



**Escola de Ciências Sociais e Humanas**

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Os Evacuados de Cabo Verde com Patologias Renais  
Crónicas: Querer regressar mas ter de ficar. E se fosse  
consigo?

Dissertação submetida como requisito principal para obtenção de grau de  
Mestre em Psicologia das Relações Interculturais

Peter Ramos Mendes

Orientadora:

Doutora Carla Moleiro, Professora Auxiliar

Setembro de 2018



## **Agradecimentos**

Uma parte deste trabalho foi possível mediante a participação dos cidadãos evacuados de Cabo Verde com PRC. Assim sendo, não podia deixar de dar um agradecimento especial a todos os que participaram, e prontamente aceitaram o convite em colaborar neste estudo.

À minha orientadora Professora Doutora Carla Moleiro, agradeço pela forma como me orientou, as palavras de apreço, de incentivo, compreensão estando sempre disponível para ajudar em tudo que se revelasse necessário, fazendo com que se minimizasse a minha descrença naqueles momentos mais difíceis que estes percursos nos impõem.

A realização da presente dissertação traduz-se na mistura da vontade com o sacrifício, de querer viajar em direção a novos conhecimentos. Tudo o que sou como pessoa, vem daquilo que me foi ensinado deste o nascimento. Por isso, obrigado pai, Gabriel Mendes, obrigado mãe, Clara Libanea Ramos, obrigado manas, Eunice, Maria do Carmo e Imaculada, sobrinhos e aos amigos especiais, por todo o carinho e confiança que sempre em mim depositaram. Um especial obrigado ao meu filho, Peter Gabriel, és o meu incentivo para acreditar que a palavra querer, é a chave para rasgar a janela do possível; um especial obrigado a Maria Manuela Pestana, que contribui para que eu pudesse dar continuidade e concluir este mestrado.

A Jaqueline ao Hugo, obrigado pelo vosso auxílio no software de análise estatístico.

A Clínica Diaverum – Unidade do Lumiar, e a Embaixada de Cabo Verde em Lisboa, por me terem referenciado alguns participantes deste estudo.

Um justo obrigado a Girassol Solidário, passo o termo “laboratório social” onde o destino fez-nos conhecer, onde tive oportunidade de dar a minha contribuição, onde surgiu a ideia de investigar este tema.

A todos os que nos momentos difíceis foram meus ouvintes, as minhas injeções de carga motivacional, um agradecimento do fundo, pelo vosso tempo...

A minha gratidão a todos vós...

## **Resumo**

A presente investigação debruça-se sobre a temática de doença renal crónica nos cidadãos evacuados de Cabo Verde ao abrigo do Protocolo de Saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). A presente investigação centra-se no efeito das doenças renais no estado emocional dos doentes, tendo como principal objetivo compreender o significado de ser um doente evacuado de Cabo Verde com patologia renal crónica, bem como perceber que recursos e desafios se colocam para a sua integração em Portugal. Para responder a estas questões, foi recrutada uma amostra de 15 participantes, cabo-verdianos com doença renal crónica. A metodologia utilizada foi a entrevista semiestruturada, tendo sido gravado e transcrito todo o material recolhido e posteriormente analisado com base na Análise de conteúdo utilizando o MaxQDA. Os principais resultados revelaram a ausência de suporte familiar na vida da maioria destas pessoas, bem como a dificuldade de gestão das limitações resultantes da doença (em particular, o regresso a Cabo Verde), com impactos na integração em Portugal. Ainda assim, alguns exemplos de processos de resiliência face às adversidades foram identificados.

**Palavras-chave:** Doentes Evacuados, Doença Renal Crónica, Imigração Cabo-Verdiana.

### **Códigos PsycINFO:**

**3360** Health Psychology & Medicine

**2930** Culture & Ethnology

## **Abstract**

The present study approaches the subject of chronic kidney disease among patients from Cape Verde who have been brought to Portugal under a Health protocol among Portugal and PALOP countries (Portuguese as an official language). It focuses on the emotional impact of kidney disease on these patients, aiming to explore the meaning that these patients attribute to the illness, as well as understanding the resources and challenges faced by them in their integration process in Portugal. A sample of 15 participants was obtained, all of which were from Cape Verde and were chronically ill due to kidney disease, having been brought to Portugal under the Health Protocol. A semi-structured interview was developed and all interviews were recorded and transcribed with MaxQDA, using content analysis. The main results reveal the absence of family social support for most participants, as well as the difficulty in managing the limitations brought on by the disease (in particular, regarding return to home country), with impacts on the integration processes in Portugal. Still, some examples of resilience processes in face of adversity were identified.

**Keywords:** Chronic kidney disease, Cape Verdean migration, Health protocol

**Códigos PsycINFO:**

**3360** Health Psychology & Medicine

**2930** Culture & Ethnology

## Índice

Introdução .....	1
1.1. Emigração Cabo-Verdiana para Portugal.....	3
1.2. Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e Cabo Verde .....	8
1.3. Doença Renal: Significado, Estratégias e Reajustes na Vida Diária .....	11
1.4 Resiliência como potencial fator na superação da doença crónica.....	14
1.4. Aculturação: Conceito e Processos.....	15
1.5. Definição do Problema de Investigação.....	18
II. Operacionalização da pesquisa: Metodologia a partir do modelo .....	20
2.1. Participantes .....	20
2.2. Instrumento: A Entrevista Enquanto Fonte Primária de Recolha de Informação ...	22
2.3. Procedimento.....	22
2.4. Análise de Conteúdo .....	23
III. Resultados .....	25
3.1. Dimensão do Indivíduo e o Contexto .....	26
3.2. Dimensão Saúde e Doença.....	30
3.3. Dimensão Suporte Social .....	33
3.4. Dimensão Socialização e Integração .....	36
3.5. Dimensão Resiliência.....	38
IV. Discussão e Conclusões.....	41
Referências.....	46
Anexos .....	58

## **Índice de Quadros**

Quadro 1.1. Número máximo anual de doentes a evacuar por cada PALOP.....	9
Quadro 2.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	21
Quadro 3.1. Principais resultados das dimensões em análise .....	25

## **Índice de Figuras**

Figura 3.1. Dimensão do indivíduo e do contexto .....	277
Figura 3.2. Dimensão saúde e doença .....	300
Figura 3.3. Dimensão suporte social .....	333
Figura 3.4. Dimensão Socialização e Integração .....	366

## **Lista de Abreviaturas**

APD – Ajuda Pública ao Desenvolvimento

DGS – Direção Geral de Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INE - Instituto Nacional de Estatística

MSCV – Ministério da Saúde de Cabo Verde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portugal

PIB – Produto Interno Bruto

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Sistema Nacional de Saúde

## **Introdução**

Este trabalho nasce da vontade de aprofundar o conhecimento adquirido ao longo das minhas atividades enquanto técnico social na Girassol Solidário, uma associação que tem como missão base o apoio aos doentes evacuados de Cabo Verde.

A escolha do tema surgiu pelo fato de trabalhar há oito anos com estes cidadãos, convivendo de perto com as suas realidades. Antes de realizar este trabalho, pude observar de perto, acompanhado de algum diálogo, as suas vivências e a angústia que é perceber que os seus sonhos ficaram parados no tempo, o que sempre me causou muita inquietação.

O presente trabalho incide sobre doentes evacuados de Cabo Verde com doença renal crónica (DRC). Pretendi com este tema dar o meu contributo para que se possa refletir de uma forma díspar sobre aquilo que se tem verificado até hoje, acreditando que essa reflexão resultará em intervenções futuras adequadas a realidade que estas pessoas enfrentam em várias dimensões.

A doença renal crónica é muito debilitante e o doente fica dependente do tratamento dialítico, três vezes por semana, e deslocações permanentes aos hospitais e centros de hemodiálise, para exames complementares de diagnóstico bem como reajustar estratégias para o novo processo de mudanças.

Quando alguém sofre de uma doença crónica, geralmente depara-se com diversas mudanças nas suas vidas, experimentando novos sentimentos e emoções, limitações físicas e restrições sociais (Henriques, 2008), diante de uma panóplia de fatores stressores, de mudanças e de perdas provenientes da própria doença.

Neste sentido, o presente trabalho parte da necessidade de compreender como cada doente encara esta situação e que recursos são utilizados por estes para gerir as consequências trazidas pela doença. Assim, definimos como objetivos gerais perceber o significado de ser um doente evacuado de Cabo Verde, e que recursos e desafios se colocam para a sua integração em Portugal, na perspetiva do mesmo.

Pretende-se também compreender quais as fases de adaptação a doença, bem como os reajustes que o doente é obrigado a fazer na sua vida diária e a importância da resiliência na capacitação e superação no enfrentamento da doença em situações de maior fragilidade.

O presente trabalho é composto por quatro capítulos. O primeiro capítulo é relativo ao enquadramento teórico onde os conceitos principais são apresentados numa perspetiva global, nomeadamente, a emigração cabo-verdiana para Portugal, bem como a sua integração, doença renal, resiliência e aculturação. No final do capítulo é definido o problema de investigação e são apresentados os objetivos gerais e específicos do presente estudo. O segundo capítulo refere-se a metodologia da investigação, explicando o fundamento da metodologia escolhida. O quarto capítulo diz respeito à apresentação e análise dos resultados, remetendo-se para um último capítulo a sua discussão.

## **I. Enquadramento Teórico**

### **1.1. Emigração Cabo-Verdiana para Portugal**

Neste capítulo é feita uma exposição geral do fenómeno migratório cabo-verdiano para Portugal. Se compararmos a emigração cabo-verdiana com outras grandes diásporas mundiais é relativamente muito menor. No entanto, se compararmos o número de residentes no próprio país em relação aos nativos que vivem na diáspora, a sua dimensão é muito maior. Como refere Gusmão (2005), o movimento migratório cabo-verdiano é um dos mais antigos e mais regulares entre a África e a Europa.

Na visão de Jackson (1991), o conceito de migração caracteriza-se pelo seu carácter tridimensional: geográfico, temporal e social. A dimensão geográfica refere-se à transposição de fronteiras, a dimensão temporal refere-se à mudança contínua e, por último, a dimensão social refere-se ao facto de haver uma mudança nas redes sociais informais (e.g., família, amigos etc.).

Chegaram a Portugal várias centenas de milhares de pessoas emigradas que regressaram das ex-colónias africanas, nacionais e africanos dessas mesmas colónias (Baganha, 2005; Malheiros, 2002). Estes migrantes integraram-se no tecido social português, fixando a sua residência na área metropolitana de Lisboa, tendo o seu percurso migratório influenciado os grupos migratórios seguintes (Padilla & Ortiz, 2012). Conforme referem Pires, Machado, Peixoto e Vaz (2010), trata-se de um repatriamento em massa devido à guerra colonial e ao fim do período colonial, bem como, à aproximação histórica entre Portugal e alguns países africanos, nomeadamente Angola, Guiné Bissau, Moçambique São Tome e Cabo Verde.

No que concerne a estudos realizados sobre a temática da imigração cabo-verdiana para Portugal, o maior fluxo de entradas em Portugal registou-se entre os anos 60 e até finais dos anos 80 (Batalha, 2008; Carvalheiro, 2008; Góis, 2008). A maioria dos migrantes eram trabalhadores com poucas ou nenhuma qualificações profissionais e/ou baixa escolaridade, que vieram para Portugal trabalhar sobretudo na construção civil devido à escassez da mão de obra neste sector, face ao recrutamento militar para as guerras coloniais (Pires, 2003) e devido à emigração dos portugueses para França. O grupo com maior expressão numérica desta vaga migratória era constituído pelos imigrantes cabo-verdianos, seguindo-se-lhe os imigrantes

refugiados que vinham de Angola e Moçambique, em menor número (Saint-Maurice, 1994; Santos, 2006).

**Caracterização geral da imigração cabo-verdiana para Portugal.** O registo histórico da imigração cabo-verdiana teve o seu início no século XV, sendo caracterizada como uma imigração forçada para trabalho escravo, sendo que apenas no século XVIII-XIX começou a transformação num movimento de livre vontade (Góis, 2006).

A imigração está na génese do cabo-verdiano, que ao longo da história foi construindo uma “cultura de migração” (Åkesson, 2004), uma tradição e uma história que o une com Portugal. A emigração cabo-verdiana para Portugal terá certamente começado ainda no século XVI ou XVII, pouco tempo após o início do povoamento das ilhas do arquipélago de Sahel, (Góis, 2008).

Conforme referido anteriormente, Portugal teve o seu “boom migratório”, para a então metrópole, nos anos 60 com a vinda de imigrantes cabo-verdianos, que vinham trabalhar no setor mineiro, na construção civil e obras públicas. De um modo geral, estes imigrantes possuíam baixa escolaridade (Góis, 2006).

Estes imigrantes cabo-verdianos vieram para Portugal na condição de “trabalhadores convidados” para substituírem os então imigrantes portugueses também eram denominados como “*guest workers*” nos países europeus referidos (Góis, 2008). Assim sendo, enquanto grande parte da força de trabalho portuguesa rumava à Europa industrializada, os trabalhadores cabo-verdianos chegavam a Portugal como força de substituição. Como argumenta António Carreira (1982, p. 83), “eles [cabo-verdianos e portugueses] eram forças de trabalho do mesmo tipo, ambas com uma elevada percentagem de analfabetos e apenas distinguíveis pela cor da pele.”.

Os maiores picos da imigração cabo-verdiana para Portugal ocorreram nas décadas de 1960-80. No início eram maioritariamente homens oriundos das localidades rurais das ilhas, essencialmente da ilha de Santiago. Este fluxo migratório explica-se pelo fato de na década de 1960 e início da de 1970 uma parte significativa da saída da força de trabalho portuguesa para outras paragens da Europa se relacionar com o desenvolvimento industrial ocorrido no pós II Guerra Mundial em alguns países, sobretudo França, a Alemanha e o Luxemburgo (Franco, 1971; Poinard, 1979; Porto, 1977; Rocha-Trindade, 1975, 1979; Serrão, 1977). Em simultâneo,

a economia portuguesa crescia significativamente, havendo uma escassez de mão-de-obra barata e indiferenciada. Este marco constituiu um fator de atração e oportunidade para a primeira vaga de imigrantes laborais cabo-verdianos a chegar a Portugal.

Contudo, salienta-se que se recuarmos umas décadas, antes dos anos 60, percebemos que não foi somente a escassez de mão-de-obra que atraiu a imigração cabo-verdiana para Portugal, tendo também ocorrido migração de um grupo privilegiado de cabo-verdianos, pertencentes a uma elite estudantil, de comerciantes e administradores (Åkesson, 2004).

Segundo alguns (Batalha, 2008) uma das razões determinantes da saída em número significativo de cabo-verdianos para a Europa, em particular Portugal, foi a falta de interesse por parte do governo colonial em investir no desenvolvimento e infraestruturas em Cabo Verde, de modo a criar empregos que fixassem a população naquele território. Um outro fator determinante foi a seca grave que contribuiu para agravar a pobreza ao longo da década de 1960, aumentando assim a pressão migratória (Batalha, 2008).

Uma das principais razões da emigração é a procura de melhor oferta de trabalho com a finalidade de melhorar o capital económico (Góis, 2008; Massey, 1986). A imigração cabo-verdiana também não foge a esta tendência, dado que, de um modo geral, a principal razão da vinda para Portugal, bem como para outras regiões do mundo, é de cariz económico.

Por outro lado, há um outro aspeto que se destaca na vinda de cidadãos cabo-verdianos neste período, que está relacionado com a língua: a maioria dos cabo-verdianos imigrantes não falava português e nunca dominou a língua o suficiente para se integrarem satisfatoriamente na sociedade portuguesa da época (Góis, 2008).

Este fator leva-nos a destacar os argumentos de Monteiro (1997), que alega que ideia inicial de muitos imigrantes é sobretudo de natureza económica, neste caso poupar o mais depressa possível. Além disso, sublinhe-se que outros autores defendem que é por vezes esta atitude que conduz à exclusão social das minorias étnicas, à sua marginalização, agrupando-se em torno de uma “cidade oculta” o que contribui para o seu afastamento social, empobrecimento das teias relacionais, conduzindo ao seu estereótipo de margem da “cidade pública” (Santos, 2006; Simões, 2002).

Baganha e Góis (1999) afirmam que existem algumas dificuldades em encontrar dados precisos nas bases estatísticas – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e Instituto Nacional

de Estatística (INE) – em que se possa identificar no tempo a origem da comunidade PALOP em Portugal, neste caso a comunidade cabo-verdiana. Como foi aqui referido, a comunidade cabo-verdiana, marcou a sua presença no território nacional muito cedo. França (1992) e Góis (2006, 2008) defendem que a imigração cabo-verdiana está faseada em três momentos distintos a saber: (i) antes da independência; (ii) na fase pós-independência; (iii) na fase da imigração laboral.

Apesar das limitações dos dados estatísticos, pode-se afirmar que a primeira fase identificada corresponde ao registo significativo de vinda de cidadãos cabo-verdianos para Portugal ocorreu nos anos 60, antes da independência. Os migrantes cabo-verdianos vinham para Portugal como contratados, para suprir a carência da mão-de-obra local, no setor da construção civil e obras públicas, consolidando assim a rede migratória entre Portugal e Cabo Verde (Batalha, 2008; Esteves, 1991).

Na segunda fase identificada, após a independência de Cabo Verde, no ano de 1975, registou-se um repatriamento de cabo-verdianos com nacionalidade portuguesa (Pires, 1999). Muitos destes cidadãos integraram a tropa colonial portuguesa durante a guerra das independências, ou das outras ex-colónias portuguesas, como a Guiné-Bissau, Angola, Moçambique, Timor ou Macau.

Por último, na terceira fase mencionada, que se iniciou nos anos 80, designada em termos legais e históricos como imigração laboral, os cabo-verdianos vieram trabalhar no setor da construção civil, nas obras públicas e em serviços de limpeza (França, 1992). Uma outra fração de migrantes cabo-verdianos entraram com vistos de turismo, optando em muitos casos por permanecer em situação irregular, (Góis, 2006).

Acresce mencionar que para além destes imigrantes, e das fases da imigração cabo-verdiana acima identificadas num contexto específico temporal, existem outros imigrantes que não estão diferenciados na estatística do SEF devido ao tipo de visto concedido: um Visto de Estada Temporária, que inclui não só as entradas por motivos de saúde, como também para outros fins como, por exemplo, permanecer no território nacional a exercer qualquer tipo de atividade num período não superior a seis meses. Estes mesmos cidadãos não são alvos de estudos aprofundados. Trata-se sobretudo de cabo-verdianos que vêm do seu país para Portugal por motivos de saúde.

**Imigração por motivos de saúde.** Existem várias teorias explicativas das decisões de migrar (ver Castles, 2005; Peixoto, 2004; Portes, 1999). De todas as razões apontadas pelos autores, sublinha-se que a decisão de imigrar nem sempre é uma decisão fácil, uma vez que, e a sua concretização é antecedida de muitas ponderações. O processo migratório traz uma rutura social e cultural e reveste-se de dificuldades diversas, como as barreiras sociais e culturais como, por exemplo, a barreira linguística que é preciso gerir.

Segundo os dados consultados em diversas bases de dados (B-on, Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, Academic Search Complete, Repositório do ISCTE-IUL, entre outros) e igualmente inúmeras pesquisas nas bases estatísticas (INE e SEF), há escassos os estudos realizados em Portugal que relacionam a saúde ao ato de imigrar, especificamente no caso cabo-verdiano. Poucos estudos se focam nos motivos de saúde como a principal razão da vinda das pessoas do seu país de origem para Portugal. Os trabalhos científicos realizados subordinados aos temas imigração e saúde focam-se nos imigrantes que já vivem no território nacional, cuja motivação da sua imigração é alheia à saúde. Estes estudos centram-se muito nas doenças de imigrantes em território nacional, por exemplo mortalidade e morbilidade, HIV, acesso dos imigrantes ao Sistema Nacional da Saúde, entre outros. Neste sentido, quisemos contribuir para o estudo da saúde como fator principal da vinda de cidadãos para Portugal.

Em 1946, Organização Mundial de Saúde (OMS), define a saúde como sendo o “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, n.d.). A saúde é vista como um fator importante para o desenvolvimento sustentável de qualquer sociedade, pelo facto de que nenhuma população doente pode contribuir para o progresso do seu país.

Assim, os cabo-verdianos que vêm para Portugal por motivos de saúde, constituem um fluxo migratório muito específico, não obstante dos outros imigrantes cabo-verdianos que começaram a marcar a sua presença no território nos anos 60. Os cabo-verdianos que imigraram por motivos de saúde, também já têm o seu marco no historial da imigração para Portugal, embora sejam menos expressivos neste contexto migratório. Tratam-se pessoas que, derivado ao seu estado de saúde e à falta de recursos clínicos em Cabo-Verde, se vêm forçados a vir para Portugal, na esperança de obterem um tratamento adequado à sua patologia. Estes imigrantes chegam em situações de fragilidade e vulnerabilidade, sendo que a grande maioria desconhece os códigos, procedimentos e aspetos burocráticos específicos. Acresce a este desconhecimento

as dificuldades de comunicação que muitos apresentam, tendo frequentemente uma baixa escolaridade e qualificação profissional, e em alguns casos sendo caracterizados pela iliteracia, o que condiciona em muitos aspetos a sua vivência quotidiana.

