

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Os estereótipos dos imigrantes africanos condicionam os seus comportamentos de saúde? O papel da integração no país de acolhimento

Débora Filipa Tavares Lopes Paulo

Trabalho de projecto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Sibila Marques, Professora Convidada, ISCTE-IUL

Outubro, 2012

Agradecimentos

Um muito obrigado:

À minha orientadora, Professora Doutora Sibila Marques, pela sua disponibilidade no acompanhamento deste trabalho, pelo interesse demonstrado no tema, pela sua capacidade para me motivar, pela sua frontalidade, assim como pelas suas inúmeras sugestões pertinentes para melhorar o estudo;

À Professora Helena Carvalho e Professora Madalena Ramos, pela ajuda nas questões estatísticas relativas à análise de dados;

À Dr.^a Ana Correia, pela sua amizade e por se ter disponibilizado para ser entrevistada no âmbito deste estudo;

À Dr.^a Graça Hidalgo e à Dr.^a Carminda Pereira, responsáveis pela Associação Promotora de Emprego de Deficientes Visuais (APEDV) e ao Senhor Sadjá Dabol, por terem cedido amavelmente o seu local de trabalho para poder recolher os dados do estudo.

Gostava também de agradecer:

A Deus, que faz toda a diferença na minha vida e que me ajudou nesta etapa;

À minha família, pelo amor e pelos valores que me foram dados ao longo destes 23 anos, permitindo-me ter “bases” emocionais para encarar as situações mais complicadas que têm surgido;

Ao João Amador, à Ana Santos, à Myriam Chaves, à Anabela Pinto, ao Nicolae Axente, ao Senhor José Martins, à Elizete Damas e à Ana Gama, pela amizade que demonstraram ter, sobretudo neste último ano. Em especial, pela sua disponibilidade, ideias, carinho e motivação;

A algumas colegas da licenciatura e do mestrado que mais partilharam comigo esta etapa: a Filipa Valejo, a Sara Moniz, a Rosário Boavida, a Joana Cordeiro, a Cátia Duarte e a Rita Rego. Um especial agradecimento, à Bebiana Sousa, à Gabriela Palhares, à Nádía Nunes e à Ângela Proença, pela sua amizade e pela ajuda na recolha dos dados para o estudo;

E por último, mas com um papel fundamental, a todas as pessoas que generosamente se disponibilizaram para participar no estudo.

Segundo a Rede Europeia Anti-Pobreza em Portugal (REAPN):

Portugal, país tradicionalmente de emigrantes, é hoje em dia, e cada vez mais, um país de imigrantes. Mas, as condições precárias em que vivem no nosso país, e as dificuldades que encontraram em legalizar-se conduzem-nos a uma situação de exclusão social e à clandestinidade. De facto, são cada vez mais os que entram pelas fronteiras, em condições de verdadeira escravidão. Mas, este problema ultrapassa e muito as fronteiras portuguesas (Rediteia, 2002, p. 9).

Resumo

Que seja do nosso conhecimento, não existem estudos sobre os efeitos que os estereótipos negativos têm nos comportamentos preventivos de saúde dos imigrantes africanos. Deste modo, os objectivos do estudo consistiram em: estudar o efeito dos estereótipos negativos dos imigrantes africanos nos seus comportamentos preventivos de saúde; e estudar o papel moderador que a integração e a percepção desta integração dos imigrantes africanos, no país de acolhimento, têm neste efeito. Participaram no estudo 42 imigrantes africanos de ambos os sexos, residentes em Portugal. O estudo teve duas fases: numa primeira fase, avaliou-se a percepção de suporte de integração no país de acolhimento e numa segunda fase, avaliou-se o nível de ansiedade, a integração, as atitudes e intenções em realizar rastreio de Tuberculose e HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Os resultados demonstraram um padrão complexo. Em primeiro lugar e ao contrário do esperado, não se verificaram efeitos directos de ameaça de estereótipo nas atitudes e intenções de saúde dos participantes. No entanto, verificaram-se efeitos de interacção significativos entre o efeito de ameaça do estereótipo e variáveis características do tipo de integração no Sistema de Saúde e de percepção de integração em Portugal. Em particular, verificou-se que a frequência do Centro de Saúde surgia como um factor atenuador dos efeitos de ameaça do estereótipo. O mesmo padrão foi verificado também pela identificação com Portugal. Estes resultados são discutidos à luz das teorias sobre os efeitos de ameaça do estereótipo.

