDS) já ouviu falar?

- ☐ Sim O quê ouviu a respeito? _____
 De quem e aonde ouviu? _____
- ☐ Não

52. Para você, o que é ter saúde? _____

53. Quais são os problemas que mais o(a) preocupam, no momento?

1. _____
2. _____
3. _____

54. Em relação a esses problemas há algo que você e/ou outras pessoas tem feito para resolvê-los?

55. A quem recorre quando tem problemas ? _____

56. Você tinha algum tipo de religião na Guiné Bissau?

- ☐ Sim Qual? _____
- ☐ Não

57. Aqui em Portugal, você tem alguma religião?

- ☐ Sim Qual? _____
- ☐ Não

Se sim, que atividades religiosas você pratica? _____

58. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a sua qualidade de vida?

D- Infra-estruturas

59. A sua área residencial tem:

	Sim	Não
<i>Iluminação pública</i>		
<i>Rede pública de abastecimento de água</i>		
<i>Rede pública de esgotos</i>		
<i>Calçamento nas proximidades de sua residência</i>		
<i>Alagamento, quando chove</i>		
<i>Condução pública</i>		
<i>Telefone público</i>		
<i>Correios</i>		
<i>Centro/Posto de Saúde</i>		
<i>hospital</i>		
<i>Farmácia</i>		
<i>Creche</i>		
<i>Parque infantil</i>		
<i>Biblioteca</i>		
<i>Local para cultos religiosos</i>		
<i>Posto Policial</i>		
<i>Agência Bancária</i>		
<i>Depósito de lixo</i>		
<i>Esgoto a céu aberto</i>		
<i>Córrego não canalizado</i>		
<i>Fuligem/fumaça</i>		
<i>Barulho muito forte</i>		
<i>Terreno baldio</i>		