## **1.2. Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e Cabo Verde**

A cooperação Bilateral é definida como “o conjunto de ações que envolvem o relacionamento Estado a Estado, ou seja, existência de dois agentes soberanos que mantenham entre si um relacionamento cooperativo” (Rodrigues, Martins, & Fernandes, 2011, p. 72). Desde os nossos primórdios, o ser humano teve a necessidade de cooperar; porém, é no Séc. XX, que esta prática se formaliza, iniciando-se a cooperação bilateral entre os colonizadores e colónias. Nos anos 30, durante a administração de Franklin Roosevelt, registou-se o primeiro programa estadunidense de cooperação bilateral denominado “*Good Neighbor Policy*” com objetivo de desenvolver alguns países da América Latina (Kanbur, 2006). No entanto, é no final da segunda grande guerra que os EUA iniciam o grande projeto de Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD)<sup>1</sup> dando entre 2 a 3% do seu Produto Interno Bruto (PIB) para ajudar na reconstrução de uma Europa devastada pela guerra (Silva, 2011).

No caso Português, a cooperação bilateral surge como uma das consequências da mudança política ocorrida em Abril de 1974, com a proclamação da independência das então colónias durante o ano de 1975, nomeadamente Angola, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe, Moçambique e Cabo Verde.

Com vontade de inverter as relações desiguais que se tinham mantido durante séculos, Portugal procurou desenvolver uma relação de amizade e partilha, assentes em valores e respeito, bem como na colaboração para o desenvolvimento destes países cuja independência tinha sido reconhecida. Neste sentido, em 1977 decidiram estabelecer acordos de cooperação bilateral em vários domínios, entre as quais, acordos de saúde, que contemplavam a vinda de doentes para tratamento em Portugal, depois de estarem esgotados todos os meios de diagnósticos no seu país de origem. Como é natural, um país recentemente independente tem

---

<sup>1</sup> Este projeto foi denominado de Plano Marshall, e foi anunciado em 05/06/1947 pelo Secretário de Estado de então, George Marshall.

muitos desafios. No caso das ex-colónias portuguesas, um dos grandes problemas era o baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>2</sup>, bem como alguns indicadores de saúde primários insatisfatórios. Estes indicadores eram justificados pela escassez de água potável, ausência de saneamento, alimentação deficitária, falta de higiene, existência de insuficientes campanhas de vacinação e um Sistema Nacional de Saúde (SNS) de baixa cobertura e acessibilidade, (Vaz, 2012). Neste sentido, a oportunidade da cooperação bilateral revelou-se de extrema pertinência, uma vez que motiva a promoção e melhoramento da saúde da população, bem como o aumento do seu índice do IDH (Marques & Torgal, 2002), e, conseqüentemente, um efeito positivo no que diz respeito à redução da pobreza (Instituto Português do Apoio ao Desenvolvimento, 2011).

Neste sentido, com o propósito de tentar suprir as necessidades acima identificadas, foram estabelecidos acordos que regulam a assistência médica aos doentes evacuados, estabelecendo as responsabilidades e encargos para ambos os governos, que também é estabelecido o número máximo de doentes a evacuar por ano. Importa realçar que o número anual de doentes a evacuar por cada PALOP (Quadro 1.1), ultrapassa em muito o número previsto.

### **Quadro 1.1**

*Número máximo anual de doentes a evacuar por cada PALOP*

Pais de origem	Plafond anual acordado
Angola	200
Cabo Verde	300
Guiné-Bissau	300
Moçambique	50
São Tomé e Príncipe	200

Fonte: DGS (2011)

<sup>2</sup> Em 2010 foram tidas como critérios a esperança de vida ao nascer, anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade e o PIB per capita.

A vinda dos doentes para Portugal para tratamento médico ao abrigo do protocolo de saúde prevê uma sequência de procedimentos e responsabilidades por ambos os governos, que é semelhante para no número de doentes a evacuar, pagamento de despesas e atribuição de subsídios, à exceção de Angola e Moçambique. Mais abaixo, iremos expor de uma forma genérica estes procedimentos e responsabilidades entre Portugal e Cabo Verde. Abordaremos ainda direitos e deveres dos evacuados.

**Procedimentos entre as entidades envolvidas no processo de evacuação por parte Governo dos PALOP - Cabo Verde.** Um Médico Assistente, através da Junta Médica, elabora um relatório clínico, onde fundamenta a necessidade de evacuar o doente, quando já estão esgotados todos meios de diagnóstico e tratamento no país. Este relatório clínico é submetido a apreciação pelo Ministério da Saúde, que dará o seu parecer. Se o parecer for favorável, o processo de evacuação do doente é formalizado e a Embaixada de Portugal é informada e, por sua vez, contacta formalmente a Direção Geral de Saúde (DGS) para que proceda à sua aceitação, no âmbito dos acordos de cooperação internacional. Então, a Embaixada de Cabo Verde em Lisboa informa o Ministério da Saúde de Cabo Verde (MSCV) da marcação da consulta, para que se possam diligenciar todos os procedimentos necessários para a deslocação do doente. É importante referir que, por vezes, há situações de urgência. Nestes casos, a Embaixada de Cabo Verde ou o próprio MSCV comunicam com DGS por telefone, fax ou e-mail sobre a vinda do doente. Por sua vez, a DGS determina qual o hospital mais adequado para receber o doente em situação urgente e informa o hospital da sua vinda (DGS, 2004).

**Responsabilidades da evacuação - Cabo Verde.** Ao Estado de Cabo Verde compete assegurar o transporte aéreo do doente para Portugal, bem como o seu regresso após a alta ao país de origem. O transporte do doente do aeroporto ao local de destino também é da responsabilidade do Estado de Cabo Verde. Caso o doente não fique internado, compete ainda ao Estado de Cabo Verde garantir o alojamento, alimentação e, sempre que necessário, o tratamento ambulatorio. O Estado de Cabo Verde tem ainda a responsabilidade do fornecimento de medicamentos e próteses e, em caso do falecimento do doente no território português, o funeral ou repatriamento.

### **Procedimentos das entidades envolvidas no processo e evacuação - Portugal.**

Quando o doente já tem a consulta confirmada em Portugal, compete à Embaixada Portuguesa em Cabo Verde, a emissão de um Visto de Estada Temporária. A DGS coordena e avalia o processo da evacuação, através do seu departamento de Cooperação Internacional, inserida na Direção de Serviços de Assuntos Europeus e Cooperação Internacional. Compete ainda à DGS emitir um ofício ao serviço de gestão de doentes do hospital escolhido para receber e tratar o doente.

**Responsabilidades da evacuação – Portugal.** O Estado Português compromete-se a assumir todas as despesas inerentes à assistência médica e hospitalar, assim como os meios complementares de diagnóstico e terapêuticas sempre que efetuadas em entidades oficiais de saúde. É igualmente responsabilidade do Estado Português garantir o transporte de ambulância do aeroporto ao hospital sempre que o estado clínico do doente assim o obrigue.

**Direitos e deveres dos evacuados.** Além dos direitos garantidos pelo Estado Português e pelo Estado Cabo-Verdiano apontados acima, os doentes têm também o direito de ter todas as dúvidas inerentes à sua condição de doentes evacuados esclarecidas, ter acesso aos tratamentos médicos e ajudas técnicas, bem como auferir do subsídio atribuído pelo governo de Cabo Verde. O doente tem ainda as suas responsabilidades e deveres inerentes ao seu estatuto. Após chegar a Portugal, o doente tem 48 horas para representar junto da sua Embaixada em Lisboa. Durante a sua estadia para o tratamento, o doente terá de informar e manter atualizados a sua morada e contato telefónico, entregar um relatório trimestral que é enviado ao MSCV, para que o doente receba o seu subsídio atribuído pelo governo de Cabo Verde. Compete ainda ao doente manter a sua situação sempre legal no território português, junto do SEF, bem como cumprir as datas das suas consultas, exames e tratamentos.

### **1.3. Doença Renal: Significado, Estratégias e Reajustes na Vida Diária**

A força e prevalência de doenças crónicas nas sociedades modernas tem constituído um problema e um desafio crescente dos sistemas de saúde (Healy & Monahan, 2010). A nível mundial, tendencialmente, as doenças crónicas têm vindo a aumentar, o que tem levado a que algumas instituições internacionais a se juntarem com o objetivo de criar mecanismos para a sua prevenção precoce, assim como a redução das complicações que advém de uma doença

crónica. Segundo a definição da OMS, a doença crónica é uma alteração no nosso organismo e que provoca alterações no estilo de vida por um período indeterminado.

Na maioria dos países africanos, o peso das doenças crónicas tem contribuído para uma diminuição da capacidade de produzir riqueza (Kirigia, 2005, citado por Freitas et al., 2010), “conspirando para perturbar a equação saúde e desenvolvimento” (Sambo, 2005, citado por Freitas et al., 2010).

A doença renal crónica (DRC) é a fase mais avançada da doença renal, que consiste na perda progressiva, irreversível e multifuncional, da capacidade dos rins em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos<sup>3</sup>, gerando alterações nos diversos sistemas do organismo (Smeltzer & Bare, 2009). O doente é obrigado a conviver diariamente com uma doença incurável e a sujeição a um tratamento doloroso e de longa duração que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, maiores limitações e alterações de grande impacto.

A representação da doença ocorre tanto na vida do doente, como na vida dos seus familiares, afetando as várias dimensões do seu ser, sejam elas de natureza física, psicológica económica e social (Ramos, Queiroz & Jorge, 2008). Os doentes renais crónicos percorrem um caminho inevitável que passa pelo tratamento de substituição da função renal e que engloba a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal (Arduan & Riviera, 2006). Estes tratamentos são extremamente necessários e responsáveis pela manutenção e/ou prolongamento da sua vida.

- alteração da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre o medo de viver e o medo de morrer, acarretando dificuldades emocionais, provenientes da própria doença. A doença renal crónica torna a vida dos afetados muitas vezes menos prazerosa e abala a sua autoestima (Resende, Santos, Souza, & Marques, 2007), criando um grande desgaste emocional, limitando a sua vida social, e podendo-se repercutir enquanto fatores desencadeantes de depressão, por exemplo, (Zatz 2002). Existem inúmeras transformações de

---

<sup>3</sup> Os eletrólitos têm um papel importante na manutenção da homeostase do organismo. Ajudam a regular a função miocárdica e neurológica, equilíbrio de hídrico, liberação de oxigénio nos tecidos, equilíbrio acidobásico e muito mais. Podem desenvolver-se distúrbios eletrolíticos desenvolver pelos seguintes mecanismos: ingestão excessiva ou redução na eliminação de um eletrólito, ou redução diminuída ou eliminação excessiva do mesmo.

costumes a que um doente é obrigatoriamente submetido para ter uma vida ativa e produtiva e para desfrutar de alguma felicidade na vida, tendo de “reaprender” a viver de uma outra forma (Lima & Gualda, 2000; Ramos, Queiroz, & Jorge, 2008).

Segundo a classificação feita por Levy (1977), que até a presente data é mencionada por alguns nefrologistas, a doença renal e o tratamento dialítico são vividos de forma faseada. A fase inicial é marcada pelo aumento do bem-estar físico e sensação de confiança pela esperança de manter a sua vida. Esta fase inicial dura normalmente seis semanas a seis meses. De seguida vem o período de “desencanto” e “desencorajamento” que é definido por um início de tristeza, falta de esperança e impotência. A depressão e ideações suicidas são frequentes durante esta fase. Por último, o doente finalmente alcança um nível de aceitação da sua doença e das suas limitações, embora haja quem nunca chega a essa fase de aceitação (Levy, 1977; Bell, 2007). O desenrolar de todo este processo inicia-se no diagnóstico da doença, passando pelo tratamento dialítico, e posteriormente à submissão a um transplante renal.

Neste sentido, é importante compreender a importância do suporte psicossocial, que poderá servir e ser utilizado como defesa emocional das consequências negativas durante o declínio da função física ao longo do processo de adoecimento (Trentini, Silva, & Leimann, 1990), bem como ajudar a superar infortúnios da vida (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2011). O doente crónico tem uma vivência cansativa e desgastante, sendo o seu cotidiano sofrível e limitativo, o que se reflete no seu estado emocional e na sua vida diária. Por outro lado, há um aspeto fundamental para o doente que passa pela sua socialização e a convivência com os familiares, bem como a participação nas rotinas diárias—o trabalho, os estudos, a vida afetiva, familiar—, sendo preponderante para a reestruturação do doente a sua inserção em diversas atividades, respeitando obviamente as suas restrições (Nifa & Rudnicki, 2010).

Assim, há vários fatores que se revelam importantes para a aceitação da doença, tendo efeito mais positivo no estado emocional da pessoa e em todo o seu processo de tratamento terapêutico, tais como a rede de suporte psicossocial e/ou acompanhamento personalizado, motivação, envolvimento familiar, compreensão da doença e suas crenças, aceitação da dieta rigorosa e da medicação (Dias, 2001; Machado, 2009; Seid, Tróccoli, & Zannon, 2001; Thomas & Alchieri, 2005).

#### **1.4 Resiliência como potencial fator na superação da doença crónica.**

Existe uma forte relação entre as características de resiliência do doente e a sua relação com a doença crónica. O conceito resiliência veio da física, onde é definida como a capacidade de os materiais elásticos resistirem aos choques e pressões sem alterar suas qualidades (Assis, Pesce, & Avanci, 2006; Balancieri, 2007; Couto-Oliveira, 2007; Yunes & Szymanski, 2001), sendo que o material elástico consegue voltar à sua forma original quando termina a sua mutabilidade (Pinto, 2002). O conceito de resiliência foi adotado nas ciências sociais e humanas e da saúde, fazendo referência à capacidade do ser humano em responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, assim como, a sua capacidade para lidar com mudanças e estratégias de enfrentamento de problemas e *stress* (Rutter, 1999). Segundo Flach (1991) o individuo resiliente é aquele que tem capacidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva (Pinheiro, 2004).

Alguns autores defendem que, embora estas respostas de resiliência possam ser quase naturais em alguns indivíduos, também é provável que não tenhamos todos as mesmas capacidades, visto que as pessoas diferem da sua força interior (Gallo, Bogart, Vranceanu, & Matthews, 2005). Além disso, a resiliência poderá ser influenciada pelas interações, nomeadamente com a sua família, (Silva, Elsen, & Lacharité, 2003). Também é provável que se possa ser adquirida ao longo do seu desenvolvimento enquanto ser social (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Segundo Morais e Koller (2004), a resiliência pode ser compreendida como o processo que envolve a capacidade humana em superar uma adversidade, naquele momento e naquelas circunstâncias, mas não quer isto dizer que o individuo sai dessa crise invulnerado. Os insuficientes renais crónicos são constantemente confrontados com muitas adversidades, as quais os fragilizam, acompanhados de medo, desanimo, tristeza, o que poderá dificultar a sua trajetória de vida.

Segundo a OMS, a doença crónica é caracterizada pelo fato de ser duradoura e levar a algum tipo de incapacidade, mesmo que residual, necessitando de observações e de cuidados (Almeida, 2007). A condição crónica de saúde é determinada pelo momento em que a pessoa

passa a ver a doença como sendo o seu processo de viver, levando a constantes situações de *stress* (Trentini & Silva, 1992). Neste entendimento, Vinaccia, Quiceno e Remor (2012) argumentam que o “peso” da doença crónica provoca diversos efeitos na pessoa.

Como referido anteriormente, a insuficiência renal crónica provoca uma série de alterações nas atividades diárias, bem como na perspetiva de vida, forçando o doente a viver uma nova vida, incluindo a independência ao tratamento dialítico e auxílio constante de terceiros (Dyniewicz, Zanella, & Kobus, 2004). Neste sentido, a resiliência é particularmente importante para alcançar alguma estabilidade emocional, ou seja, gerir positivamente as emoções em situações de stress (Troster, 2011).

#### **1.4. Aculturação: Conceito e Processos**

O conceito aculturação tem sido um tema com muita relevância nas áreas das ciências sociais, relativamente ao processo em si, bem como a interação do imigrante em todo o seu processo. Segundo Berry (2005) aculturação pode ser definida como sendo um conjunto de mudanças culturais e psicológicas no contato entre dois grupos culturais e seus membros.

Na perspetiva de Redfield, Linton e Herskovits (1936) a aculturação é o resultado de um fenómeno que ocorre quando grupos de indivíduos de diferentes culturas se tornam contínuos no seu primeiro contato, com consequentes mudanças na cultura original de ambos os grupos. A aculturação é considerada um processo multidimensional em que os indivíduos e grupos passam por estágios de ajuste, bem como mudanças em vários domínios tais como a linguagem e estatuto socioeconómico e cultural (Olmedo, 1979). As mudanças, na maioria das vezes, obrigam-nos a estratégias de *coping*, mudanças estas que poderão ocorrer ao nível social e que poderão ser perturbadoras para o indivíduo. Uma mudança repentina do hábito de vida e tradições culturais pode produzir *stress* aculturativo (Berry, 1980)

Para o imigrante, a relação de pertença à sua origem fá-lo sentir seguro culturalmente quando se muda para uma nova sociedade. O sentimento de pertença à sociedade de acolhimento ocorre quando este se sente seguro e em casa no país adotado (Berry, 2005; Hou, Schellenberg, & Berry, 2016; Schimmele & Wu, 2015; Wu, Hou, & Schimmele, 2011). Por outro lado, vivenciar alguma experiência social desagradável em particular (e.g. sentir-se

excluído) poderá desencorajar o seu sentimento de pertença ao país de acolhimento (Reitz & Banerjee, 2007) e reforçar o apego ao seu país de origem (Branscombe, Schmitt e Harvey, 1999). A imigração exige uma adaptação do indivíduo a uma cultura, língua, regras culturais e de funcionamento diferentes e a um novo meio. Na maioria das vezes, o imigrante precisa de desenvolver estratégias de adaptação que lhe permitam ultrapassar as dificuldades originadas pela condição de ser imigrante.

Berry identifica quatro atitudes principais de aculturação (Berry, 1995, 1997; Berry & Sam, 1997): (i) integração – manter a cultura de origem e ao mesmo tempo adquirir uma nova cultura; (ii) assimilação – aquisição de uma nova cultura e rejeição da cultura de origem; (iii) separação – manter a cultura de origem e rejeitar a nova cultura; (iv) marginalização – rejeição da cultura de origem e da cultura do país de acolhimento. Neste entendimento, Berry (2001) afirmava que a melhor estratégia de aculturação para o imigrante é a integração, uma vez que o indivíduo poderá ter uma boa teia relacional com a sociedade de acolhimento, mantendo a sua cultura sem viver à margem da cidade pública e interagindo positivamente com a cultura do país de acolhimento.

Berry (1997) considera existirem três fatores determinantes que acompanham este processo que influenciam o grupo em todo o processo: (i) o imigrante poderá entrar num processo de aculturação voluntariamente (e.g. imigrantes com estatuto de residentes temporários); (ii) o imigrante poderá, pelo seu estatuto, ser forçado a aculturar-se (e.g. refugiados); ou, por último, (iii) pode existir uma relação história (e.g. colonização) que origina uma tendência para imigrar para determinado destino e decidir residir nesse novo contexto (mobilidade).

### **Estratégias de Aculturação do Imigrante Cabo-Verdiano na Sociedade Portuguesa.**

A integração é a luz da incerteza que o imigrante detém na sua nova vida numa nova sociedade. Esta nova realidade é, muitas vezes, acompanhada nomeadamente por barreiras linguísticas e culturais. Por outro lado, a integração é a luz da estabilidade no relacionamento entre o cidadão que imigra e os cidadãos do país de acolhimento; cidadãos estes que têm um papel fundamental na integração dos imigrantes a nível local (Fonseca & Goracci, 2007). Desta forma, o fenómeno migratório é uma questão social por vezes muito complexa. Portugal foi e é um país de destino

de muitos imigrantes que, por vezes, não têm oportunidade de integração devido a determinados fatores que a condicionam.

A imigração, pela sua natureza, devia ser encarada como positivo, dado que nela ocorrem dois papéis, o de doador e o de recetor da cultura. Na maioria das vezes, quando esse processo de receção não se verifica por motivos de dificuldades de auto-inclusão, não participando das práticas sociais da sociedade de acolhimento, pode levar à sua exclusão, (Carvalho, 2007). Por outro lado, os imigrantes podem ser vistos como uma ameaça e potenciais “usurpadores” de direito e de privilégio, reservados à população autóctone (Silva & Silva, 2002; Vala, Pereira, & Ramos, 2006).