Palavras-chave: estereótipos, imigrantes africanos, saúde, integração

Abstract

As far as we know, there are no studies regarding the effects that the negative stereotypes have on preventive health behaviors of african immigrants. Thus, the objectives of the study were: to study the effect of the negative stereotypes of the african immigrants, in their preventive health behaviors, and study the moderating role that the integration and the perception of this integration of the african immigrants, in the host country, has in this effect. 42 african immigrants, of both sexes, living in Portugal, participated in this study. The study took place in two phases: in the first phase, we evaluated the perception of support of integration in the host country; in the second stage, we assessed the level of anxiety, the integration, the attitudes and intentions to perform a screening of Tuberculosis (TB) and Human Immunodeficiency Virus (HIV). The results showed a complex pattern. First of all, and contrary to expectations, there were no direct effects of stereotype threat on health attitudes and intentions of participants. However, there were significant interaction effects between the effect of stereotype threat and variable characteristics of the type of integration in the Health System and in the perception of integration in Portugal. In particular, it was found that the frequency of Health Centre appeared as a factor mitigating the effects of stereotype threat. The same pattern was also verified by identification with Portugal. These results are discussed according with the theories about the effects of stereotype threat.

Keywords: stereotypes, african immigrants, health, integration

Índice

Introdução	1-2
1. Enquadramento Teórico	
1.1. Grupos minoritários e a sua saúde	3-5
1.2. Migrantes e a sua saúde	5-6
1.3. Imigrantes e a sua saúde	6-8
1.4. Imigrantes africanos e a sua saúde	8-9
1.5. Imigrantes africanos em Portugal e a sua saúde	10-11
1.6. Estereótipos sociais	11-13
1.7. Os efeitos dos estereótipos nos comportamentos preventivos de saúde dos imigrantes africanos: o papel da ameaça de estereótipo	13-14
1.8. Atitudes e comportamentos de saúde	14-15
1.9. Intenção e Comportamentos de saúde	15-16
1.10. Barreiras percebidas	16-17
1.11. O efeito da ameaça do estereótipo na atitude e intenção de saúde dos imigrantes africanos: o papel moderador da integração na sociedade de acolhimento	18-19
1.12. O efeito da ameaça do estereótipo na atitude e intenção de saúde dos imigrantes africanos: o papel moderador da percepção de suporte de integração na sociedade de acolhimento	19-20
O Presente Estudo	
2. Método	
2.1 Design	25
2.2 Participantes.....	25
Caracterização da amostra	26-31
2.3 Instrumentos	31-35
2.4 Procedimento	35-36
3. Resultados	37-46
4. Discussão	47-52
5. Conclusão	53

Referências 55-68

Anexos

Anexo A69-73

Entrevista 70-73

Anexo B 74-90

Questionário Estudo 75-89

Consentimento informado 90

Índice de Quadros

Quadro 2.1: país de origem	26
Quadro 2.2: nacionalidade	26
Quadro 2.3: nível de escolaridade	26
Quadro 2.4: estado civil	27
Quadro 2.5: situação laboral	27
Quadro 2.6: auto-percepção de raça	27
Quadro 2.7: religião	28
Quadro 2.8: motivo de vinda para Portugal	28
Quadro 2.9: costuma ir ao médico regularmente?	29
Quadro 2.10: tipo de Serviço de Saúde utilizado	29
Quadro 2.11: costuma fazer exames de rastreio de Tuberculose?	29
Quadro 2.12: se sim, com que frequência?	30
Quadro 2.13: quando estava no seu país de origem fez alguma vez rastreios de Tuberculose?	30
Quadro 2.14: costuma fazer exames de rastreio de HIV?	30
Quadro 2.15: se sim, com que frequência?	30
Quadro 2.16: quando estava no seu país de origem fez alguma vez rastreios de HIV?	31
Quadro 2.17: intervalo de tempo entre as duas fases do estudo	32
Quadro 3.1: ansiedade	37
Quadro 3.2: atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose	38
Quadro 3.3: intenção de realizar rastreio de Tuberculose	39
Quadro 3.4: barreiras relativas ao rastreio de Tuberculose	41
Quadro 3.5: atitudes relativas à realização do rastreio de HIV	41
Quadro 3.6: efeito de interacção condição e identificação com Portugal	42
Quadro 3.7: intenção de realizar rastreio de HIV	43
Quadro 3.8: barreiras relativas ao rastreio de HIV	46

Índice de Figuras

Figura 1.1. Teoria da Acção Racional	15
Figura 3.1. Efeito de interacção significativo do local de aplicação do questionário e da condição na intenção de realizar rastreio de Tuberculose	40
Figura 3.2. Efeito de moderação da identificação com Portugal nos efeitos da condição nas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV	43
Figura 3.3. Efeito de interacção significativo do local de aplicação do questionário e da condição na intenção de realizar rastreio de HIV	44
Figura 3.4. Efeito de interacção significativo do tipo de Serviço de Saúde utilizado e da condição na intenção de realizar rastreio de HIV	45

Glossário de siglas

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e as Minorias Étnicas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IMO – International Organization for Migration

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

TB – Tuberculosis

WHO – World Health Organization

Introdução

Portugal foi durante muitos anos um país emigrante, motivado pela era dos descobrimentos, o que tem perdurado até aos dias de hoje. Contudo, essencialmente nas últimas duas décadas começou a acolher um número significativo de imigrantes, de diferentes origens e com diversos perfis de qualificação (Góis & Marques, 2007). Em nome de um sonho, os imigrantes submetem-se muitas vezes a condições hostis e discriminatórias, que põem em causa o seu estado de saúde físico e mental. Mais especificamente, o receio de serem alvos de discriminação e a desconfiança face aos profissionais de saúde, determina um acesso mais reduzido aos serviços de saúde, resultando assim numa maior negligência nos cuidados preventivos de saúde (e.g., Jacobs et al., 2002; Hausmann, Jeong, Bost, & Ibrahim, 2008).

Os estereótipos poderão constituir um dos factores “por detrás” da discriminação de que são alvo os imigrantes; visto que os estereótipos são transmitidos pelos diversos agentes de socialização e estão alicerçados num contexto cultural e histórico (Katz & Braly, 1933;1935, cit. por Cabecinhas, 2004), poderão tornar-se inevitáveis (Lippmann (1922/1961, cit. por cabecinhas, 2004).

O tema da minha dissertação surge, tendo em conta as poucas evidências empíricas existentes acerca dos efeitos da ameaça de estereótipo nos comportamentos de saúde (e.g., Seacat & Mickelson, 2009 – à parte de um conjunto reduzido de estudos, poucos têm sido os autores que se têm debruçado sobre esta temática). Assim, não é do nosso conhecimento que exista algum estudo sobre os efeitos dos estereótipos negativos nos comportamentos preventivos de saúde dos imigrantes africanos em geral e, em específico, em Portugal. Os objectivos deste trabalho são pois, de um modo geral, por um lado, contribuir para o aumento do conhecimento nesta área teórica e, por outro, e tendo em consideração o fim último da intervenção, ajudar na criação de incentivos às entidades públicas e privadas do nosso País, afim de os desmistificar e desvalorizar, para que haja um maior aproveitamento das aptidões dos imigrantes africanos, que contribuem activamente para o crescimento económico e social da sociedade portuguesa.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: numa primeira parte, é apresentado o enquadramento teórico, os objectivos e hipóteses do estudo. Deste modo, os objectivos do estudo foram os seguintes: estudar o efeito dos estereótipos negativos dos imigrantes africanos nos seus comportamentos preventivos de saúde; e estudar o papel moderador que

integração e a percepção desta integração dos imigrantes africanos, no país de acolhimento, tem neste efeito.

Numa segunda parte, é descrita a metodologia do estudo, nomeadamente o design, os participantes, os instrumentos utilizados e o procedimento. Para avaliar o impacto dos estereótipos nos comportamentos de saúde dos imigrantes, incluímos o rastreio de Tuberculose e HIV, como referência a comportamentos preventivos de saúde, tendo como base uma entrevista realizada a uma médica que lida diariamente com imigrantes.

Por último, são apresentados os resultados obtidos e é exposta uma consequente discussão acerca dos mesmos, integrando-os à luz do que nos é dito na literatura, referindo as suas implicações práticas, assim como as limitações da presente investigação e sugestões para futuros estudos. Após a discussão é apresentada uma breve conclusão.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Grupos minoritários e a sua saúde

O termo *minoría*, segundo Fernandes (1995), significa que “existe um subconjunto menor em número do que os outros subconjuntos ou conjuntos, em que a maioria prevalece em número ou em poder” (p. 24). Deste modo podemos considerar que as minorias constituem agrupamentos que não participam em pleno na vida social, cultural e política de um país (Santos & Faria, 2006).