Um outro conceito que está intimamente ligado ao conceito de integração do imigrante é o de suporte social, que é visto como tendo um impacto positivo na vida dos imigrantes no que se refere à adaptação a nova cultura, que em simultâneo tentam manter a sua identidade cultural (Choi & Thomas, 2009). Quando o imigrante se sente aceitação por parte da sociedade autóctone fica mais motivado a identificar-se com os hábitos culturais do país de acolhimento (Badea, Jetten, Iyer, & Er-Rafiy, 2011; Nesdale & Mak, 2000). Portugal é um país de emigração e imigração que recebe diferentes fluxos de protagonistas e, por vezes, é preciso estar preparado em termos de políticas sociais para criar as respostas necessárias à sua integração (Machado, 2002).

A integração do imigrante no país de acolhimento está sujeita à conjugação de alguns fatores, tais como a importância das políticas sociais destinadas aos imigrantes e o *empowerment* dos mesmos, para que se crie o sentimento de pertença à sociedade de acolhimento, a inclusão e interculturalidade, através de várias medidas como a formação profissional, o emprego e a proteção social, minimizando as hierarquias étnicas “e que sejam capazes de manter as suas fronteiras e individualidades mas participando em igualdade” (Cashmore, 1996, p. 67) dotando-os de oportunidades iguais para que se possam inserir de forma ativa na sociedade.

Como referido anteriormente, a comunidade cabo-verdiana constitui-se como uma das mais importantes no historial da imigração Portuguesa. Este fato regista-se até aos dias de hoje, sendo que muitos cabo-verdianos escolhem Portugal como país de acolhimento. De um modo geral, os primeiros cabo-verdianos residentes em Portugal viviam em sítios dispersos, com

maior concentração em Lisboa e vale do Tejo, não querendo com isto dizer que todos partilhem uma identidade comum, numa perspetiva global (Batalha, 2004). Estes mesmos imigrantes viviam sem condições de habitabilidade e de saneamento em bairros de lata, construindo a sua própria cidade à margem da cidade pública (Smith, 2006). Atendendo a esta problemática social, em 1990, o Governo Português recorreu a fundos Europeus para colmatar este problema, dando início à construção de bairros sociais.

Para além da fixação geográfica dos cabo-verdianos em sítios diferentes, também há uma estratificação relativa à sua classe social, o que influencia a sua integração. Existe um grupo minoritário de imigrantes cabo-verdianos pertencentes aos quadros técnicos e administrativos portugueses, tendo uma probabilidade de integração mais favorável devido à sua situação económica. Por outro lado, existe um grupo maioritário de imigrantes que chegaram a Portugal após 1975, que é classificado como tendo baixo nível de instrução e qualificação profissional, fator este que influencia a sua integração, sendo marginalizados social, cultural e economicamente (Amaro, 1985; França, 1992).

### **1.5. Definição do Problema de Investigação**

A aproximação das relações entre Portugal e alguns países africanos, nomeadamente Cabo Verde, advém da sua partilha histórica. Dessa partilha percebeu-se a necessidade de cooperação em várias áreas, incluindo a área da saúde. Neste sentido, há vários anos que recebe vários cidadãos oriundos de Cabo Verde para tratamento médico.

A vinda a Portugal com o propósito de melhorar a sua saúde acontece, por vezes, em situações urgentes. Em alguns casos, os doentes partem do seu país de origem—Cabo Verde—sem preparação ou planeamento da partida, penso que a sua estadia em Portugal será algo breve. Posteriormente, estes doentes são confrontados com o facto de que estão “obrigados” a viver em Portugal por um período indeterminado. Estas situações levam, na sua maioria, a marcas profundas no bem-estar psicológico destes cidadãos, principalmente quando os próprios sentem que há ausência de um suporte social, nomeadamente a sua família. Além de terem de lidar com todas as dificuldades trazidas pela sua doença, estes cidadãos têm de lidar com outros fatores, como a língua, novos hábitos e costumes, para que se possam adaptar ao novo contexto.

A literatura mostra-nos que a comunidade cabo-verdiana em Portugal desde há muitos anos é alvo de investigação devido à sua representatividade e não só. No entanto, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos que analisem os cabo-verdianos em Portugal com doença renal crónica, em particular o seu processo de aculturação e recursos disponíveis para a sua integração. Assim, o presente trabalho pretende estudar uma população cabo-verdiana específica que reside na área metropolitana para acompanhamento e tratamento médico, numa tentativa de perceber as situações anteriormente descritas.

**Objetivo geral da pesquisa.** Esta investigação pretende compreender qual o significado de ser um doente evacuado de Cabo Verde com Patologia Renal Crónica e que recursos e desafios se colocam para a sua integração em Portugal. Pretendemos igualmente identificar as principais estratégias e “reajustes” utilizados pelo doente no como encaram a doença na sua nova rede social.

**Objetivos específicos.**

- 1) Compreender que alterações e limitações a doença Renal crónica acarreta para a vida diária destes doentes;
- 2) Perceber como é vivida a experiência do adoecimento e adaptação à doença, bem como perceber se há uma partilha de cuidados que potencializa o propósito da sua vinda a Portugal;
- 3) Perceber como se processa o processo de integração após saberem que têm de viver em Portugal por um período indeterminado.

## **II. Operacionalização da pesquisa: Metodologia a partir do modelo**

No plano de investigação definido como interpretativo/compreensivo, que compreende a teoria enquanto aberta e flexível na sua relação com a prática, procuramos atender primordialmente à visão dos participantes, as suas orientações valorativas e significados que atribuem às suas práticas, procurando descrever uma realidade complexa e multifacetada a partir de um “olhar interior” (Boni & Quaresma, 2005).

Dado que um dos nossos objetivos foi compreender as percepções dos participantes face às dificuldades que estes enfrentam, considerou-se que o método mais adequado para a realização deste trabalho seria a metodologia qualitativa (Chizzotti, 2003). Este método surgiu como o modelo mais adequado, uma vez que permitiu operacionalizar de forma sistemática a análise das representações dos participantes e a interpretação/compreensão que os mesmos efetuam face à sua situação, assim como a (re)construção do percurso de vida, a qual se opera na relação das experiências vividas arquivadas, sendo este um processo gerador de significados (Zaccari-Reynerens, 1995), bem como os desafios com os quais estas pessoas se têm confrontado nas suas vidas.

Pelas razões acima expostas, foi escolhida para a presente pesquisa a técnica de análise de conteúdo—que na visão de alguns autores, não é considerada um método, mas sim uma técnica de tratamento de informação, como por exemplo argumenta Vala (1986). O mesmo autor combina visões de outros autores (Henry & Moscovici, 1968; Krippendorff, 1980) entre outros, acerca desta técnica de investigação, com a finalidade de efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, selecionada de acordo com acessibilidade ao pesquisador, as características e qualidade intrínseca dos casos, bem como o interesse social dos mesmos.

Deste modo, a análise de conteúdo propõe-se, primeiramente, a dispor os dados recolhidos num formato dissociado da fonte das suas condições gerais iniciais, e a enquadrar esses dados num novo contexto construindo com base nos objetivos da pesquisa.

### **2.1. Participantes**

Como se pode verificar na tabela de caracterização dos participantes (Quadro 2.1), participaram no presente estudo 15 participantes, todos cidadãos evacuados de Cabo Verde.

Procuramos que todos reunissem características o mais diversificadas possível, quanto às variáveis clássicas como sexo, idade, escolaridade, percepção da doença, entre outras.

Assim, participaram 15 cidadãos evacuados de Cabo Verde para tratamento médico ao abrigo do acordo bilateral no âmbito da saúde entre Portugal e Cabo Verde, com idades compreendidas entre os 24 anos e os 72 anos, sendo que oito eram do sexo feminino e sete eram do sexo masculino. Os cidadãos eram provenientes de diferentes ilhas em Cabo Verde.

Na referida amostra 14 participantes fazem hemodiálise três vezes por semana e um faz diálise peritoneal. Dos 15 participantes, 13 tinham filhos, todos residentes em Cabo Verde. Em relação ao seu estado civil, 11 participantes eram solteiros, um era casado, um é separado, uma era viúva e três viviam em união de facto. No que respeita às habilitações literárias, um dos participantes possuía habilitações de nível superior, face aos outros 10 que completaram o ensino básico e quatro participantes não sabiam ler nem escrever.

## Quadro 2.1

### *Caracterização sociodemográfica dos participantes*

Participante	Sexo	Idade	Habilitações	Tempo de estadia/tratamento em Portugal	Nº de filhos	Estado Civil
P. 1	M	26	Licenciatura	16 meses	0	Solteiro
P.2	F	45	9ºano	11 anos	4	Separada
P. 3	F	47	12º ano	3 anos	2	Casada
P.4	M	46	6º ano	3 anos	0	Solteiro
P. 5	F	72	4º ano	3 anos	7	Viúva
P. 6	F	59	Não sabe ler/escrever	5 anos	5	Solteira
P. 7	F	24	6º ano	5 anos	1	Solteira
P. 8	M	39	4º ano	8 anos	2	União de facto
P. 9	F	50	Não sabe ler/escrever	6 anos	3	Solteira
P.10	M	42	4º ano	3 anos	1	Solteira
P.11	F	60	Não sabe ler/ escrever	6 anos	7	Solteira
P.12	F	65	4º ano	3 anos	7	União de facto
P.13	M	55	Não sabe ler/escrever	8 anos	2	União de fato
P. 14	M	31	9º ano	6 anos	1	Solteiro
P.15	M	29	12ºano	6 anos	0	Solteiro

## **2.2. Instrumento: A Entrevista Enquanto Fonte Primária de Recolha de Informação**

Com o propósito de responder aos principais objetivos do estudo, a escolha da entrevista como fonte primária da presente pesquisa é justificada pelos objetivos da mesma. Uma vez que pretendemos compreender e interpretar as diferentes representações e práticas dos participantes relativas ao seu estado clínico, bem como o efeito da doença no estado físico e psicossocial, apresentou-se como a técnica que permitiu melhor compreensão daquilo que não seria passível de ser observado apenas através dos seus comportamentos. Segundo Kaufmann (1996) e Flick (2015), a entrevista apresenta-se como uma técnica privilegiada em abordagens compreensivas ou interpretativas.

As entrevistas foram efetuadas no Concelho de Lisboa, em locais previamente acordados com os entrevistados, de acordo com a sua acessibilidade e conforto, tendo-se assegurado que os locais permitissem que a entrevista decorresse com a tranquilidade necessária. Optámos pela entrevista semiestruturada, uma vez que, devido à sua flexibilidade, possibilitou a captação das opiniões e representações dos sujeitos na sua diversidade.

Assim, foi elaborado um guião de entrevista (Anexo A) tendo em conta o tema e dos objetivos que se pretendia com esta investigação.

## **2.3. Procedimento**

Após os procedimentos de construção do instrumento e pré-teste, este último, com objetivo de garantir a validade, clareza em termos práticos, bem como detetar possíveis correções, procedeu-se a uma reavaliação de modo a conferir a sua adequabilidade, tendo se verificado que não seria necessária nenhuma alteração às perguntas.

Como afirma Kvale (1993), a entrevista de pesquisa qualitativa deve ter como principal objetivo a descrição e vivência/mundo pessoal do entrevistado com vista a interpretar o seu conteúdo, devendo esta, portanto, deter um carácter de estruturação mínima, privilegiar o uso de questões abertas e focar situações específicas ou pontos-chave no discurso do entrevistado.

Contudo, é necessário recorrer a algumas técnicas antes de se delinear o quadro de referência ou guião para a entrevista. Nesta lógica, foram tidos em consideração os seguintes aspetos: (i) utilização de uma linguagem adequada ao contexto e ao entrevistado; (ii) apresentação do tema como podendo evocar alguma resposta da parte do entrevistado; (iii)

utilização de questões que motivaram o entrevistado a responder; (iv) foi recolhido máximo de informações possíveis (Ghiglione & Matalon, 2005) com o propósito de criamos um guião de entrevista que incluísse todos os tópicos a abordar e um questionário sociodemográfico.

Com o intuito de entrar em contato com os cidadãos que enquadrassem no perfil do estudo (doentes evacuados de Cabo Verde com Patologia Renal Crónica), o recrutamento dos participantes foi feito por conveniência e bola de neve. Os participantes foram contatos pelo telefone, contactos estes, que foram facilitados pela Embaixada de Cabo Verde em Lisboa e a Clínica DIAVERUM, no que respeita a listagem de cidadãos cabo-verdianos que se encontravam em Portugal a fazer hemodiálise

Foi feito um primeiro contacto telefónico com os cidadãos, com a finalidade de explicar de forma clara e sucinta os objetivos gerais da pesquisa, especificando que se tratava de uma Tese de Mestrado na área da Psicologia das Relações Interculturais. A marcação da entrevista foi também feita através deste contacto telefónico. Os participantes completaram o estudo voluntariamente. Apesar do guião da entrevista ter sido elaborado prevendo que a mesma seria realizada para 45 minutos, as entrevistas tiveram uma duração entre os 25 e os 35 minutos em média, e foram gravadas através de registo áudio. Antes do início da entrevista e aplicação do questionário sociodemográfico (Anexo B) foi sempre lido e informado a cada um dos participantes do estudo qual o objetivo da sua gravação, assegurando a confidencialidade no tratamento dos conteúdos da entrevista (Anexo C). As entrevistas foram realizadas entre os meses de Abril e Agosto de 2017.

#### **2.4. Análise de Conteúdo**

Em ciências sociais um dos procedimentos clássicos de análise de material recolhido é a análise de conteúdo. De acordo com (Flick, 2005; Krippendorff, 1997) a análise de conteúdo é um método empírico de análise de comunicações. Surge assim como fundamental quando o objetivo do investigador é interpretar e compreender o conteúdo das mensagens contidas nas comunicações dos entrevistados de uma forma sistemática, rigorosa e objetiva. Segundo Ghiglione e Matalon (2005), sob as orientações de rigor – a presença efetiva da mensagem na comunicação e descoberta –, a organização da análise de conteúdo apresenta três fases fundamentais (Bardin, 2009): (1) pré-análise; (2) exploração do material e (3) tratamento dos

resultados, a inferência e a interpretação. Deste modo, para proceder ao tratamento dos dados recolhidos procede-se à codificação que, segundo Bardin (2009, p. 103) corresponde a “uma transformação—efetuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto (...) por recorte, agregação e enumeração”, permitindo ao analista obter as características pertinentes do conteúdo—de acordo com os objetivos da pesquisa—através da sua representação. Atendendo às orientações fornecidas por Bardin (2009), procederemos à sistematização e organização da codificação da mensagem transmitida pelos participantes, através do recorte—pela escolha/seleção das unidades de registo e contexto—e da classificação e agregação de categorias.

### III. Resultados

Após a transcrição das entrevistas, seguiu-se a análise de resultados através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009), que resultou na criação de 255 unidades de análise, constituindo assim o corpo do material que deu origem aos resultados (Anexo D). As frequências das principais categorias e subcategorias (frequência absoluta e percentagem) encontram-se no Quadro 3.1.

#### Quadro 3.1

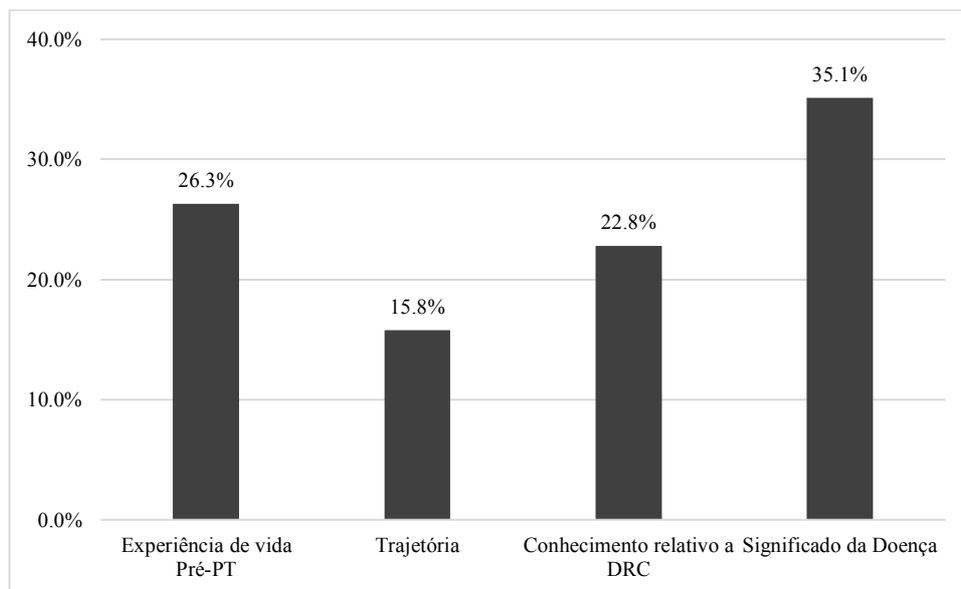
*Principais resultados das dimensões em análise*

<b>1.Dimensão_Dimensão do individuo e o contexto</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
1.1. Experiência de vida antes de Portugal	15	5.88
1.2. Trajetória	9	3.53
1.3. Conhecimento relativo a doença renal crónica	13	5.10
1.4. Significado da doença	20	7.84
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>22.35</b>
<b>2. Dimensão_Saúde e Doença</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
2.1. Início de sintomas	2	0.78
2.2. Diagnóstico em Cabo Verde	15	5.88
2.3. Perspetiva da evacuação	5	1.96
2.4. Notícia da permanência em Portugal	24	9.41
2.5. Fases de adaptação a doença	21	8.24
2.6. Limitações da doença	22	8.63
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>34.90</b>
<b>3. Dimensão_Suporte Social</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
3.1. Acolhimento em Portugal	13	5.10
3.2. Tipos de apoio	21	8.24
3.3. Pertinência do Suporte familiar	21	8.24

3.4. Suporte de alojamento/Habitação	1	0.39
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>21.96</b>
<hr/>		
<b>4. Dimensão_Socialização e Integração</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<hr/>		
4. Integração e exclusão	7	2.75
4.1. Espaço de participação	3	1.18
4.2. Competências pessoais e sociais	1	0.39
4.3. Fatores que influenciam a integração	8	3.14
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>7.45</b>
<hr/>		
<b>5. Outros</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<hr/>		
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>7.45</b>
<hr/>		
<b>6.Resiliência</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
6.1. Processos de resiliência	15	5.88
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>5.88</b>
<hr/>		
<b>Total das Unidades de Análise</b>	<b>255</b>	<b>100.00</b>
<hr/>		

### 3.1. Dimensão do Indivíduo e o Contexto

A primeira categoria destacada pelo processo de categorização foi a categoria “Dimensão do indivíduo e o contexto”, com 57 unidades de análise, correspondendo a 22.35% do material recolhido. Nesta categoria, foram desenvolvidas quatro subcategorias que são apresentadas na figura abaixo (Figura 3.1).



*Figura 3.1. Dimensão do indivíduo e do contexto*

**Experiência de vida antes de Portugal.** Em relação à subcategoria “Experiência de vida antes de Portugal”, os participantes, quando questionados sobre a sua vida em Cabo Verde antes de serem evacuados para Portugal, na sua maioria eram pessoas com uma vida bastante ativa a nível profissional pessoal e social. São exemplo os seguintes excertos:

Participante 1: *“Tinha vida planeada, já sabia o que esperar do futuro, visto que, terminei a minha licenciatura (...)”*

Participante 15: *“(...) antes de vir pra Portugal, trabalhei como taxista durante 2 anos (...)”*

Participante 3: *“(...) eu trabalhava no Ministério das Finanças (...)”*

Participante 13: *“(...) eu era pescador; também trabalhei como ajudante de pedreiro durante muitos anos (...)”*

**Trajetória.** A subcategoria “Trajetória” teve como principal objetivo avaliar a percepção dos participantes relativamente à sua perspetiva para o futuro, ou seja, de que forma conciliam a vivência de estarem a fazer tratamento no presente com o seu futuro, a nível de projeto de vida. O que poderemos constatar é que alguns dos participantes tem uma perspetiva pessimista relativamente ao seu futuro, percecionando que a sua vida se reduz ao tratamento da doença e

não estando em condições de planejar um projeto de vida, por causa das incertezas que a própria doença provoca:

Participante 3: *“(...) como estou a fazer hemodialise, que é um tratamento, que é por um tempo indeterminado... pronto! eu sei que não posso fazer nenhum plano, porque sei que tenho esse tempo limitado para fazer o tratamento (...)”*

Participante 13: *“(...) Antes da doença tinha o sonho de ter, a minha casa, comprar um bote de pesca... (rasga um sorriso) ...agora, posso dizer que estes sonhos morreram, a pessoa que eu era há 9 anos atrás, acabou tudo!(...)”*

Participante 7: *“(...) agora não tenho nenhum projeto de vida! Vou fazer hemodialise, não posso fazer mais nada... isso é a razão que me leva a não pensar em grandes coisas, também as condições de vida que nós temos também não favorece (...)”*

Por outro lado, alguns participantes acreditam no futuro e mantêm vivos os seus projetos de vida:

Participante 12: *“(...) o meu maior desejo é ter um rim; deixar de fazer hemodialise e, poder regressar para o meu país (...)”*

Participante 15: *“(...) meu grande objetivo é concluir a minha licenciatura, e começar a fazer o meu projeto social que é a intervenção nas escolas(...)”*

**Conhecimento sobre doença renal crónica.** Quando questionados sobre o seu “Conhecimento sobre a doença renal crónica”, os participantes mostraram, na sua maioria, desconhecimento geral sobre doença.