Numa outra perspectiva, e de um ponto de vista étnico, o termo minoria tende a ser substituído pela expressão “grupo étnico”, em que *etnia* pode ser definida como “Um agrupamento de famílias numa área geográfica, cuja unidade assenta numa estrutura familiar, económica e social comum e numa cultura comum” (Lello & Lello, 1988, p. 933) ou ainda como sendo “Uma construção social semântica proposta pelos grupos dominantes ocidentais, que foi rectificadora, institucionalizada e consensualmente adoptada pelo senso comum, correspondendo a um recorte de certas variações físicas, ideológicas ou comportamentais das comunidades humanas, socialmente dotadas de significado” (Monteiro, 2002, pp. 273-274).

As características culturais que são referidas como definidoras dos grupos étnicos são consideradas inseparáveis das características físicas associadas à hereditariedade (Cabecinhas, 2004). Deste modo, os grupos étnicos são vistos como tendo características intrínsecas, imutáveis e muito marcadas, que os distinguem da cultura dominante e que justificam o seu estatuto e as assimetrias de poder existentes (Cabecinhas, 2004).

Segundo Giddens (1997), os membros dos grupos étnicos vêem-se a si próprios como culturalmente distintos dos outros grupos da sociedade e são vistos por estes da mesma forma. Estão em desvantagem, devido à discriminação que sofrem; estão física e socialmente isolados da comunidade mais ampla e têm um certo sentido de solidariedade de grupo, um sentimento de pertença.

A discriminação pode ser definida como o processo pelo qual um membro, ou membros, de um grupo social é, ou são, tratados de forma diferente por pertencer a esse grupo (Jary & Jary, 1995). Existem dois níveis de discriminação: a discriminação estrutural, relacionada com as estruturas sociais e políticas que determinam o acesso aos serviços a grupos específicos e a discriminação interpessoal, que diz respeito à discriminação que é direccionada para os indivíduos ou percebida por estes (Jones, 2000).

Os actos de discriminação podem produzir uma sensação de ameaça que poderá causar várias reacções, tais como, o medo, o stress, a raiva, a negação (Krieger, 2000). Estas

reações, por sua vez, podem produzir uma resposta fisiológica que terá conseqüentemente efeitos na saúde (Krieger, 2000).

A percepção de discriminação nos grupos minoritários tem sido associada a um estado de saúde mental e física pobre (Doty, 2003; Ren, Amick, & Williams, 1999; Rosenberg, Palmer, Wise, Horton, & Corwin, 2002) e a uma menor satisfação com os cuidados recebidos (LaVeist, Nickerson, & Bowie, 2000); quando comparados com a população majoritária estes grupos apresentam uma pior saúde (Nielsen & Krasnik, 2010).

O próprio racismo que é muitas vezes experienciado pelos grupos minoritários está correlacionado com o aumento da pressão arterial, aumento da angústia psicológica, depressão, stress, pior estado de saúde auto-relatado e um maior número de dias sem dormir bem (e.g., James, Strogatz, Wing, & Ramsey, 1987; Krieger, 1990; Krieger & Sidney, 1996). Tem também mostrado uma associação com o aumento da prevalência do consumo de cigarros e do baixo peso das crianças, entre os membros dos grupos minoritários (Collins et al., 2000; & Landrine & Klonoff, 2000).

O acesso aos serviços de saúde pode ser compreendido como um conceito multidimensional: diz respeito ao direito consagrado na Lei relativo aos cuidados de saúde, direito de aceder aos serviços e direito de ter capacidade financeira para os pagar; está também relacionado com a capacidade que o imigrante tem de usufruir deles (Fonseca, Esteves, McGarrigle, & Silva, 2007). O fraco acesso aos serviços de saúde tem também estado relacionado com resultados de uma má saúde nas populações minoritárias (Institute of Medicine, 2002). Os membros de grupos minoritários raciais/étnicos têm maior probabilidade que os pacientes da população majoritária de perceberem um tratamento injusto pelos profissionais de saúde (Lillie-Blanton, Brodie, Rowland, Altman, & McIntosh, 2000; Piette, Bibbins-Domingo, & Schillinger, 2006; Trivedi & Ayanian, 2006) e menos expectativas de que os profissionais irão agir em prol dos seus melhores interesses (Boulware, Cooper, Ratner, LaVeist, & Powe, 2003; Corbie-Smith, Thomas, & George, 2002; Doescher, Saver, Franks, & Fiscella, 2000; Schnittker, 2004; Taira et al., 2001). A percepção de um tratamento injusto está, por sua vez, associada a uma menor realização de rastreios de doenças crónicas e, ao não seguimento dos conselhos médicos (Blanchard & Lurie, 2004). Outros estudos referem ainda que os pacientes de grupos minoritários estão menos informados acerca da sua saúde (e.g., Ferguson, Adams, & Weinberger, 1998) e são mais cépticos relativamente à informação que lhes é transmitida pelos profissionais de saúde (e.g., Fu et al., 2005; Washington, Villa, Brown, Damron-Rodriguez, & Harada, 2005). Estas experiências de discriminação e desconfiança em relação aos profissionais de saúde influenciam, por sua vez, as atitudes,