Participante 4: *“(...) eu não tinha nenhum conhecimento sobre a doença (...)”*

Participante 5: *“(...) Respondendo a sua pergunta, eu não tinha nenhum conhecimento do que era a doença renal (...)”*

Participante 3: *“(...) antes de ser diagnosticada não tinha conhecimento nenhum (...)”*

Participante 13: “(...) *não tinha conhecimento nenhum do que era o problema renal. Foi aqui que me foi informado o quê que significava a doença (...)*”

Participante 14: “(...) *o meu conhecimento era zero... não sabia nada sobre a doença renal (...)*”

Importa referir, para este estudo não era pertinente perceber as razões que levam ao desconhecimento da doença. Poderá ser interessante em estudos futuros perceber as razões.

**Significado da doença.** Quando questionados sobre “Significado da doença na sua perspetiva”, os participantes verbalizam sentir que a sua vida foi interrompida:

Participante 7: “*Ser um DRC é muito complicado, além de todas as doenças serem complicadas, mas a doença renal traz muitas limitações a tua vida... (...) não podes trabalhar, não podes fazer grandes esforços por causa da fistula, depois de seres diagnosticado esta doença, não consegues ter uma vida normal (...)*”

Os participantes definem a doença como sendo “má”, uma vez que a sua vinda e permanência em Portugal só aconteceu por causa da sua condição de saúde. Durante as entrevistas os participantes afirmaram ter um sentimento de prisão. Do mesmo modo, os participantes fazem uma comparação do “eu” presente e o “eu” pré-diagnóstico, referindo que a rotina do tratamento e tudo o que os rodeia leva a um sentimento de inutilidade perante eles próprios. Outro fator expresso pelos participantes é a perda da sua liberdade, pelo fato de quererem ir a Cabo Verde, mesmo que fosse por alguns dias, mas sabendo que não o podem fazer, o que causa uma vivência frustrante:

Participante 10: “(...) *é uma doença que ficas sem esperança, não sabes quando é que terás alta... por exemplo os outros doentes que também vem evacuado, fazem uma ideia mais ou menos do tempo de estadia para tratamento médico; nós não podemos fazer isso, estamos aqui sem saber por quanto tempo, é uma doença terrível (...)*”

Participante 11: “(...) *é muito pesado pensar nisso; mas por vezes sem querer acabo por pensar nela, e quando dou por mim, já estou no meu quarto a chorar (...)*”

### 3.2. Dimensão Saúde e Doença

A segunda categoria destacada no processo de categorização foi a categoria “Saúde e Doença”, com 89 unidades de análise, correspondendo a 34.90% do material transcrito. Nesta categoria, as subcategorias desenvolvidas foram seis e são apresentadas na figura abaixo (Figura 3.2).

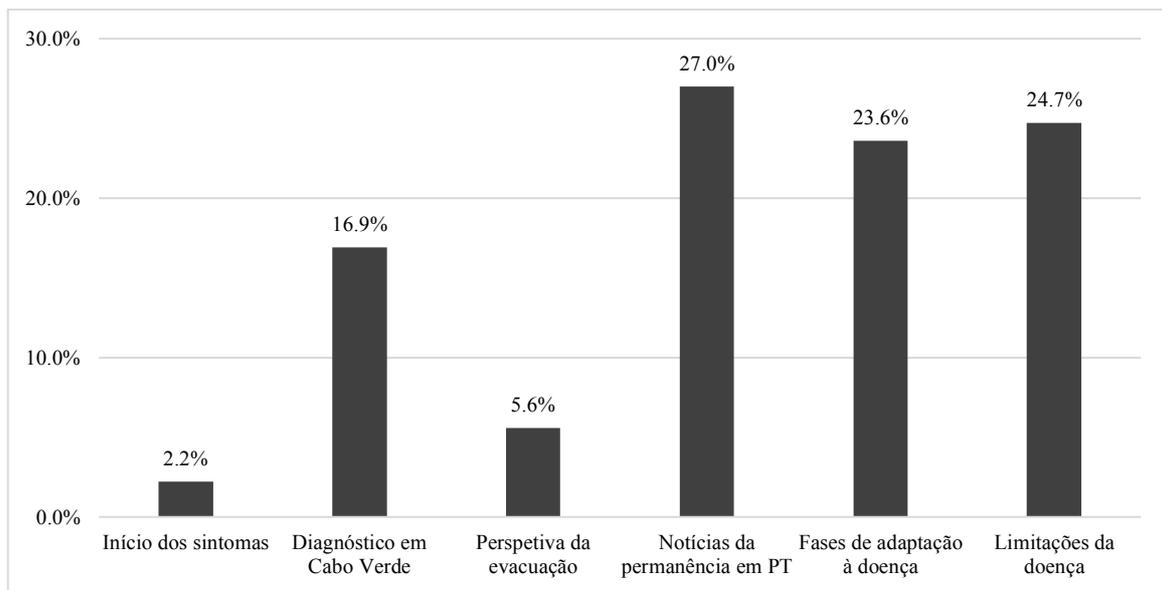


Figura 3.2. Dimensão saúde e doença

**Diagnóstico em Cabo Verde.** Alguns participantes quando questionados sobre o diagnóstico da sua doença em Cabo Verde, aquando dos inícios dos sintomas, estes afirmaram que após a realização dos exames completos de diagnóstico, houve indefinição relativo a patologia; sendo que em alguns casos os mesmos foram informados que a vinda a Portugal era para fazer exames (e.g. ressonância) a fim de confirmar a sua patologia. Sendo que a sua patologia veio a confirmar-se em Portugal.

**Notícia da permanência em Portugal para a realização do tratamento.** Quando questionados sobre a sua permanência em Portugal, foi visível alguma tristeza. A notícia de terem de ficar em Portugal para fazer tratamento de hemodiálise por um período indeterminado foi recebida em choque. Muitos dos participantes afirmaram que, quando informados em Cabo Verde da sua evacuação para Portugal, na sua perspectiva esse período nunca seria superior a um ano, o que demonstra o efeito que esta notícia causou ao estado emocional destes participantes. Como podemos confirmar nos excertos abaixo, todos os participantes quando

confrontados com a notícia da permanência em Portugal entraram num caos de choque e tristeza profunda:

Participante 4: “(...) isto também é uma tortura. Triste!... Ficamos aqui como um preso, é triste! (...)”

Participante 13: “(...) quando me foi informado que tinha que permanecer em Portugal fiquei muito triste (...)”

Participante 2: “(...) ai! isso foi mau mesmo... Imagina você estava no seu habitat, na sua casa, com a tua família; de noite para o dia, saias, deixa tudo que tem... eu tinha os meus filhos, a minha casa, o meu marido, a minha vida, o meu trabalho, e de um dia para outro, tive que deixar, vim pra aqui, onde não tenho ninguém, e depois vim saber que afinal a doença que tenho não podia regressar... entrei num estado de desespero já não queria ficar, não tive outra saída (...)”

Participante 13: “A minha médica chegou em mim e disse-me: vais ter de viver em Portugal. Naquele momento fiquei sem forças nas pernas, fiquei muito espantado, fiquei muito triste (...)”

Participante 12: “Um enfermeiro me disse: olha você vai para Portugal, se tiver a sorte de encontrar um rim e fazer o transplante até pode vir, mas caso contrario, você vai viver o resto dos seus dias em Portugal; comecei a entristecer-me porque estava com os meus pais, com os meus netos e, disse o quê que será de mim a viver em Portugal sozinha (...)”

**Fases de adaptação a doença.** Ao longo das entrevistas é evidenciado que a adaptação é algo que poderá acontecer ou não. Alguns testemunhos evidenciam a dificuldade do processo de adaptação:

Participante 12: “(...) é um processo muito lento... Houve a fase inicial que foi difícil agora parece que as coisas estão mais ou menos. parece! (...)”

Participante 7: “(...) temos de nos acostumarmos e aceitar este problema. acho que pensando assim, as coisas ficam menos dura. até porque não há outra saída... também

*foi importante ouvir o testemunho de pessoas mais antigas em diálise, isso também ajuda muito (...)*”

Participante 2: *“(...)para ser sincera nestes 11 anos com esta doença, sinto-me que ainda não me adaptei-me a doença... há coisas em nossas vidas que nunca nos adaptamos ... sei que tenho que fazer o tratamento para poder viver, por isso, tenho que fazer esse tratamento, agora adaptar não é a palavra certa; eu nunca vou-me habituar a isso (...)*”

Participante 12: *“Eu estava consciente de que aqui ia ter melhora da minha doença, mas ia ser um processo muito lento, e ir habituando com a doença; acho que com essa doença não se consegue habituar, há momentos que parece estar tudo bem, e há outros que parece que tudo volta ao início(...)*”

Com base nas entrevistas, também é possível perceber que esta adaptação poderá depender de alguns fatores, tais como a forma como o doente encara a sua doença e a percepção que o doente tem da efetivação de uma rede de apoio.

**Limitações e alterações na vida diária imposta pela própria doença.** As limitações impostas pela doença são sentidas por praticamente todos os participantes. Os doentes entrevistados sentem-se privados em alguns aspetos da vida diária, como por exemplo na ingestão de alguns alimentos e de líquidos, bem como limitações de horários.

Participante 4: *“(...) principalmente na época do verão; estamos com sede, vemos a água bem “geladinho”, mete na boca e não consegue controlar emocionalmente; no meu caso por exemplo, levo sempre líquido a mais para o tratamento, com consciência de que faz mal, mas não é fácil controlar; é muito doloroso, é uma peregrinação total, quem não tem essa doença, deve pensar que é fácil... minha gente: é um sofrimento total; você com vontade de beber um sumo não pode, com vontade de tomar um vinho não pode, com vontade de comer um bom prato, mas também não pode! (...)*”

Participante 3: *“(...) agora não posso sair a noite sempre que eu quiser... mesmo porque o sair, a noite agora é diferente, visto que, quando saio não posso comer de tudo, também não posso beber álcool, é isso!”*

Participante 7: “(...) *muitas vezes queres passear com os teus amigos, fazer outras atividades, e não podes por estares preso a doença e ao tratamento(...)*”

Podemos compreender que para os participantes que já tinham uma vida profissional ativa, o fato de não poderem exercer atividade profissional fá-los sentir que estão a viver na dependência de apoios sociais, que não são suficientes para uma vida digna. Tudo isto contribui para que a sua autoestima fique abalada.

Participante 14: “*Depois de seres diagnosticado, voltas a uma rotina completamente diferente, não podes trabalhar, não podes fazer grandes esforços físicos, é muito difícil, principalmente para uma pessoa jovem como eu ... uma das alterações, tem haver com o trabalho; antes podia trabalhar, agora já fico muito limitado com isso.*”

Participante 10: “(...) *em primeiro lugar a minha vida profissional, visto que antes trabalhava nas obras e agora não tenho capacidade para o fazer; eu comecei a trabalhar desde muito cedo e pelo fato de agora não poder exercer a minha profissão, isto me deixa muito aborrecido (...)*”

### 3.3. Dimensão Suporte Social

A terceira grande categoria destacada pelo processo de categorização foi a categoria do “Suporte Social”, em que foram encontradas 56 unidades de análise, correspondendo a 21.96% do material recolhido, encontrando-se as quatro subcategorias apresentadas na figura 3.3.

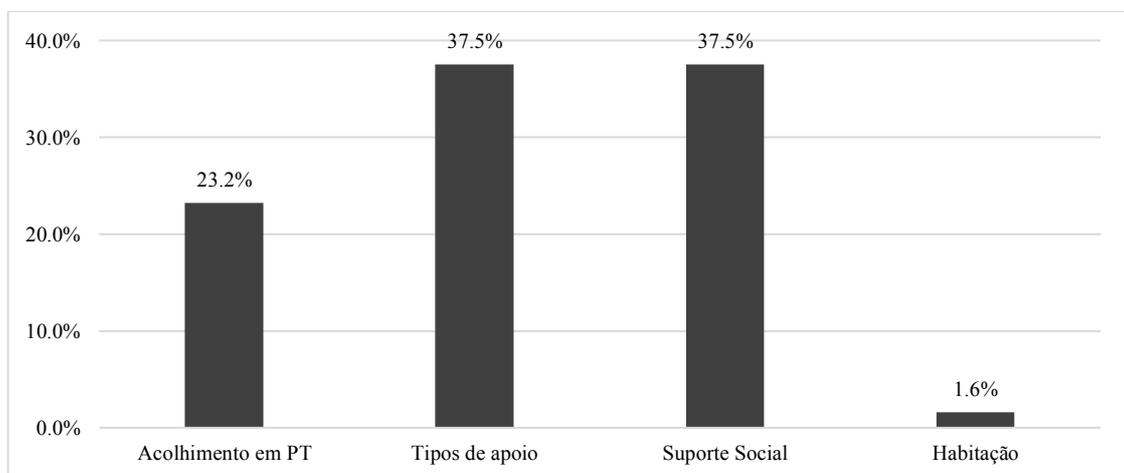


Figura 3.3. Dimensão suporte social

**Acolhimento em Portugal.** Quando questionados sobre o seu acolhimento em Portugal, os participantes sentem que os apoios são insuficientes, sendo que alguns percecionam a ausência de um suporte psicossocial das entidades responsáveis pela sua estadia em Portugal, nomeadamente a Embaixada de Cabo Verde.

Participante 12: “(...) *foi um pouco mau... foram me buscar no aeroporto, e levaram-me para o hospital de Santa Maria e deixaram me ali (embaixada); fiquei as voltas no hospital, depois acabei por ficar internada durante três dias; cheguei na 6<sup>a</sup> feira, no sábado puseram-me o cateter na perna, e comecei a fazer hemodialise; nestes três dias ali sozinha, senti-me triste, isolada e muito perturbada (...)*”

Algo que todos os participantes mencionam como positivo é a forma como foram acolhidos e tratados quando chegaram a Portugal, nomeadamente pela equipa hospitalar:

Participante 4: “*Não tive bom acolhimento; fui adaptando as circunstâncias ... vim para o hospital de Santa Maria, uma instituição que também me ajudou muito (...)*”

Participante 13: “(...) *quando cheguei, fui bem tratado nos hospitais (...)*”

Participante 11: “(...) *não foi fácil porque cheguei, fui diretamente ao hospital, depois tive alta fui para a pensão, não conhecia lá ninguém e não tinha nenhum dinheiro. Única coisa positiva foi a forma que me trataram no hospital, trataram me muito bem (...)*”

**Tipos de apoio.** Como referido no estado da arte, o apoio psicossocial revela-se de extrema importância para as pessoas com DRC. Relativamente a este estudo, os participantes demonstram a importância dos apoios que tiveram aquando da sua chegada a Portugal, que consideram ser importantes, principalmente na fase inicial. Porém os participantes afirmam que, devido a complexidade da situação, estes apoios revelam-se insuficientes. Isto deve-se em parte ao facto de muitos dos participantes devido a sua condição—baixa literária, carência económica, desconhecimento dos códigos de procedimento e aspetos burocráticos—apresentam dificuldades de comunicação, nomeadamente na interação com o corpo clínico hospitalar.

Participante 4: “(...) *estou a enfrentar uma serie de dificuldades aí... o tipo de ajuda que vou tendo, considero não ser o suficiente para os problemas os desafios que nos é colocado(...)*”

Participante 14: “(...) *apoio basicamente são muito pouco, ou basicamente é quase nada... mas tive algumas, nomeadamente da Casa Pia de Lisboa, da Associação Girassol Solidário, etc.(...)*”

Participante 13: “(...) *Sinto que há uma grande ausência de suporte social (...)*”

**Suporte social.** Através das entrevistas, compreendemos que a importância do suporte social (família) foi dos aspetos que mais tocava os participantes, já que na sua maioria viviam em Portugal sem os seus familiares (núcleo de apoio que tinham em Cabo Verde). Esta realidade de separação com a sua família, na incerteza de saberem quando é que poderão reencontrá-los é uma realidade bastante difícil de aceitar:

Participante 4: “(...) *muitas vezes quando estou sozinho tiro lagrimas, saudades da minha família, sozinho, isolado... não tens família ao teu pé para te acarinhar, sinto-me isolado no tempo ... o meu sonho era ter os meus familiares aqui comigo (mãe irmãos) nem que fosse só por um mês; mas isso não acontece por falta de meios ... tenho a ideia que muita coisa seria diferente; apoio psicológico e ajudava me quando chegava a casa com má disposição tinha alguém lá pra me ajudar(...)*”

Participante 15: “(...) *Em cabo verde o peso da doença foi mais leve porque a minha família deu-me o grande apoio psicológico e moral... todos iam me visitar em casa davam me muita força (és um lutador, és um guerreiro vais conseguir) e isso trouxe comigo e ajudou me bastante na fase inicial (...)*”

Percebemos ainda que todos os participantes, independentemente do tempo de estadia em Portugal ou da sua idade, consideram que a família seria um suporte importantíssimo no *coping* da doença no seu todo, ou seja, que os familiares teriam um papel fundamental em todos os momentos. A ausência da família fá-los sentir inseguros e carentes de afetos:

Participante 13: “(...) *Quando estava em Cabo Verde, convivia muito com os familiares, amigos e vizinhos. Aqui sinto esta falta por não ter com quem conversar ... das coisas que mais sinto falta é da minha vida que tinha lá em Cabo Verde, dos meus amigos, da minha convivência (...)*”

Assim, uma vez que a maioria dos participantes se encontram sozinhos em Portugal a enfrentar todas as dificuldades, colocam na família a função do porto seguro face às adversidades. Muitos participantes referem, portanto, que a presença da família nuclear (mulher, marido, irmãos ou filhos) poderia ter um papel reparador em suas vidas:

Participante 2: “(...) *para mim uma vez por ano estar com eles (famílias) 15 dias já era muito bom pra mim; se calhar aguentava melhor esse tratamento (...)*”

Participante 7: “(...) *acho que com um familiar mais próximo os nossos tratamentos e estadia em Portugal seria muito diferente pela positiva (...)*”

### 3.4. Dimensão Socialização e Integração

A quarta categoria destacada pelo processo de categorização foi a categoria “Socialização e Integração”, em que se identificaram 19 unidades de análise, correspondendo a 7.45% do material recolhido. Nesta categoria, para além de uma dimensão geral, foram analisadas três subcategorias conforme a figura abaixo (Figura 3.4).

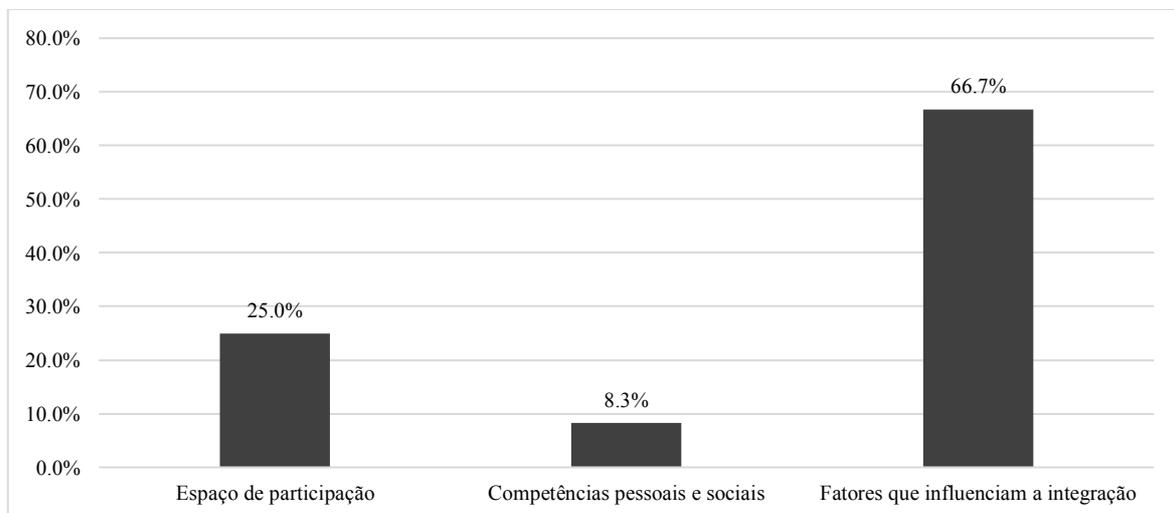


Figura 3.4. Dimensão Socialização e Integração

**Espaço de participação.** Quando questionados sobre este subtema, os participantes dizem sentir muitas restrições no que se refere à sua participação social, nomeadamente, referem que o seu espaço de participação passa por ser a sua própria casa (e.g. ver TV, ouvir rádio, etc.).