crenças e comportamentos de adesão aos tratamentos por parte dos pacientes de minorias étnicas/raciais (Bogart, Bird, Walt, Delahanty, & Figler, 2004; Smedley, Stith, & Nelson, 2003); traduzindo-se isso numa menor adesão a estes mesmos tratamentos e/ou à utilização de cuidados de saúde alternativos (Bazargan, 2005). Por exemplo, as minorias étnicas e raciais com a diabetes enfrentam mais barreiras na aderência à medicação, devido ao seu baixo estatuto sócio-económico, alfabetização, altos níveis de desconfiança em relação aos profissionais e ao Sistema de Saúde, reservas acerca da eficácia da medicação e dos seus efeitos secundários, assim como aos seus custos inerentes e a outros factores psicossociais (e.g., Cowie & Harris, 1997).

Com base nestes mesmos indicadores, podemos constatar que os membros dos grupos étnicos estão particularmente vulneráveis a problemas de saúde, tanto físicos como mentais.

1.2 Migrantes e a sua saúde

A migração internacional é actualmente considerada um dos maiores desafios a nível mundial. Segundo Birou (1982), migração consiste num “Movimento de população de um local para outro, quer seja por um tempo determinado quer para uma fixação permanente” (p. 254). Há, deste modo, uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações, migrantes e autóctones (Carballo & Nerukar, 2001; International Organization for Migration - IOM, 2003).

A migração tem sido sinónimo de “quebra” de laços familiares, de amizade e inclusive de hábitos culturais com o país de origem. Em contrapartida tem sido também potenciadora da criação de novas redes sociais, aquisição de novos sistemas de valores e adaptação a um novo ambiente social e psicossocial no país de acolhimento (Carballo & Nerukar, 2001). Esta nova realidade para os migrantes tem-se traduzido muitas vezes numa experiência negativa, que se reflecte mais tarde na sua saúde (Carballo & Nerukar, 2001). Os migrantes são por isso uma das populações que apresenta maior vulnerabilidade a diversos problemas de saúde (Carballo, Divino, & Zeric, 1998; Jansà, 2004).

No contexto da migração e saúde, é cada vez mais consensual que a migração, em si mesma, não representa um factor de risco (Dias & Gonçalves, 2007). Esta relação contudo varia com o tipo de migração, ambiente global no país de acolhimento (trânsito e acolhimento), políticas de imigração adoptadas no país de chegada, condições de acolhimento e com o contacto mantido com o país de origem (e.g., McKay, Macintyre, & Ellaway, 2003). As precárias condições físicas e a insegurança, podem também influenciar ou determinar a

vulnerabilidade destas populações e/ou a sua exploração e abuso, tendo isso consequências graves para o seu estado de saúde, físico e mental (IOM, 2004).

1.3 Imigrantes e a sua saúde

Os imigrantes abrangem um dos subgrupos de migrantes; com base no Instituto Nacional de Estatística, o conceito de imigrante pode ser definido em duas vertentes: o imigrante permanente e o imigrante temporário. O imigrante permanente é aquele que, no período de referência, entrou no país com a intenção de ali permanecer por um período igual ou superior a um ano, tendo residido no estrangeiro por um período contínuo igual ou superior a um ano; o imigrante temporário é aquele que, no período de referência, entrou no país com a intenção de ali permanecer por um período inferior a um ano, tendo residido no estrangeiro por um período contínuo igual ou superior a um ano.

Embora no início do percurso do imigrante no país de acolhimento se possa dar um fenómeno designado por *healthy migrant effect*, ou seja, o facto dos imigrantes apresentarem uma melhor saúde que os próprios cidadãos do país de acolhimento, esta ao longo do tempo costuma diminuir drasticamente (e.g., Alegria et al., 2002; Alegria, Perez, & Williams, 2003; Escobar, Hoyos, & Gara, 2000; Gee & Payne-Sturges, 2004; Geronimus, 2000; Takeuchi, Chun, Gong, & Shen, 2002; Vega, Kolody, Valle, & Weir, 1986; Williams & Collins, 2001).