**Fatores de Integração (na opinião do participante o que influencia ou não a sua integração na sociedade portuguesa).** Quando questionados acerca da sua adaptação/integração no território nacional, os participantes identificaram fatores que consideram importantes para a sua adaptação/integração como, por exemplo, uma casa própria, ou por vezes a própria língua.

Participante 7: *“(...) também me sentia mais integrada se tivesse uma casa só para mim; não há nada como a pessoa ter o seu espaço (...)”*

Participante 10: *“(...) não me sinto integrado, porque não tenho cá os meus familiares... a língua também é uma grande barreira (...)”*

Não tendo familiares a residir em Portugal que os possam receber, o alojamento dos participantes está a cargo do governo cabo-verdiano. Na sua maioria, os participantes residem em pensões que consideram não serem dignas de alojamento para pessoas nas suas condições. Acresce o facto de muitos andarem de pensão em pensão, quarto em quarto, argumentando a precariedade habitacional como sendo um dos maiores obstáculos para a sua integração. Outro aspeto que os participantes consideram ser importante, e que poderá ter alguma influência para a sua integração é o fator idade e o grau de instrução.

Participante 14: *“(...) sinto bem! Acho que também isso tem muito haver, pelo fato de ser jovem, saber ler, saber escrever ... na minha opinião uma pessoa que não sabe ler nem escrever poderá ter mais problemas a nível de integração ... (...) Acho que se devia dar uma atenção especial as pessoas com pouca escolaridade, os que são alfabetos, encontrar formas alternativas para a sua integração em Portugal (...)”*

Participante 10: *“(...) Acho que outro aspeto importante para o melhoramento da nossa estadia em Portugal, bem como nossa integração, é dar continuidade aos nossos estudos,*

*visto que, trabalhos que exige força física estamos muito limitado, ao menos com uma formação poderemos arranjar um trabalho que vai de encontro com o nosso estado de saúde (...)*”

### **3.5. Dimensão Resiliência**

Por último, na categoria “resiliência” foram colocadas 15 unidades de análise, cerca de 6% das unidades de análise que identificamos nas transcrições das entrevistas. Estas unidades fazem referência a processos identificados pelos participantes como sendo úteis para desenvolverem uma melhor capacidade de ajustamento face à adversidade que a doença representa nas suas vidas:

*Participante 4: “(...) Ficamos aqui como um preso, é triste, mas não há outra forma, temos que aceitar esta situação, que é doloroso, muito doloroso ... tenho que pensar na doença, pensar na saúde... tenho que procurar e pensar em coisas que têm sentido, aqui acola, para o meu bem-estar ... outrora sinto-me fraco... muitas vezes penso: se morrer não vou fazer falta a ninguém... mas depois digo não... vais ter de lutar; Deus é a minha grande força ele é que me dá coragem para lutar porque quero viver por mais longos anos de vida (...)*”

*Participante 15: “(...) O tempo vai passando, começo a pensar que não há outra saída. tenho que aceitar ficar aqui; de fato se quero viver tenho que ficar aqui, na esperança de um dia poder ver a família e amigos que deixei lá em CV, por isso tenho que fazer este sacrifício (...)*”

*Participante 3: “(...) estar com esta doença é um desafio. assim é que eu encaro... tudo que estiver ao meu alcance farei para ultrapassar as dificuldades impostas pela doença(...)*”

*Participante 7: “(...) vou acostumando com as dificuldades, com as limitações... é natural acostumar, alias temos de nos acostumarmo-nos e aceitar este problema. acho que pensando assim, as coisas ficam menos dura. até porque não há outra saída (...)*”

Participante 12: “(...) *A minha maior força para enfrentar esta doença é ter um pensamento sempre positivo; e digo: será que um dia Deus vai me dar um rim para ficar melhor? É preciso ter muita fé, brincar e descontrair; porque fechar dentro de um quarto e ficar 24hrs sozinha dentro de um quarto não dá. Ficas maluca, e começa a questionar, porquê que tenho essa doença, de onde veio essa doença; eu estou aqui sozinha, sem os meus filhos, sem o meu marido... até um gatinho meu, tem saudades minhas; mas tenho que levantar e ir-me a luta (...)*”

Os excertos acima evidenciam os processos de resiliência dos participantes, demonstrando que apesar de todas as limitações impostas pela doença, ainda possuem paixão pela vida e buscam a positividade para que se possam encarar a experiência do adoecimento. Podemos perceber que os participantes que reportam processos de ajustamento e resiliência têm uma atitude positiva face as dificuldades, conseguindo superar melhor as adversidades e desconfortos e conviver melhor com a sua doença.

Por fim, procurámos perceber a opinião dos participantes relativamente aos aspetos que considerem ser melhorados em benefício do seu bem-estar. Na opinião dos participantes, alguns dos aspetos que devem ser melhorados para as pessoas que vem evacuado com PRC são:

Participante 9: “(...) *devia haver mais apoios; nós devíamos ter uma casa para morar, mas que a gente pagasse um valor simbólico; ter cá a nossa família; assim quando você vai fazer hemodialise ficas mais animado, mais tranquilo; o meu maior desejo é ter a minha casa, ter a minha vida organizada ter uma pessoa que cuidava de mim; isto é meu maior desejo; só isso que desejava ter (...)*”

Participante 10: “(...) *acho que devia haver uma atenção especial por parte do governo de cabo verde, relativamente aos doentes renais. Nós estamos aqui a fazer hemodialise, mas que a gente quisesse ir para Cabo Verde passar uma semana de férias com a família não é possível. Os nossos familiares que estão lá, mesmo que quisessem vir nos visitar não temos o sítio para os receber, e assim é nossa vida (...)*”

Participante 7: “(...) *a Embaixada deve melhorar as condições dos doentes de hemodialise; para além das condições financeiras, as condições habitacionais... acho*

*que nós devíamos ter cá um acompanhamento (familiar) principalmente para os mais adultos (...)*

Participante 15: *“(...) há um distanciamento enorme entre a embaixada e os doentes... nós não somos ligados a eles, é do tipo nós fazemos o nosso trabalho e vocês são os doentes, não existe relação; esta parte social faz muita... faz muita diferença (...)*”

#### IV. Discussão e Conclusões

A presente investigação procurou compreender qual o significado de ser um doente evacuado de Cabo Verde com Patologia Renal Crónica e que recursos e desafios se colocam à sua integração em Portugal. Pretendemos, igualmente, identificar as principais estratégias utilizadas pelos doentes, através da compreensão das fases de adaptação à doença, o suporte social identificado, as suas limitações e os processos de ajustamento positivo. Com base na análise das entrevistas realizadas, foi possível identificar cinco grandes dimensões, a saber: (1) indivíduo e contexto; (2) saúde e doença; (3) suporte social; (4) socialização e integração; (5) resiliência.

No que diz respeito ao indivíduo e o seu contexto, os dados revelaram que a relação com o futuro como, por exemplo, a ligação aos seus projetos de vida, é percecionada pelos participantes como algo incompatível por um período alargado, devido as limitações impostas pela doença. Para estes participantes, a vida deixou de fazer sentido quando foram diagnosticados com DRC, justificando que o impacto da doença é diário e constante. Como afirma Zatz (2002), esta situação fomenta o desenvolvimento de fortes sentimentos negativos.

No que diz respeito à saúde e doença, o pós-diagnóstico é vivido de forma faseada (Levy, 1977). Na sua fase inicial, o tratamento traz esperança e vontade de inverter a presente situação. Por outro lado, o próprio tratamento poderá originar sentimentos negativos, como sentimentos de impotência, e limitações físicas. A própria diálise causa um grande desgaste emocional, uma vez que o doente se depara com limitações trazidas pelo próprio tratamento, porque se apercebem-se que a dialise é o caminho, o que causa grande desgaste emocional, porque a pessoa vai se apercebendo das limitações trazidas pelo tratamento (Arduan & Rivera, 2006). Apesar da adaptação ocorrer geralmente de forma faseada, há doentes que chegam a conseguir adaptar-se à sua nova condição (Bell, 2007), sendo a adaptação também influenciada por fatores internos ao indivíduo.

Relativamente à notícia da permanência em Portugal, esta teve um grande impacto nos pacientes entrevistados, o que poderá ser reforçado pelo fato de desconhecerem a doença renal. A maioria dos participantes receberam a notícia de uma forma súbita, o que intensificou ainda

mais as suas angústias e perda de controle emocional. As limitações provocadas pela doença afetam várias dimensões do ser, muito além da dimensão física. Uma questão que importa destacar, tendo sido referida por vários participantes, é o facto de muitos terem, pré-diagnóstico, uma vida profissional estável da qual foram afastados, o que provoca um sentimento de inutilidade.

A relação da saúde e doença da pessoa em tratamento de hemodiálise explorada na literatura é coincidente com a nossa investigação. Ramos, Queiroz e Jorge (2008) argumentam que após o diagnóstico da doença renal, as pessoas experienciam várias mudanças, atingindo várias dimensões das suas vidas.

Ser um doente renal crónico significa a necessidade de mudanças de hábitos e um reajustamento a uma nova realidade. Ramos e colaboradores (2008) consideram que para o indivíduo com doença crónica é indispensável a boa conjugação do dia-dia com os aspetos modificadores da doença, sobretudo os aspetos cognitivos, sociais e emocionais. Em suma, o paciente com doença crónica é obrigado a fazer um grande ajuste para que a sua qualidade de vida não seja muito afetada.

No que se refere ao suporte social, os participantes consideraram que o suporte familiar é de extrema importância no *coping* da doença. Conforme afirmam Tavares e colaboradores (2011), o sentimento de bem-estar de uma pessoa com doença renal crónica está fortemente relacionado com tipo do apoio que recebe dos seus familiares. Estudos apontam para a importância do envolvimento familiar (Dias, 2001; Machado, 2009), o que é reforçado nas entrevistas realizadas, em que os participantes referem que a família seria um recurso fundamental para conseguirem suplantar as suas dificuldades. Como evidenciado nos testemunhos dos participantes, a grande maioria não está acompanhada da sua família nuclear e vêem esta situação como agravante do seu adoecimento emocional. Neste sentido, verificou-se que o suporte familiar presencial assume um papel único neste processo da doença, tratamento e vida diária, podendo assumir a função de emissor de afeto, nomeadamente na partilha de sentimentos como medo, solidão e descrença.

No que se refere à socialização e integração do imigrante, há vários processos envolvidos na sua adaptação. Esta dimensão assumiu um papel importante no nosso estudo, sendo que o suporte social foi destacado como um fator importante na integração do doente em Portugal. Um indivíduo que tenha um suporte social garantido terá mais probabilidade de se integrar na sociedade de acolhimento (Choi & Thomas, 2009), existindo vários fatores que potenciam a integração dos imigrantes no país de acolhimento, como por exemplo a inclusão e interculturalidade, formação profissional, emprego, entre outros. O acesso do cidadão a alguns serviços poderá contribuir na sua integração (Cashmore, 1996), o que vai de encontro ao que os participantes do presente estudo identificaram. Como referido anteriormente, o objetivo geral deste estudo era compreender que desafios se colocariam à integração destes cidadãos na sociedade Portuguesa. Importa, portanto, destacar potenciais condicionadores da sua adaptação e integração no país de acolhimento como o fator idade, o fato de não terem casa própria e em alguns casos, dificuldade em dar continuidade a sua formação académica.

Relativamente à dimensão resiliência, o indivíduo resiliente é aquele que enfrenta várias adversidades mas luta com esperança apoiada numa crença que estas mesmas adversidades serão ultrapassadas (Pinheiro, 2004; Rutter, 1999). Sob este aspeto, entende-se que o processo de resiliência promove o equilíbrio emocional, minimizando os sentimentos negativos face à doença, embora alguns autores defendam que nem todos os indivíduos têm essa força resiliente (Gallo, Bogart, Vranceanu, & Matthews, 2005) Neste sentido, como referido, a qualidade de vida destas pessoas é alterada pelas consequências da própria doença, nomeadamente nos aspetos sociais, económicas e emocionais. É aqui que a resiliência assume um papel mediador entre as adversidades e o estado emocional positivo (Troster, 2011). Nas entrevistas conduzidas, constatamos que a maioria dos participantes apresente um nível de resiliência bastante positivo face à sua situação.

### **Consideração Final**

Os resultados do presente estudo permitem-nos concluir que além das demais dificuldades sentidas pelos participantes, a ausência do suporte familiar leva a potenciação de um sofrimento silencioso. Neste sentido, é importante tornar mais claro e mais abrangentes os critérios que

permitem a possibilidade de o doente evacuado com patologia renal crónica estar acompanhado por um familiar.

Apesar da ligação forte com o suporte formal prestado pelo sistema de saúde Português, o suporte dos organismos de ligação com Cabo Verde é sentido como ténue. Desta forma, é importante trabalhar para melhoria das experiências subjetivas destes doentes através de uma maior ligação com a Embaixada em Portugal e restante diáspora, promovendo a ligação com a cultura de origem, sobretudo na impossibilidade de regresso a Cabo Verde.

Apesar do seu importante contributo, é necessário reconhecer a existência de limitações no presente estudo. Com efeito, trata-se de um estudo qualitativo com uma amostra de pequena dimensão, não sendo por isso possível generalizar as conclusões para a população em análise. Os doentes evacuados de Cabo Verde constituem uma população diversa, sendo várias as patologias abrangidas pelo Protocolo. Assim, apresentamos neste estudo subamostra específica referente apenas à doença renal crónica. O estudo inclui ainda um cariz retrospectivo, solicitando aos participantes que se recordem do seu trajecto desde o país de origem, o diagnóstico, a adaptação à doença e ao país de acolhimento. A natureza dessa narrativa pode ser influenciada por múltiplos processos psicológicos, incluindo emocionais e cognitivos, relevando aquilo que é a experiência subjectiva da pessoa, e não necessariamente os factos da sua história. Naturalmente, esta experiência subjectiva e a sua riqueza constituía-se como o objectivo e traduz a natureza qualitativa da metodologia utilizada. Finalmente, importa referir que a análise de conteúdo aqui apresentada foi realizada com o apoio de uma pessoa independente da equipa de investigação, perita em MaxQDA, sendo o resultado da análise discutido e consensualizado com a supervisora do presente trabalho. No entanto, não foi feita uma análise inter-juízes para o cálculo de acordo da codificação das unidades de análise.

Neste sentido, ressaltamos a importância de futuros estudos mais extensivos, como novas oportunidades de pesquisar e aprofundar os impactos emocionais, psicossociais e de saúde da ausência de suporte social percebido, fazendo uso inclusivamente de metodologias mistas (quantitativas e qualitativas). Os processos identificados poderão ainda ser alargados a outros doentes evacuados de Cabo Verde com outras patologias (por exemplo, de natureza oncológica), alargando a amostra e permitindo a utilização de questionários (i.e. métodos

quantitativos). de modo a permitir a sua generalização e influenciar mudanças organizacionais e políticas sociais em torno destas problemáticas.

## Referências

- Åkesson, L. (2004). *Making a Life: Meaning of Migration in Cape Verde*. Tese de Doutoramento em Antropologia Social. Göteborg: Universidade de Göteborg.
- Almeida, A. (2007). *Impacto da intervenção psicoeducativa: o acidente vascular cerebral e cancro*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Amaro, R. (1985). *Caracterização dos Cabo-verdianos Residentes em Portugal*. Manuscrito não publicado.
- Arduan, A., & Riviera, M. (2006). A diálise peritoneal no tratamento integrado da insuficiência renal crónica. In F. Coronel (Ed.), *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Algés: Revisfarma.
- Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção na adolescência*. Porto Alegre: Artmed.
- Badea, C., Jetten, J., Iyer, A., & Er-Rafiy, A. (2011). Negotiating dual identities: The impact of group-based rejection on identification and acculturation. *European Journal of Social Psychology*, 41(5), 586-595. <https://doi.org/10.1002/ejsp.786>
- Baganha, M. (2005). Política de imigração: a regulação dos fluxos. *Revista crítica de ciências sociais*, 73(1), 29-44. <https://doi.org/10.4000/rccs.952>
- Baganha, M. & e Góis, P. (1999). Migrações internacionais de e para Portugal, o que sabemos e para onde vamos?. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 52(1), 229-280.
- Balancieri, M. (2007). *Promoção do processo de resiliência em enfermeiras: uma possibilidade?* Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (4ª edição). Lisboa: Edições 70, Lda.
- Batalha, L. (2004). A elite portuguesa-cabo-verdiana: ascensão e queda de um grupo colonial intermediário. In C. Carvalho & J. P. Cabral (Eds), *A Persistência da História* (pp. 191-

- 225). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Batalha, L. (2008). Cabo-verdianos em Portugal: “comunidade” e identidade. In P. Góis (Ed.), *Comunidade(s) Cabo-Verdiana(s): As Múltiplas Faces da Imigração Cabo-Verdiana* (pp. 25-36). Lisboa: Edições ACIDI.
- Bell, L. (2007). Adolescent dialysis patient transition to adult care: a cross-sectional survey. *Pediatric Nephrology*, 22(5), 720-726. <https://doi.org/10.1007/s00467-006-0404-z>
- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (pp. 9-25). Boulder, CO: Westview Press
- Berry, J. W. (1994). *Berry (1994)*
- Berry, J. W. (1995). Psychology of acculturation. In N. R. Goldberger & J. B. Veroff (Eds.), *The culture and psychology reader* (pp. 457-488). New York, NY: New York University Press.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-68. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
- Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of social issues*, 57(3), 615-631. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00231>
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>
- Berry, J. W., & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. In J. W. Berry, M. H. Segall, & C. Kagitcibasi (Eds.), *Social behavior and applications. Handbook of cross-cultural psychology* (pp. 291–326). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80. <https://doi.org/10.5007/%25x>
- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and

- well-being. *Journal of personality and social psychology*, 77(1), 135.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.135>
- Carreira, A. (1982). *The People of the Cape Verde Islands: Exploitation and Emigration*. London: C. Hurst & Co.
- Carvalho, J. R. (2008). *Do Bidonville ao Arrastão – Media, Minorias e Etnicização*. Lisboa: ICS - Imprensa de Ciências Sociais.
- Carvalho, M. D. (2007). *A construção da imagem dos imigrantes e das minorias étnicas pela imprensa portuguesa: Uma análise comparativa de dois jornais diários*. Dissertação de Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Cashmore, E. (1996). *Dictionary of Race and Ethnic Relations*. London: Routledge.
- Castles, S. (2005). Nation and empire: Hierarchies of citizenship in the new global order. *Internacional Politics*, 42(2), 203-224. <https://doi.org/10.1057/palgrave.ip.8800107>
- Chizzotti, A. (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista portuguesa de educação*, 16(2), 221-236.
- Choi, J. B., & Thomas, M. (2009). Predictive factors of acculturation attitudes and social support among Asian immigrants in the USA. *International Journal of Social Welfare*, 18(1), 76-84. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2008.00567.x>
- Couto-Oliveira, V. (2007). *Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília: Universidade de Brasília.
- Dias, M., Araujo, T., & Barroso, M. (2001). Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(4), 354-360. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000400007>

Direção Geral da Saúde (DGS), (2004), *Normas Gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde*. Disponível em:

<http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/14226/I006146.pdf>

Direção Geral de Saúde (DGS), (2011). *Acesso aos cuidados de saúde no quadro da Cooperação Internacional com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*.

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001200630088AAAAAAAA>

Dyniewicz, A. M., Zanella, E., & Kobus, L. (2004). Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 199-212. <https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.816>

Esteves, M. (1991). *Portugal, país de imigração*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Flach, F. (1991). *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

Flick, U. (2015). *Introducing research methodology—A beginners' guide to doing a research project* (2ª edição). London: Sage Publications.

Fonesca, M., & Goracci, M. (2007). *Mapa de Boas Práticas: Acolhimento e Integração de Imigrantes em Portugal*. Lisboa: Organização Internacional para as Migrações, ACIDI, I.P.

França, L. (1992). *A Comunidade Cabo-Verdiana em Portugal*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Franco, A. (1971). *A Emigração Portuguesa no Último Decénio: Causas Problemas e Soluções*. Guimarães: Edição da Assembleia de Guimarães.

- Freitas, P., Santana, P., Zaky, A., Vaz, A., Never, E., & Lima, A. (2010). *Saúde para Todos – Mudando o paradigma da prestação dos cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe*. Lisboa: Instituto Marquês de Valle Flor.
- Gallo, L. C., Bogart, L. M., Vranceanu, A. M., & Matthews, K. A. (2005). Socioeconomic status, resources, psychological experiences, and emotional responses: a test of the reserve capacity model. *Journal of personality and social psychology*, 88(2), 386. [https://doi.org/ 10.1037/0022-3514.88.2.386](https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.2.386)
- Ghiglione, R., & Matalon, B (2005). *O Inquérito – Teoria e Prática* (4ª edição). Oeiras: Celta Editora.
- Góis, P. (2006). *Emigração cabo-verdiana para (e na) Europa e a sua inserção em mercados de trabalho locais: Lisboa, Milão, Roterdão* (Vol. 5). Lisboa: ACIME.
- Góis, P. (2008). Entre *Janus* e *Hydra de Lema*: As Múltiplas Faces dos Cabo-Verdianos em Portugal. In P. Góis (Ed.), *Comunidade(s) cabo-verdiana(s): as múltiplas faces da imigração cabo-verdiana* (pp. 9-24). Lisboa: ACIDI, I.P.
- Gusmão, N. (2005). *Os filhos da África em Portugal*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Healy, C., & Monahan, F. (2010). Reabilitação e Doença Crónica. In F. Monahan (Ed.), *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectiva de Saúde e Doença* (8ª edição; pp. 971-988). Loures: Lusodidacta–Soc. Port. MONAHAN, Frances Donovan [et al.] – *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença – 8a ed.*; Loures, Lusodidacta.
- Henriques, V. (2008). A família na Hemodiálise. In *IV Congresso Português de Sociologia*, Lisboa, 25-28 Junho 2008. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Henry, P., & Moscovici, S. (1968). Problèmes de l'analyse de contenu. *Langages*, 11(1), 36-60. <https://doi.org/10.3406/lgge.1968.2900>
- Hou, F., Schellenberg, G., & Berry, J. (2016). Patterns and determinants of immigrants' sense

- of belonging to Canada and their source country, *Ethnic and Racial Studies*, 41(9), 1612-1631. <https://doi.org/10.1080/01419870.2017.1295162>
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), (2011). *Cooperação Portuguesa: Uma leitura dos últimos quinze anos de cooperação para o desenvolvimento 1996-2010*. Lisboa: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- Jackson, J., (1991). *Migrações*. Lisboa: Escher.
- Kanbur, R. (2006). The economics of international aid. *Handbook of the Economics of Giving, Altruism and Reciprocity*, 2, 1559-1588. [https://doi.org/10.1016/S1574-0714\(06\)02026-4](https://doi.org/10.1016/S1574-0714(06)02026-4)
- Kaufmann, J-C. (1996). *L'Entretien Compréhensif*. Paris: Nathan.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Krippendorff, K. (1997). *Metodología de Análisis de Contenido: Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós.
- Kvale, S. (1983). The qualitative research interview-a phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14(1), 171-196. <https://doi.org/10.1163/156916283X00090>
- Levy, N. B. (1977). Psychological studies at the downstate medical center of patients on hemodialysis. *Medical Clinics of North America*, 61(4), 759-769. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)31295-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)31295-0)
- Lima, A., & Gualda, D. (2000). Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. *Nursing (São Paulo)*, 3(30), 20-3.
- Machado, F. (2002). *Contraste e Continuidades – Migração, Etnicidade e Integração dos Guineenses em Portugal*. Lisboa: Celta Editora.
- Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação. Minho:

Universidade do Minho.

- Malheiros, J. (2002). Portugal seeks balance of emigration, immigration. *Migration Information Source*, (Online). Disponível em: <https://www.migrationpolicy.org>
- Marques, F. & Torgal, J. (2002). Contributo para a definição de uma estratégia da cooperação portuguesa para o desenvolvimento no sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20(1), 21-26.
- Massey, D. (1986). The settlement process among Mexican migrants to the United States. *American Sociological Review*, 51(1), 670-684. <https://doi.org/0.2307/2095492>
- Monteiro, C. A. (1997). *Comunidade Imigrada, Visão Sociológica: O Caso da Itália*. São Vicente: Gráfica do Mindelo.
- Morais, N., & Koller, S. (2004) Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: a ênfase na saúde. In S. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nesdale, D., & Mak, A. S. (2000). Immigrant acculturation attitudes and host country identification. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(6), 483-495. [https://doi.org/10.1002/1099-1298\(200011/12\)10:6<483::AID-CASP580>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1099-1298(200011/12)10:6<483::AID-CASP580>3.0.CO;2-0)
- Nifa, S., & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 64-75.
- Olmedo, E. L. (1979). Acculturation: A psychometric perspective. *American Psychologist*, 34(11), 1061-1070. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.11.1061>
- Organização Mundial da Saúde (n.d.). *Frequently asked questions*. Disponível em: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
- Padilla, B., & Ortiz, A. (2012). Fluxos migratórios em Portugal: do boom migratório à desaceleração no contexto de crise. Balanços e desafios. *REMHU-Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 20(39), 159-184.

- Peixoto, J. (2004). Países de emigração ou países de imigração? Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal. *SOCIUS Working Papers*, 2 (Online). Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2028/1/wp200402.pdf>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., Oliveira, R. de V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Pinheiro, D. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 9(1), 65-75.
- Pinto, J. (2002). *Compêndio de resistência dos materiais*. São Paulo: Univap.
- Pires, R. P. (1999). Imigração. In F. Bethencourt & K. Chaudhuri (Eds.), *História da Expansão Portuguesa* (Vol. 5). Lisboa: Círculo de Leitores.
- Pires, R. P. (2003). *Migrações e Integração: Teoria e Aplicações à Sociedade Portuguesa*. Oeiras: Celta Editora.
- Pires, R. P., Machado, F. L., Peixoto, J., & Vaz, M. J. (2010). *Portugal: Atlas das migrações internacionais*. Lisboa: Tinta da China.
- Poinard, M. (1979). Le million des immigrés. Analyse de l'utilisation de l'aide au retour, par les travailleurs portugais en France. *Revue géographique des Pyrénées et du Sud-Ouest. Sud-Ouest Européen*, 50(4), 511-539. <https://doi.org/10.3406/rgpso.1979.3619>
- Portes, A. (1999). *Migrações Internacionais. Origens, Tipos e Modos de Incorporação*. Oeiras: Celta Editora.
- Porto, M. (1977). Emigration and Regional Development in Portugal. *Boletim da Comissão de Planeamento da Região Centro*, 5(1).
- Ramos, I. C., Queiroz, M., & Jorge, M. (2008). Cuidado em situação de doença renal crónica: representações sociais elaboradas por adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (2), 193-200.

- Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38(1), 149-152.  
<https://doi.org/10.1525/aa.1936.38.1.02a00330>
- Reitz, J. G., & Banerjee, R. (2007). *Racial inequality, social cohesion and policy issues in Canada*. Canada: Institute for Research on Public Policy.
- Resende, M. C. D., Santos, F. A. D., Souza, M. M. D., & Marques, T. P. (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, 19(2), 87-99.
- Rocha-Trindade, M. B. (1975). Portuguese Rural Migrants in Industrialized Europe. *Iberian Studies*, 4(1), 9-14.
- Rocha-Trindade, M. B. (1979). Portugal. In, R. E. Krane (Ed.), *International Labor Migration in Europe* (pp., 164-172). New York: Praeger.
- Rodrigues, L. C., J. F. Martins e T. M. Fernandes (organizadores), (2011), *Manual de Cooperação para o Desenvolvimento*, Lisboa: Ina Editora.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21(2), 119-144. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
- Saint-Maurice, A. (1994). *Reconstrução das identidades no processo de emigração: A população cabo-verdiana residente em Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Lisboa: ISCTE.
- Santos, N. L. (2006). Imigrantes negros dos PALOP em Portugal. *Paidéia*, 16(34), 181-192.
- Schimmele, C., & Wu, Z. (2015). The new immigration and ethnic identity. *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail*, 3(1), 1. Disponível em: <https://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss1/1>
- SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2010). *Relatório de Atividades 2010 – Imigração, Fronteiras e Asilo*. Lisboa: Departamento de Planeamento e Formação do

SEF.

- Seidl, E., Tróccoli, B., & Zannon, C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Serrão, J. (1977). *A Emigração Portuguesa: Sondagem Histórica* (3ª edição). Lisboa: Livros Horizonte.
- Silva, A. (2011). *A cooperação para o desenvolvimento portuguesa: uma análise de saúde na (e da) relação com PALOP*. Tese de Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Silva, M. C., & Silva, S. (2002). Práticas e representações sociais face aos ciganos. O caso de Oleiros, Vila Verde. *Antropológicas*, 6(1), 57-86.
- Silva, M. R. S. D., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13(26), 147-156.
- Simões, C. (2002). Da privação sócio-econômica à falência dos conceitos de suporte social e desenvolvimento: Reflexões para uma práxis interventiva. *Análise Psicológica*, 20(3), 291-295.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2009). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (11ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Smith, R. (2006). *Mexican New York: Transnational lives of new immigrants*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A. A., Monteiro, S. M., Gomes, A. (2011). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Lisboa: Porto Editora.
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação psicológica*, 4(1), 57-64.

- Trentini, M., & Silva, D. G. (1992). Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. *Texto & Contexto Enfermagem*, 1(2), 76-88.
- Trentini, M., da Silva, D. G., & Leimann, A. H. (1990). Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 11(1), 18.
- Troster, N. Resiliência e o sentido da vida. *Pesquisa Médica*, 18(1).
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva e J. M. Pinto (Eds.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vala, J., Pereira, C., & Ramos, A. (2006). Racial prejudice, threat perception and opposition to immigration: A comparative analysis. *Portuguese Journal of Social Science*, 5(2), 119-140. [https://doi.org/10.1386/pjss.5.2.119\\_1](https://doi.org/10.1386/pjss.5.2.119_1)
- Vaz, F. (2012). *Estudo sobre a evacuação de doentes dos Países Africados de Língua Oficial Portuguesa para Portugal*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28(2), 366-377. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148821>
- Wu, Z., Hou, F., & Schimmele, C. M. (2011). Racial diversity and sense of belonging in urban neighborhoods. *City & Community*, 10(4), 373-392. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6040.2011.01374.x>
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zaccaï-Reyners, N. (1995). *Le monde de la vie: Dilthey et Husserl*. Paris: Les Éditions du CERF.
- Zatz, R. (2002). *Fisiopatologia Renal* (2ª edição). São Paulo: Atheneu.



# **ANEXOS**

## Anexo A

### Guião de entrevista Semi-diretiva

#### 1. Dimensão do individuo e o contexto

- ✓ Descreve-me das suas experiências na altura da sua vinda a Portugal (quando veio, com quem veio, para onde veio)? O que sentiu?
- ✓ Fala-me do seu conhecimento relativo a DRC?
- ✓ Descreve-me, para si, qual é o significado de ser um doente com PRC?
- ✓ Descreve-me como é viver o quotidiano com a DRC?

#### 2. Saúde e Doença

- ✓ Descreve-me o sentimento vivido, quando lhe foi dito que a sua doença obriga a um tratamento cujo o tempo é indeterminado?
- ✓ Descreve-me para si quais as fases de adaptação a sua doença?
- ✓ Como é que encara ser um portador de uma doença que o faz a viver em Portugal?
- ✓ Descreve-me na sua perceção quais as alterações que a DRC trouxe a sua vida diária?

#### 3. Suporte social (redes de apoio)

- ✓ Quais as suas redes de apoio em PT?
- ✓ Fala-me como foi acolhido quando chegou a P.T? está rede ainda continua?
- ✓ Fala-me dos apoios que tem tido ao longo do tratamento/estadia em P.T. (amigos, familiares, instituições)? O que representa para si?

#### 4. Conclusão

- ✓ Fala-me na sua opinião o que poderia ter ocorrido de forma diferente nestes períodos em Portugal?
- ✓ Fala-me na sua opinião o que acha que pode ser melhorado para pessoas com esta patologia?
  
- ✓ Existem outros aspetos que não foi aqui abordado que deseja referir em relação ao tema?

## Anexo B

### Questionário sociodemográfico



Inquérito nº ( )

#### Sexo:

Masculino (1)

Feminino (2)

Idade? \_\_\_\_\_ anos

Há quanto tempo está em Portugal? \_\_\_\_\_

#### Estado civil?

- 1- Casado (a)
- 2- União de facto
- 3- Solteiro (a)
- 4- Separado (a) ou divorciado (a)
- 5- Viúvo (a)

#### Quem compõe o seu agregado familiar? (escolha todas as opções que se apliquem)

- 1- marido ou mulher
- 2- - Filhos; se sim, quantos? \_\_\_\_\_
- 3- - Família alargada; se sim, quem? \_\_\_\_\_

#### Onde se encontra a sua família? (escolha a opção verdadeira para si)

- 1- Toda em Cabo Verde
- 2- Maioritariamente em Cabo Verde
- 3- Maioritariamente em Portugal
- 4- Toda em Portugal
- 5- noutro país: Qual? \_\_\_\_\_

Em Portugal reside com algum familiar? se sim, qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

**Indique qual é o nível de instrução mais elevado que conclui?**

- 1- Não sabe ler /escrever
- 2- Sabe ler e escrever
- 3- 4º ano de escolaridade
- 4- 6º ano de escolaridade
- 5- 9º ano de escolaridade
- 6- 12º ano de escolaridade
- 7- Licenciatura
- 8- Mestrado
- 9- Doutoramento

**Rendimentos mensais?**

- 1- Até 80 €
- 2- de 380€ a 570€
- 3- de 600€ a 1000€

**Habitação**

- 1- Própria
- 2- Arrendada
- 3- De familiares
- 4- Outra situação

**Muito obrigado pela sua colaboração**

## Anexo C

### Consentimento informado



*Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia das Relações Interculturais*

A presente entrevista insere-se na investigação sobre os doentes evacuados de Cabo verde com Patologia Renal Crónica que decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia das Relações Interculturais.

**Com este estudo procuramos perceber qual é o significado de ser um doente evacuado de Cabo Verde com Patologia Renal Crónica e que recursos e desafios se colocam para a sua integração em Portugal.**

Estimamos que a entrevista tenha uma duração de 45mn. Solicitamos ainda a sua autorização para proceder à gravação áudio da mesma.

Asseguramos que todos os dados obtidos com a entrevista estão sujeitos à confidencialidade, sendo que uso exclusivo do estudo.

**A sua colaboração é muito importante para nós!**

**Muito Obrigado!**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar na entrevista pra o estudo acima mencionado a gravação de dados áudio que serão utilizados exclusivamente no desenvolvimento do mesmo.

Data \_\_\_\_\_

## Anexo D

### Grelha de Análise de Conteúdo

Participante	Categorização por dimensões	Excertos Amostrais
Participante 1	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...)tinha vida planeada, já sabia o que esperar do futuro, visto que, terminei a minha licenciatura, então tive de regressar a minha ilha natal, porque estava na cidade da Praia, eu sou da Brava(...)
Participante 1	2. Dimensao_Saude e doença\2.1. inicio sintomas	(...) Então, no espaço depois de regressar a minha ilha, menos de um mês comecei a ficar inchado, muito inchado, e já tinha muito peso (...)
Participante 1	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) Então a minha mãe mandou-me ir a uma consulta a um médico (pausa), logo quando entrei no consultório do médico, haaa, me disse, haaa, começou a medir minha tensão arterial, reparou que, a minha tensão já tava muito alto, e disse que tinha de ser evacuado o mais urgente possível para a ilha da Praia. Então, tive de regressar a Praia... primeiramente suspeitaram que tinha problemas de coração, fizeram as análises, tudo, eeeeeeee veio a saber que não era coração; suspeitou-se que era sida, colocaram num tratamento para a sida. Então só depois de muito tratamento vieram constatar que era problema nos rins. Tentaram fazer o tratamento

		à base de remédios, mas não teve resultado; só a partir daí, depois de pelos menos 15 dias, que já sabia que já estava doente, fiz, comecei a fazer hemodialise (...)
Participante 4	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...)eu era funcionário publico em Cabo Verde; trabalhava no hospital (...)
Participante 4	2. Dimensao_Saude e doença\2.3.perspetiva da evacuação	(...)fiquei um pouco emocionado e em choque (...)
Participante 4	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...)eu não tinha nenhum conhecimento sobre a doença (...)
Participante 4	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) é um grande desafio (...)
Participante 4	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...)é muito triste (...)
Participante 4	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) principalmente na época do verão; estamos com sede, vemos a água bem geladinho, mete na boca e não consegue controlar emocionalmente; no meu caso por exemplo, levo sempre liquido a mais para o tratamento, com consciência de que

		faz mal, mas não é fácil controlar; é muito doloroso, é uma peregrinação total, quem não tem essa doença, deve pensar que é fácil... minha gente: é um sofrimento total; você com vontade de beber um sumo não pode, com vontade de tomar um vinho não pode, com vontade de comer um bom prato, mas também não pode (...)
Participante 4	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) foi uma grande surpresa, uma grande desilusão... fiquei altamente abismado, confrontei o médico (em Cabo Verde) (...)
Participante 4	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) isto também é uma tortura triste... mas infelizmente, nós não somos culpados por isso (...)
Participante 4	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) Ficamos aqui como um preso, é triste (...)
Participante 4	6. outros	(...)os nossos governantes deviam criar condições, em que quem estivesse cá em dialise, pudesse ir a cv nem que for por uma semana... ou então criar condições para que está cá, tiver a sua família (...)
Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) vim para o hospital de Santa Maria, uma instituição que também me ajudou muito (...)

Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) uma associação, em que essa associação é voltada totalmente para os doentes evacuados de CV; a partir daí senti melhor, e comecei a integrar-me melhor dentro do espaço em que estou inserido. olá, de uma mãozinha, para poder conhecer o lugar, saber articular no meio ambiente que não estou acostumado (...)
Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) eu sinto a necessidade da minha família em todos os momentos, nem vou descrever, porque emociono me (...)
Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) uma pessoa com a sua família aqui o seu estado de espírito seria mais calmo, focava mais no tratamento; mas no meu caso, tenho que pensar na família, tenho que pensar na doença, pensar na saúde... tenho que procurar e pensar em coisas que tao sentido, aqui acola, para o meu bem-estar (...)
Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) estou a enfrentar umas series de dificuldades aí... o tipo de ajuda que vou tendo, considero não ser o suficiente para os problemas os desafios que nos é colocado... o INPS não sabe nada de mim (...)
Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) muitas vezes quando estou sozinho tiro lagrimas, saudades da minha família, sozinho, isolado (...)

Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) não tens família ao teu pé para te acarinhar, sinto-me isolado no tempo (...)
Participante 4	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) alteração que essa doença me trouxe: é que não posso trabalhar, de uma forma confiante (...)
Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) Não tive bom acolhimento; fui adaptando as circunstâncias (...)
Participante 4	4. Dimensao_integração & exclusão\4.1. Espaço de participação	(...) devida haver mais atenção aos doentes renais, não ficar preso a doença; sermos apoiados com atividades que nos aliviem o sofrimento e nos ajuda na integração (formações, estar na escola, visitas a outros sítios etc.(...))
Participante 4	6. outros	(...) um alojamento diferente que dá para estar com a sua família (...)
Participante 4	3.Dimensao_Suporte social\3.4. habitação	(...) primeiramente a grande questão tem a ver com o alojamento; gostaria de ter um espaço melhor, mas não tenho condições financeira para o fazer (...)
Participante 4	4. Dimensao_integração & exclusão\4.3. integração	(...) Não estou integrado na sociedade portuguesa pelos motivos acima mencionados (família, acesso a formação, etc.). (...)
Participante 15	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) antes de vir pra PT, trabalhava como taxista durante 2 anos (...)

Participante 15	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) comecei a trabalhar de camionista durante 8 meses (...)
Participante 15	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) conhecimento é que problema renal, o rim deixa completamente de funcionar, não consegue pulsar líquidos nem resíduos, era a única coisa que eu sabia (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.1. inicio sintomas	(...) primeiro levantei um dia e disse, hoje vou fazer um check-up para ver o quê que esta a passar; então fui fazer o check-up numa clínica particular e eles me diagnosticaram com bronquite (é pah incrível) e depois tive uma intoxicação de remédios (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) estava todo enxado, a boca a tremer sozinho, fiquei internado, fizeram os exames e analises, depois veio a saber que eu tinha problema nos rins (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) fiquei completamente destroçado (...)
Participante 15	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) em primeiro lugar é uma grande responsabilidade (...)

Participante 15	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) Isso é muito difícil (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) aceitar o problema também. Isso é muito difícil (...)
Participante 15	1. Dimensão do individuo e contexto\1.2.Trajectoria	(...) deixei tudo em cv (família, amigos, trabalhos) para vir a procura de melhorar a minha saúde e continuar a viver (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) muito angustiado (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) ui, isto foi um desespero enorme (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...)quando me disseram isto fiquei uns dias a viajar no vazio... vou ficar longe da minha terra, minha família, meus amigos para viver num país que não conheço ninguém, o quê que vou fazer?
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) tive que mudar a minha rotina radicalmente (...)

Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) tive que mudar os hábitos alimentares (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) morava sozinho, mas por uma questão de precaução tive que ir viver com o meu pai (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) foi muito sacrificio para tirar todos os meus hábitos que tinha (...)
Participante 15	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) Em cabo verde o peso da doença foi mais leve porque a minha família deu-me o grande apoio psicológico, moral... todos iam me visitar em casa davam me muita força (és um lutador, és um guerreiro vais conseguir) e isso trouxe comigo e ajudou me bastante na fase inicial (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) um desafio; vivo um dia de cada vez (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) não sei! Nunca parei para pensar nisso... tento ocupar a minha mente em outras coisas para não pensar nisso (...)
Participante 15	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) mudanças... mudanças... mudanças de rotina... praticava muito desporto, tinha uma associação em cv, ia para vários lugares (...)

Participante 15	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) tive o apoio da Girassol Solidário (...)
Participante 15	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...)tive apoio do estado Português com o RSI, tive apoio na casa Pia até hoje (...)
Participante 15	6. outros	(...) ter alguém sempre no aeroporto a tua espera; imagina chegas a um país que não conheces para fazer um tratamento, não tens ninguém para de auxiliar, não teres ninguém para te orientar é muito mau(...)
Participante 15	6. outros	(...) incomoda mesmo é a falta de interligação cabo verde e nossa embaixada (...)
Participante 15	6. outros	(...) há um distanciamento enorme entre a embaixada e os doentes (...)
Participante 15	6. outros	(...) nós não somos ligados a eles, é do tipo nós fazemos o nosso trabalho e vocês são os doentes, não existe relação; esta parte social faz muita, faz muita diferença (...)
Participante 15	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	Há uma ausência de apoio por parte da nossa embaixada.
Participante 15	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) o meu sonho era ter os meus familiares aqui comigo (mãe irmãos) nem que fosse só por um mês; mas isso não acontece por falta de meios (...)

Participante 15	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) tenho a ideia de que muita coisa seria diferente; apoio psicológico e ajudava me quando chegava a casa com má disposição tinha alguém lá pra me ajudar (...)
Participante 5	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) eu trabalhei num hotel durante 30 anos. Quando fiz 60 anos mandaram-me de reforma para casa (...)
Participante 5	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) como costume dizer, resisti sempre a ideia da imigração; nunca quis deixar a minha família para aventurar na imigração, mas infelizmente a doença me obrigou a sair de Cabo Verde, os meus filhos choravam e eu também chorava (...)
Participante 5	2. Dimensao_Saude e doenca\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) sempre me disseram que não tinha nenhum problema (...)
Participante 5	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) Respondendo a sua pergunta, eu não tinha nenhum conhecimento do que era a doença renal (...)
Participante 5	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) para mim o grande significado desta doença é que a pessoa sente tipo invalido, que não pode fazer nada (...)
Participante 5	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) muitas vezes tens vontade em ingerir líquidos, mas não podes (...)

Participante 5	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) é muito difícil... há muitas coisas que queres fazer, mas não consegues por fisicamente estares muito frágil (...)
Participante 5	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) é difícil explicar em palavras o quê que senti (...)
Participante 5	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) quando cheguei a hospital de Santa Maria que me informaram sobre a minha patologia “fiquei sem chão” (...)
Participante 5	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) ver a máquina de dialise, fazer a dialise para mim é uma tristeza que vou carregar para o resto da minha vida (...)
Participante 5	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) Quando estava em Cabo Verde, convivia muito com a familiares, amigos e vizinhos. Aqui sinto esta falta por não ter com quem conversar (...)
Participante 5	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) para mim seria muito importante se tivesse cá um familiar (acompanhante. Acho que o governo de Cabo Verde devia arranjar casa para pôr as pessoas com doença renal; acho que isto é importante porque, com a minha casa posso mandar vir um filho de Cabo Verde (...)

Participante 4	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) eu trabalhava no Ministério das Finanças (...)
Participante 3	2. Dimensao_Saude e doenca\2.5.fases de adaptação a doença	(...) é uma junção de sentimentos de tristeza e alegria ao mesmo tempo; de tristeza porque tive de vir para Portugal e deixar os meus filhos e familiares e de alegria porque tinha a esperança de que a minha saúde ia melhorar (...)
Participante 3	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) antes de ser diagnosticada não tinha conhecimento nenhum (...)
Participante 3	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) é uma pessoa que tem restrição alimentar, tem restrição até em fazer planos para o futuro (...)
Participante 3	1. Dimensão do individuo e contexto\1.2.Trajectoria	(...) como estou a fazer hemodialise, que é um tratamento que é por um tempo indeterminado... pronto eu sei que não posso fazer nenhum plano porque sei que tenho esse tempo limitado para fazer o tratamento (...)
Participante 3	1. Dimensão do individuo e contexto\1.2.Trajectoria	(...) não tenho! (expressa alguma tristeza facial) (...)
Participante 3	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) força muitas vezes falta-me, tenho de ir buscá-la em outras pessoas (familiares)... e outras vezes são dadas pelo pessoal hospitalar; é

		importante essa rede de apoio, porque sozinha é difícil (...)
Participante 3	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) agora não posso trabalhar por estar fora do meu país... tenho tempo limitado... a minha vida social também mudou (...)
Participante 3	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) agora não posso sair a noite sempre que eu quiser... mesmo porque o sair a noite agora é diferente, visto que, quando saio não posso comer de tudo, também não posso beber álcool, é isso! (...)
Participante 3	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) é um sentimento de revolta... e quando soube isso pensei, pronto a minha vida acabou (...)
Participante 3	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) eu fiquei triste... lembro que estava a ser acompanhada por uma amiga (...)
Participante 3	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) comecei a chorar e depois a psicóloga falou comigo, explicou-me tudo(...)
Participante 3	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	as vezes você pensa que é forte, você até acha que já acostudou com a doença, mas de vez em quando a pessoa vai abaixo;
Participante 3	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) eu acho que sozinha não sei se conseguiria, sinceramente (...)

Participante 3	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) fui bem recebida no hospital pela equipa, isto foi mesmo muito bom (...)
Participante 3	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) tenho apoio financeiro por parte do INPS, que dá o subsídio de 500 e tal euros, tenho apoio aqui do estado de PT também; dos amigos quando cheguei aqui tive apoios, fiquei na casa deles durante 6 meses, tem apoio do meu marido, tenho apoio dos meus familiares (...)
Participante 3	6. outros	(...) o que pode ser melhorado é que cv devia criar condições para fazer hemodialise no seu país, acho que é a melhor coisa que poderia acontecer (...)
Participante 3	4. Dimensao_integracao & exclusão\4.3. integracao	(...) de um modo geral sinto-me bem... mas é assim, estar no meio dos Portugueses, não é como estar no meio dos Cabo-Verdianos (...)
Participante 3	4. Dimensao_integracao & exclusão\4.3. integracao	(...) Estar no nosso país é diferente, estar aqui, é como que não estivesse em casa (...)
Participante 3	4. Dimensao_integracao & exclusão\4.3. integracao	(...) por vários motivos, pensando que antes tinha a minha rotina de levantar e ir ao trabalhar, estar com os amigos, enquanto que aqui é diferente (...)
Participante 3	2. Dimensao_Saude e doenca\2.5.fases de adaptacao a doenca	(...) é uma adaptação natural, não existe outro caminho, o caminho é este, não há mais nada (...)

Participante 2	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) eu era pescador; também trabalhei como ajudante de pedreiro durante muitos anos (...)
Participante 14	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) não tinha conhecimento nenhum do que era o problema renal. Foi aqui que me foi informado o quê que significava a doença (...)
Participante 14	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	fiquei em choque, fiquei estranho
Participante 14	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) quando estava em Cabo Verde, informaram me que ia ser evacuado, pensei que chegava aqui fazia o tratamento e depois que me ia embora logo (...)
Participante 14	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) quando me foi informado que tinha de permanecer em PT fiquei muito triste (...)
Participante 14	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) para mim é terrível, não podes fazer nada (...)
Participante 14	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) Por exemplo és uma pessoa habituado a trabalhar e de repente não podes fazer quase nada, sentes como se tivesses ficado paralisado

Participante 14	2. Dimensao_Saude e doenca\2.6.limitacoes da doenca	Quando sentes que tu já não consegues trabalhar, e levar a vida como tinhas, sentes como uma pessoa invalida e isso é horrível (...)
Participante 14	1. Dimensão do individuo e contexto\1.2.Trajectoria	(...) Antes da doença tinha o sonho de ter, a minha casa, comprar um bote de pesca (rasca um sorriso) hoje agora posso dizer que que estes sonhos morreram, o Eduíno que eu era há 9 anos atras acabou tudo (...)
Participante 14	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) das coisas que mais sinto falta é da minha vida que tinha lá em Cabo Verde, dos meus amigos, da minha convivência (...)
Participante 14	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doenca	(...) Esta doença só me deu atraso na minha vida (...)
Participante 14	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) quando cheguei, fui bem tratado nos hospitais (...)
Participante 14	6. outros	(...) não sei a quem dar esta responsabilidade, mas acho que devia pelo menos a Embaixada de Cabo Verde, ter outra postura em relação aos doentes (...)
Participante 14	4. Dimensao_integracao & exclusão\4.3. integracao	(...) para ser sincero não me sinto bem em PT. Pq deixei tudo o que era meu em cv (família, trabalho tudo) (...)

Participante 2	4. Dimensao_integracao & exclusão\4.2. competências pessoais e sociais	(...) quando fui para o hospital, cheguei lá, percebia o que as pessoas falavam, mas eu não conseguia dar a resposta (rsuss) foi muito difícil, mas graças a Deus consegui ultrapassar isso com apoio das pessoas (...)
Participante 2	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) o médico me disse (em cabo verde) você tem uma doença que chamamos IRC, mas eu não sabia o que era isso (...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doença\2.3.perspetiva da evacuação	(...) eu ainda saio de cabo verde disse: ah, não vou levar muita coisa (roupa e outros pertences), porque vou ficar lá dois ou três meses depois, volto pra cabo verde (...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) você já não pode regressar para a tua terra, a partir daquele momento parece que o mundo desabou na minha cabeça (...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) naquele momento parece que o mundo desabou, porque eu não estava a contar com aquilo (...)
Participante 2	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) era funcionaria publica, trabalhava na CM de Assomada, na limpeza (...)
Participante 2	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) olha um doente com problema renal, é uma pessoa preza (...)

Participante 2	4. Dimensao_integração & exclusão\4.1. Espaço de participação	(...) depois vou fazer uma caminhada, no dia que não faço tratamento, vou a ginástica de manhã, as vezes vou a casa da cultura, lá tem muitas atividades, estou lá com as colegas, lá tem muitas atividades (...)
Participante 2	4. Dimensao_integração & exclusão\4.3. integração	(...) fui estudar durante dois anos, fiz o curso de jardinagem e o 9º ano, porque o curso da equivalência, 9º ano e o curso (...)
Participante 2	4. Dimensao_integração & exclusão\4.1. Espaço de participação	(...) fui a junta dê freguesia me inscrever, e lá faço, rendas, bordados, yoga, faço umas muitas coisas (...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) aih isso foi mau mesmo, na altura foi mau!! (...)
Participante 2	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) Você chega aqui, as pessoas não ajudam, não apoiam (...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) Imagina você estava no seu habitat, na sua casa, com a tua família; de noite para o dia, sai deixa tudo que tem... eu tinha os meus filhos, a minha casa, o meu marido, a minha vida, o meu trabalho, e de um dia para outro, tive que deixar, vim pra aqui, onde não tenho ninguém, e depois vim saber que afinal a doença que tenho não

		podia regressar (respira fundo) entrei num estado de desespero já não queria ficar aqui (...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doenca\2.5.fases de adaptação a doenca	(...) para ser sincera nestes 11 anos com esta doenca, sinto-me que ainda não me adaptei-me a doenca(...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doenca\2.5.fases de adaptação a doenca	(...) há coisas em nossas vidas que nunca nos adaptamos(...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doenca\2.5.fases de adaptação a doenca	(...) sei que tenho que fazer o tratamento para poder viver, por isso, tenho que fazer esse tratamento, agora adaptar não é a palavra certa; eu nunca me vou habituar a isso (...)
Participante 2	2. Dimensao_Saude e doenca\2.6.limitações da doenca	(...) olha trouxe muitas alterações... em primeiro lugar adaptar-me a viver em Portugal, tive que alterar a minha alimentação, os líquidos, as águas, por exemplo, as vezes posso estar com vontade de beber água, não posso beber (...)
Participante 2	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) tenho alguns amigos que sempre me dizem, se precisar de alguma coisa é só ligar, arranjei amigos (...)
Participante 2	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) fui bem acolhida (...)
Participante 2	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) tem aquele apoio que recebe da embaixada de cabo verde (...)

Participante 2	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) cruz vermelha, todos os anos na época do Natal, ajudam as pessoas carenciadas (...)
Participante 2	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) não sabia nada! não sabia o que era essa doença (...)
Participante 2	6. outros	(...) ter cá a minha família, já seria muito diferente esta vida que tenho hoje (...)
Participante 2	6. outros	(...) ter condições para a pessoa ir lá (cabo verde) estar com atua família e depois voltar, seria muito melhor r(...)
Participante 2	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) para mim uma vez por ano estar com eles (famílias) 15 dias já era muito bom pra mim; se calhar aguentava melhor esse tratamento (...)
Participante 2	6. outros	(...) ter mais máquina de hemodialise em Cabo Verde, pra quem estiver aqui, poder ir uma vez por ano visitar a sua família, mesmo que se paga as sessões de dialise (...)
Domingas	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) não queria morrer sem antes estar com a minha família; deixei o meu filho com 14 anos, e hoje já tenho um neto, eu não quero morrer sem estar com a minha família, acho que devia dar uma atenção especial a pessoas que estão aqui a fazer hemodialise (...)

Participante 7	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) Estava sempre doente não fazia nada; quando estava melhor de saúde ia para escola (...)
Participante 7	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) relativamente a doença propriamente dita, não sabia nada (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) fui uma consulta, e depois fui fazer um exame o médico disse que tinha que ser evacuado para PT, porque os meus rins já não funcionavam, fui fazer a junta médica e vim (...)
Participante 7	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) ser um DRC é muito complicado, além de todas as doenças serem complicadas, mas a doença renal traz muitas limitações a tua vida (...)
Participante 7	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) não podes trabalhar, não podes fazer grandes esforços por causa da fistula, depois de seres diagnosticado esta doença não consegues ter uma vida normal não podes trabalhar, não podes fazer grandes esforços por causa da fistula, depois de seres diagnosticado esta doença não consegues ter uma vida normal (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) agora qualquer esforço que faço canso muito, não posso beber muito líquido, não posso

		comer comidas que comia antes, por causa do potássio e dos fósforos (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) que a minha vida ia parar, que aquela ideia que tinha antes, que vinha para tratamento por um período não superior a quatro meses, que afinal não ia acontecer (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) e no início estás cá sozinho, sem ninguém, recebes a notícia ficas mesmo muito mal, muito em baixo, muito triste (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) já tenho uma filha com 4 anos, penso quando for fazer hemodialise deixo sozinha, não fico nada bem com isso (...)
Participante 7	1. Dimensão do individuo e contexto\1.2.Trajectoria	(...) agora não tenho nenhum projeto de vida! Vou fazer hemodialise, não posso fazer mais nada... isso é a razão que me leva a não pensar em grandes coisas, também as condições de vida que nós temos também não favorece (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) é natural acostumar, alias temos de nos acostumarmo-nos e aceitar este problema. acho que pensando assim, as coisas ficam menos dura. até porque não há outra saída (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) também foi importante ouvir o testemunho de pessoas mais antigas em dialise, isso também ajuda muito (...)

Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) muitas vezes queres passear com os teus amigos, fazer outras atividades, e não podes por estares preso a doença e ao tratamento (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) antes da minha filha nascer, era mais difícil porque não tinha cá ninguém; mas ia falando com os meus familiares em cabo verde e nos EUA a dor aliviava um bocadinho (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) muita falta de apetite (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) falta de vitamina queda de cabelo (...)
Participante 7	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) não posso ingerir muito líquido (...)
Participante 7	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) apoio que precisamos quando chegamos aqui eu não tive (...)
Participante 7	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) no hospital fui muito bem acolhida por todas as pessoas (...)
Participante 7	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) Os hospitais tratam muito bem os doentes, até melhor que o nosso país (Cabo Verde) (...)
Participante 7	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) tive o apoio de Santa Casa, da Segurança Social, Girassol Solidários e da Embaixada de Cabo Verde (...)

Participante 7	6. outros	Gostaria que a minha mãe estivesse aqui comigo (com um ar muito calmo, e triste)
Participante 7	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) acho que com um familiar mais próximo os nossos tratamentos e estadia em PT seria muito diferente pela positiva (...)
Participante 7	1. Dimensão do individuo e contexto\1.2.Trajectoria	vontade de fazer o meu transplante renal, ter cá a minha mãe é um grande desejo
Participante 7	6. outros	(...) a Embaixada deve melhorar as condições dos doentes de hemodialise; para além das condições financeiras, as condições habitacionais (...)
Participante 7	6. outros	(...) acho que nós devíamos ter cá um acompanhamento (familiar) principalmente para os mais adultos (...)
Participante 7	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) muitas vezes chegamos de hemodialise e sem vontade de fazer nada; estamos mal despostos, é tensão baixa etc. não temos disposição para cozinhar; mas tendo cá um familiar não nos vão deixar desamparados; há muitas vezes que podemos dormir e amanhecer mortos (...)
Participante 7	4. Dimensao_integracao & exclusão\4.3. integracão	(...) quando temos a nossa AR acho que melhora muito, porque aí poderemos usufruir de alguns direitos (...)

Participante 7	4. Dimensao_integracao & exclusão\4.3. integração	(...) sentia-me melhor integrada se estivesse a trabalhar e estudar. também sentia-me mais integrado se tivesse uma casa só para mim; não há nada como a pessoa ter o seu espaço. (...)
Participante 1	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) trabalhava numa empresa de pecuária, cuidava de animais em ribeira Julião, basicamente era isso. (...)
Participante 13	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) o meu conhecimento era zero; não sabia nada sobre a doença renal(...)
Participante 13	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) A única coisa que eu posso dizer é que com esta doença muitas portas vão fechando para ti, por exemplo a nível de trabalho e a nível social (...)
Participante 13	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) Depois de seres diagnosticado, voltas a uma rotina completamente diferente, não podes trabalhar, não podes fazer grandes esforços físicos, é muito difícil, principalmente para uma pessoa jovem como eu (...)
Participante 13	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) A minha médica chegou em mim e disse-me: vais ter de viver em Portugal. Naquele momento fiquei sem forças nas pernas, fiquei muito espantado, fiquei muito triste (...)

Participante 13	2. Dimensao_Saude e doença\2.3.perspetiva da evacuação	(...) Nos primeiros dias (lá em Cv) ficava a pensar muito sobre a minha evacuação para Portugal, como é que será recebido aqui, onde vais ficar a viver (...)
Participante 13	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) não é fácil, porque sabes que estas aqui não por tua vontade, mas sim, uma obrigação, não foi fácil encarar isso tudo. Mas pronto, tenho de encarar isso... tenho de me acostumar a isso tudo, são coisas da vida. penso que só assim consigo ultrapassar a isso tudo (...)
Participante 13	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) uma das alterações, tem haver com o trabalho; antes podia trabalhar, agora já fico muito limitado com isso (...)
Participante 13	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) Os apoios que tenho tido é da Girassol Solidário e do INPS (...)
Participante 13	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) apoio basicamente são muito pouco, ou basicamente é quase nada... os apoios são muito poucos, mas tive algumas (Casa Pia, Girassol etc. (...)
Participante 13	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) A minha vontade, ou projeto de vida digamos assim é consegui trabalhar e, ter a possibilidade de poder continuar os meus estudos (...)

Participante 13	4. Dimensao_integracao & exclusão	(...) sinto bem! Acho que também isso tem muito haver, pelo fato de ser jovem, saber ler, saber escrever (...)
Participante 13	4. Dimensao_integracao & exclusão	(...) na minha opinião uma pessoa que não sabe ler nem escrever poderá ter mais problemas a nível de integração (...)
Participante 13	6. outros	(...) devia haver mais apoio por parte da Embaixada, devia ter mais apoio, e melhorar alguns aspetos; por exemplo apoios emocionais, e aumento no subsídio (...)
Participante 13	4. Dimensao_integracao & exclusão	(...) Acho que se devia dar uma atenção especial as pessoas com pouca escolaridade, os que são alfabetos, encontrar formas alternativas para a sua integração em PT (...)
Participante 12	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) era doméstica; nas horas vagas fazia um negocinho (bolos, doces) para vender e poder ajudar com as despesas da casa (...)
Participante 12	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) fazia muitas consultas, tinha sempre muitas dores; e em cabo verde inicialmente me tratavam com medicamentos de outra doença (...)
Participante 12	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) Um enfermeiro me disse: olha você vai para PT, se tiver a sorte de encontrar um rim e fazer o transplante até pode vir, mas caso contrario vai viver o resto dos seus dias em PT; comecei a

		entristecer-me porque estava com os meus pais, com os meus netos e, disse o quê que será de mim a viver em PT sozinha (...)
Participante 12	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) acho que é uma doença muito má... porque mesmo que encontras um rim o teu organismo pode rejeitar (...)
Participante 12	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) é pra viver sem pensar; se pensares não dá... deixa o Deus tomar a conta porque ele é que é o Pai supremo... tenho de levar a vida a brincar, a sorrir para que o dia passa a noite vem e os dias vão passando (...)
Participante 12	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) é um processo muito lento (...)
Participante 12	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) Houve a fase inicial que foi difícil agora parece que as coisas estão mais ou menos. parece! (...)
Participante 12	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) a doença trouxe-me várias limitações! por exemplo já praticamente não posso lavar uma peça de roupa a mão, não posso fazer esforço com o braço que tem a fistula; se for fazer uma compra tem que ser pouca coisa, pq o braço esquerdo não pode carregar muito e, penso outrora fiz muito trabalho de esforços; agora sinto-me completamente limitada a doença, mas

		não sou invalida como muita gente que tem essa doença fala; (...)
Participante 12	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) quando não fazia hemodialise praticamente não sentia vontade de beber; o meu marido dizia-me: tens que beber muita água, levanta de manhã cedo bebe um pouco de jejum é muito bom; mas eu não ligava, não tinha conhecimento de nada; agora que não posso ingerir água é que me dá vontade de apanhar uma garrafa de água e saciar, mas tenho que beber gole, gole, sei que não posso mas fico com muita ressaca que obriga a beber um bocadinho de água (...)
Participante 12	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) único apoio que tenho aqui é da Girassol e da clínica, onde faço hemodialise e da Embaixada de Cabo Verde (...)
Participante 12	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) foi um pouco mau... foram me buscar no aeroporto, e levaram-me para o hospital de Santa Maria e deixaram me ali (embaixada); fiquei as voltas no hospital, depois acabei por ficar internada durante três dias; cheguei na 6ª, no sábado puseram-me o cateter na perna, e comecei a fazer hemodialise; nestes três dias ali sozinha, senti-me triste, isolada e muito perturbada (...)

Participante 12	2. Dimensao_Saude e doenca\2.5.fases de adaptacao a doenca	(...) Eu estava consciente de que aqui ia ter melhora da minha doenca, mas ia ser um processo muito lento, e ir habituando com a doenca; acho que com essa doenca não se consegue habituar, há momentos que parece estar tudo bem, e há outros que parece que tudo volta ao inicio... (...)
Participante 12	1. Dimensao do individuo e contexto\1.2.Trajectoria	(...) o meu maior desejo é ter um rim; deixar de fazer hemodialise e, poder regressar para o meu país; (...)
Participante 12	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) Quando falo com a minha família, não consigo conter as saudades (emociona e chora); eles perguntam-me se estou bem, mesmo não estando, eu digo que estou, não quer que eles sofram; nem deles podem vir cá, não tem um trabalho fixo; mas se calhar se tivesse uma casa, poderia ser mais fácil (...)
Participante 12	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) se estivesse cá os meus familiares estaria muito bem; principalmente quando chegava de hemodialise, tinha qualquer coisa quentinha para comer; sentia logo uma melhora. ter o carinho dos filhos... só de pensar nisso, fico triste e emocionada; sinto muita falta disso (...)
Participante 12	6. outros	(...) acho que é muito importante falar disso, isto é muito importante eu falar. acho que nossa

		integração em Portugal, passa muito em termos um alojamento em melhores condições (...)
Participante 12	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) Isto não é criticar, mas sinto que existe uma grande ausência de um suporte em Portugal (...)
Participante 12	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) Nas clínicas, e nos hospitais somos bem tratados. Sinto que há uma grande ausência (...)
Participante 10	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) Sinto que há uma grande ausência de suporte social (...)
Participante 12	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) antes já tinha ouvia falar, que havia hemodialise, havia doença nos rins, que... mais não sabia praticamente nada (...)
Participante 1	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) uma pessoa (como eu) que está acostumado a ter uma vida normal, não toma medicamentos, eu quase nunca tinha tomado medicamentos, e hoje por causa do medicamento tenho que tomar 15 a 20 medicamentos por dia. tem um impacto muito grande (...)
Participante 1	2. Dimensao_Saude e doença\2.3.perspetiva da evacuação	(...) naquele momento... em cabo verde quando me disseram que tinha de vir cá para fazer o tratamento em Portugal, eu senti mais aliviado, porque não sabiam qual foi a causa dos meus rins pararam; então, tiveram de me enviar cá, eu acho que, quando soube que tinha que vir fazer o

		tratamento, fiquei aliviado, e com mais esperança ainda.... (...)
Participante 1	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) em cabo verde me disseram que eu vinha pra cá fazer uma biopsia ao rim, pra saber porquê o meu rim parou de funcionar (...)
Participante 1	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) eu acho que fiquei ainda mais assustado, porque eu tinha vindo pra aqui para fazer a biopsia, então, quando fiz a primeira sessão de hemodialise, depois a segunda, parece que na terceira sessão, eu perguntei a Dra. Se não ia fazer a biopsia pra saber a causa que os meus rins tinham parado de funcionar; então ela me disse que, não era necessário fazer a biopsia, porque segundo as analises, os meu rins já não estavam a funcionar, não era preciso fazer a biopsia; nesse momento que eu fiquei... porque já tinha esperança que com a biopsia iriam dizer, não isso é temporário, daqui alguns tempos os teus rins vão funcionar de novo (pausa) mas naquele (...) momento, não havia mais esperança.
Participante 1	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) primeiramente, na primeira fase fiquei bem tranquilo! Sempre pensei: isso é qualquer problema, com o remedio, com o tempo iria conseguir ultrapassar isso... na outra fase, que eu vim saber qual é o principal motivo fiquei bastante preocupado, fiquei triste, muito triste...

		depois quando eu vim cá, que comecei a fazer outro tipo de tratamento... primeiramente com a dialise eu sempre ficava com o corpo em baixo, ficava mesmo triste, e com a dialise peritoneal eu senti que fiquei mais à vontade para enfrentar essa doença e com mais força... (...)
Participante 1	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	acho que principalmente da minha mãe, eu acho que sozinho, não sei se iria ter força, para fazer tudo isso, mas com a minha mãe é o principal pilar da minha força..
Participante 1	4. Dimensao_integração & exclusão	(...) eu acho que ainda estou no processo da reintegração na sociedade portuguesa, ainda não me sinto totalmente inserido cá (...)
Participante 1	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) nesse momento o apoio que eu recebo, é da embaixada, o subsídio que a embaixada me dá, e o apoio que a minha família me dá, basicamente é só isso (...)
Participante 1	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) o acolhimento foi bom, em relação ao hospital e a família... (...)
Participante 1	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) nos hospitais sempre trataram bem, acolheram bem, dando todas as informações sobre a minha doença, o tratamento, tudo! (...) q
Participante 1	6. outros	(...) sim, eu acho que, em relação aos doentes renais, eu acho que necessitam mais de apoio

		psicológico, um profissional que sabe como lidar com essas coisas, para conversar... as vezes doentes tem muito a dizer. não tem como... eu acho que um apoio psicológico seria importante... (...)
Participante 1	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) acho que a minha psicóloga foi a minha mãe, porque sempre falei de tudo com a minha mãe, a minha mãe sabe de tudo... sempre estamos a conversar... acho que nesse ponto eu não tive essa necessidade (...)
Participante 1	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) acho que uma pessoa que esta sempre a ir... apoiar a ir as consultas, sempre feliz, a dizer que vamos conseguir, sempre a me empurrar para frente, não é pra ficar triste, sempre com a cara levantada, sempre ela me diz: é a vida, vida é feito assim, temos de adaptar a vida, sempre ela me diz isso (...)
Participante 10	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) em cv trabalhava na obra (...)
Participante 10	2. Dimensao_Saude e doenca\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) quando comecei a sentir muitos sintomas, aí tive de ir ao médico. Fui ao médico e tinha a minha tensão arterial muito alta, e fiquei internado durante 4 dias... depois tive alta fui para casa com indicação médica que tinha que

		manter em repouso. Passado 1 mês comecei novamente a sentir mal, voltei ao médico, ele disse-me que tinha que ir à junta médica (processo de evacuação) porque os meus rins não estavam a funcionar bem (...)
Participante 10	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) não fazia ideia o que era DRC... nem sabia se existia essa doença(...)
Participante 10	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) é uma doença que ficas sem esperança, não sabes quando é que terás alta... por exemplo os outros doentes que também vem evacuado, fazem uma ideia mais ou menos do tempo de estadia para tratamento médico; nós não podemos fazer isso, estamos aqui sem saber por quanto tempo, é uma doença terrível (...)
Participante 10	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) viver o quotidiano com a doença, é cada dia de uma forma... há dias que estou muito stressado; há dias que não estou bem emocionalmente; tenho problema de tensão alta... o meu dia-dia é a mesma rotina de sempre: ir a hemodialise, chegar a casa deitar para descansar; nos dias que não tenho hemodialise saio faço uma caminhada é isso (...)

Participante 10	2. Dimensao_Saude e doença\2.3.perspetiva da evacuação	(...) fiquei sem animo... apesar de ter começado a fazer hemodialise em Cabo Verde, quando informaram que tinha que vir para PT evacuado, pensei que seria por um período de 6 meses (...)
Participante 10	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) quando me deram esta informação aqui fiquei em choque... quando tive alta, vim para a pensão onde já estavam pessoas que também fazem hemodialise e que disseram-me que estavam cá alguns anos a fazer hemodialise fiquei mais desanimado, muito triste mesmo (...)
Participante 10	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) em primeiro lugar a minha vida profissional, visto que antes trabalhava nas obras e agora não tenho capacidade para o fazer; eu comecei a trabalhar desde muito cedo e pelo fato de agora não poder exercer a minha profissão, isto me deixa muito aborrecido... estar 4 horas ligado a maquina, fico stressado e a minha tensão sobe, fico muito ansioso para que o tratamento termina (...)
Participante 10	3.Dimensao_Suporte social\3.2.tipos de apoio	(...) tenho apoio da Segurança Social (RSI) da Embaixada de Cabo Verde e da Girassol Solidário (...)

Participante 10 6. outros	<p>(...) acho que devia haver uma atenção especial por parte do governo de cabo verde, relativamente aos doentes renais. Nós estamos aqui a fazer hemodialise, mas que a gente quisesse ir para Cabo Verde passar uma semana de férias com a família não é possível. Os nossos familiares que estão lá, mesmo que quisessem vir nos visitar não temos o sítio para os receber, e assim é nossa vida (...)</p>
Participante 10 4. Dimensao_integracao & exclusão	<p>(...) Acho que outro aspeto importante para o melhoramento da nossa estadia em PT, bem como nossa integração, é dar continuidade aos nossos estudos, visto que, trabalhos que exige força física estamos muito limitados, ao menos com uma formação poderemos arranjar um trabalho vai de encontro com o nosso estado de saúde (...)</p>
Participante 10 4. Dimensao_integracao & exclusão	<p>(...) não me sinto integrado, porque não tenho cá os meus familiares... a língua também é uma grande barreira... (...)</p>
Participante 1 1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	<p>trabalhava sazonalmente e cuidava dos meus filhos</p>

Participante 11	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) eu não sabia nada sobre a doença (...)
Participante 11	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) Fiz hemodialise em cv e, na altura informaram-me que vinha para PT fazer um tratamento por um período não superior há um ano. Ainda cá estou (...)
Participante 11	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) é muito pesado pensar nisso; mas por vezes sem querer acabo por pensar, nela e quando dou por mim já estou no meu quarto a chorar (...)
Participante 11	4. Dimensao_integração & exclusão	(...) Gostava de poder fazer outras coisas para ocupar o meu tempo, mas não tenho nada para fazer (...)
Participante 11	2. Dimensao_Saude e doença\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) fiquei a chorar. Entrei em desespero e fui a Embaixada de Cv pedir o meu bilhete de regresso. Depois comecei a pensar e perceber que não havia hipótese de regressar para cabo verde, porque se regressasse em dois dias já estava morta (...)
Participante 11	2. Dimensao_Saude e doença\2.6.limitações da doença	(...) a minha vida é uma tristeza. Depois que apanhei essa doença, estou sempre doente. Imagino os meus 7 filhos lá em cabo Verde, e neste momento estou sozinha em Portugal (...)

Participante 11	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) não foi fácil porque cheguei, fui diretamente ao hospital, depois tive alta fui para a pensão, não conhecia lá ninguém e não tinha nenhum dinheiro. Única coisa positiva foi a forma que me trataram no hospital, trataram me muito bem (...)
Participante 11	1. Dimensão do individuo e contexto\1.2.Trajetoria	(...) Não queria estar aqui em PT com a doença, a doença é que me obriga a viver aqui (...)
Participante 1	1. Dimensão do individuo e contexto\1.1.Experiencia de vida pre-PT	(...) em cabo verde era doméstica, trabalhava como empregada em casa das pessoas (...)
Participante 10	1. Dimensão do individuo e contexto\1.3.Conhecimento relativo a doença	(...) por acaso não sabia nada! Conhecia um Sr. Que a filha tinha problema renal; achei aquilo estranho, como é possível ter um problema de rim; nem imaginava eu hoje ter esta doença (...)
Participante 10	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) sentia muitas dores, tomava medicamentos e aliviava; houve um dia que tinha muitas dores, chorei, chorei, minha sogra foi lá ter comigo (ela ainda estava viva) houve um dia que a minha filha foi a minha casa ajudar-me a lavar a roupa (...)
Participante 10	1. Dimensão do individuo e contexto\1.4.Significado da doença	(...) Esta doença é terrível... não desejo esta doença a ninguém; estamos sempre sujeitos a cirurgias (mudança de fistulas); já fui rachada em muitos sítios. Depois ficas 4 hrs deitado durante

		o tratamento, ficando numa posição, você não pode mexer muito... quando terminas muitas vezes ficas com má disposição... esta doença é muito má (...)
Participante 10	2. Dimensao_Saude e doença\2.2.Diagnostico em Cabo Verde	(...) então depois levaram me para uma sala (hemodialise) e achava aquilo muito estranho, quando meteram o cateter, e primeiro foi aqui na perna fiz dialise, depois levaram para a enfermaria e eu tirei o cateter sem saber qual era o seu funcionamento; e o enfermeiro chegou e disse me: Albertina porquê que você tirou o cateter? Isto não se pode tirar! E eu perguntei porquê? Ele disse me isso tem que ficar para poder fazer o tratamento, mas não explicaram que tipo de tratamento estava a fazer! Depois veio a médica e disse me: olha Albertina você vai ser evacuada para PT; eu perguntei: mas porquê? Porque já tem problema de rim, tem de ir para PT fazer hemodialise, aí percebi que a coisa é seria mesmo (...)
Participante 10	2. Dimensao_Saude e doença\2.5.fases de adaptação a doença	(...) foi duro, foi difícil a notícia, de saber que tinha PRC, foi muito triste! Tinha alguma fé que o outro rim funcionasse; assim, já não tinha que fazer hemodialise... mas é assim, terei de enfrentar e continuar a fazer o tratamento, não tem outra solução (...)

Participante 10	2. Dimensao_Saude e doenca\2.4.Noticia da permanência em PT	(...) epah. Eu estou aqui só por causa da doença; para mim PT não tem nada de especial que me motiva a ficar aqui a viver; estou aqui infelizmente por causa da doença; se não tivesse a doença estaria em outros sítios, não aqui (...)
Participante 10	2. Dimensao_Saude e doenca\2.6.limitações da doença	(...) mudou tudo na minha vida... não posso trabalhar, não consigo fazer nada; fico dentro desse quarto preso sem poder sair, triste não tenho ninguém para conversa(...)
Participante 10	3.Dimensao_Suporte social\3.1.acolhimento em PT	(...) as pessoas do hospital são muito boas... acolheram muito bem... houve uma enfermeira que me deu 30€, fiquei muito contente; (...)
Participante 10	3.Dimensao_Suporte social\3.3. suporte social	(...) o que poderia ter ocorrido de forma diferente é ter aqui todos os meus filhos comigo, para cozinhar, brincar, rir, passear; assim no dia que eu morrer, vou morrer alegre; a minha maior tristeza é não ter cá ninguém para cuidar de mim (...)
Participante 4	6. outros	(...) devia haver mais apoios; nós devíamos ter uma casa para morar, mas que a gente pagasse um valor simbólico; ter cá a nossa família; assim quando você vai fazer hemodialise ficas mais animado, mais tranquilo; o meu maior desejo é ter a minha casa, ter a minha vida organizada ter

		uma pessoa que cuidava de mim; isto é meu maior desejo; só isso que desejava ter (...)
Participante 4	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) Ficamos aqui como um preso, é triste, mas não há outra forma, temos que aceitar esta situação, que é doloroso, muito doloroso... (...)
Participante 4	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) tenho que pensar na doença, pensar na saúde... tenho que procurar e pensar em coisas que tao sentido, aqui acola, para o meu bem-estar (...)
Participante 4	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) outrora sinto me fraco... muitas vezes penso: se morrer não vou fazer falta a ninguém... mas depois digo não... vais ter de lutar; Deus é a minha grande força ele é que me da coragem para lutar porque quero viver por mais longos anos de vida(...)
Participante 15	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) O tempo vai passando, começo a pensar que não outra saída. tenho que aceitar ficar aqui; de fato se quero viver tenho que ficar aqui, na esperança de um dia poder ver a família e amigos que deixei lá em CV, por isso tenho que fazer este sacrificio (...)
Participante 15	1. Dimensão do individuo e contexto\1.2.Trajectoria	(...) meu grande objetivo é concluir a minha licenciatura, e começar a fazer o meu projeto social que é a intervenção nas escolas (...)

Participante 3	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) estar com esta doença é um desafio. assim é que eu encaro... tudo que estiver ao meu alcance farei para ultrapassar as dificuldades impostas pela doença (...)
Participante 3	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) é uma adaptação natural, não existe outro caminho, o caminho é este, não há mais nada (...)
Participante 14	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	tenho a doença, tenho que enfrentá-la. o caminho será está.
Participante 7	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) vou acostumando com as dificuldades, com as limitações... é natural acostumar, alias temos de nos acostumarmo-nos e aceitar este problema. acho que pensando assim, as coisas ficam menos dura. até porque não há outra saída (...)
Participante 13	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) sabes que estas aqui não por tua vontade, mas sim, uma obrigação, não foi fácil encarar isso tudo. Mas pronto, tenho de encarar isso... tenho de me acostumar a isso tudo, são coisas da vida. penso que só assim consigo ultrapassar a isso tudo (...)
Participante 1	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) A minha maior força para enfrentar esta doença é ter um pensamento sempre positivo; e digo: será que um dia Deus vai me dar um rim para ficar melhor? É preciso ter muita fé, brincar e descontraír; porque fechar dentro de um quarto

		e ficar 24hrs sozinha dentro de um quarto não dá. Ficas maluca e começa a questionar, porquê que tenho essa doença, de onde veio essa doença; eu estou aqui sozinha, sem os meus filhos, sem o meu marido... até um gatinho meu, tem saudades minhas; mas tenho que levantar e ir-me a luta (...)
Participante 12	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) é muito difícil convencer-me que a minha doença me obriga a viver em Portugal (respira fundo). é preciso ter muita força e coragem; mas constantemente bate aquela saudade muito forte; mas quando sinto com menos força vou buscá-lo ao Deus nosso Sr. Todo poderoso (...)
Participante 12	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) agora sinto-me completamente limitada a doença, mas não sou invalida (...)
Participante 12	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) tenho um problema de saúde e tenho de enfrentar, porque se não enfrentar cai lá em baixo (...)
Participante 10	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) tenho de saber viver com esta doença e aceitá-la. é viver um dia de cada vez. ou seja, vivo o que tenho pra viver. Você pensa na doença, percebe que não há muita coisa a fazer relativamente a doença. portanto, tenho que ter a fé e continuar a fazer o tratamento (...)
Participante 10	5.Resiliencia\5.1.indices de resiliência	(...) foi duro, foi difícil a notícia, de saber que tinha PRC, foi muito triste! Tinha alguma fé que

---

o outro rim funcionasse; assim, já não tinha que  
fazer hemodialise... mas é assim, terei de  
enfrentar e continuar a fazer o tratamento, não  
tem outra solução(...)

---