A imigração deveria implicar processos de integração social (o imigrante visto simultaneamente como “doador” e “receptor” de cultura) mas muitas vezes tal não se verifica, sendo antes caracterizada por processos de exclusão ou por dificuldades de auto-inclusão na sociedade de acolhimento (Carvalho, 2007). Os imigrantes experienciam assim uma estigmatização por esse mesmo estatuto de imigrante, traduzindo-se a mesma em stress, isolamento e marginalização (Viruell-Fuentes, 2007). Isto poderá também conduzir à depressão e à ansiedade, à falta de valorização pessoal e de auto-representação (Viruell-Fuentes, 2007), ao uso de substâncias e à violência familiar (Bemak, Chung., & Pedersen, 2003; Chung & Bemak, 2007), à desorientação/falta de esperança (Chung & Bemak, 2007) e a incertezas e a um sentimento de culpa, por haverem deixado para trás os seus familiares (Bemak & Chung, 2008).

O senso comum e os *media* mostram que a imigração está associada a preocupações da população do país de acolhimento com o emprego, com o acesso aos serviços públicos e com a própria qualidade desses serviços, ou seja, a um olhar para “o outro” como uma ameaça e não como aliado, um recurso (Vala, Pereira & Ramos, 2006). Há frequentemente o sentimento de que os imigrantes, mais do que contribuir para a resolução dos problemas

nas sociedades de acolhimento, são ameaças para o bem-estar económico e para a segurança dos seus cidadãos (Vala et al., 2006).

Em diversos estudos realizados aos cidadãos da União Europeia (Vala, 2003)¹, verificou-se que: 63% dos europeus pensam que os imigrantes “contribuem para aumentar o desemprego”, 50% afirmam que “não trazem benefícios ao país” e que “o país estaria melhor sem eles”. No mesmo sentido, 45% dos cidadãos europeus acham que as pessoas de “outra raça, religião ou cultura contribuem para aumentar a insegurança” e 60% que “abusam da segurança social”.

Todo este cenário é propício ao crescimento e à manutenção de preconceitos e de estereótipos que levam à estigmatização e à discriminação da população imigrante. Será a capacidade de adaptação de cada indivíduo (*resiliência*) que irá determinar se este conseguirá ou não gerir o stress provocado pelo processo de aculturação, de modo a que não hajam repercussões negativas na sua saúde (física, psicológica e social) e qualidade de vida (Ramos, 2004).

A nível de doenças físicas, estudos comparativos entre populações autóctones e populações imigrantes mostram que estas últimas apresentam uma maior taxa de prevalência de doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e outros factores de risco associados (Mehler et al., 2001; Rubia, Marcos, & Muenning, 2002). Além disso, os imigrantes têm também uma elevada percentagem de risco de contraírem doenças infecciosas, como a tuberculose e/ou o HIV (e.g., *World Health Organisation - WHO*, 1996).

Na dureza de todo o processo migratório a que são sujeitos (e.g., Carta, Bernal, Hardoy, & Haro-Abad, 2005; Fox, Burns, Popovich, & Ilg, 2001; Pumariega, Rothe, & Pumariega, 2005) e na exposição quotidiana a diversas formas de discriminação (Essed & Fernando, 1991; Fernando, 1984; Kessler, Mickelson, & Williams, 1999; Snyder, 1987) existe também uma maior probabilidade de adopção de comportamentos de risco (Moreira, 2007) e vulnerabilidade a problemas de saúde mental (e.g., Pussetti, 2010). Estudos revelam que as populações imigrantes se encontram em maior risco de vir a sofrer de doenças mentais, nomeadamente a depressão, o stress pós-traumático e a esquizofrenia (Carta, Bernal, Hardoy, & Haro-Abad, 2005; Fox, Burns, Popovich, & Ilg, 2001; Pumariega, Rothe, & Pumariega, 2005).

Ao nível do acesso aos serviços de saúde, vários estudos sugerem que os imigrantes têm uma menor probabilidade de usar os serviços preventivos em geral (Jacobs et al., 2002), e em específico, do rastreio de cancro (Quan et al., 2006) e de saúde mental (Gadalla, 2008; Steele,

¹ Foram realizados estudos extensivos na União Europeia em 1997 e 1999 – Thallammer, E., Zucha, V., Enzenhofer, E., Salfinger, B., & Ogris, G. (2001). *Attitudes towards minority groups in the European Union*. Viena: European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia.

Lemieux-Charles, Clark, & Glazier, 2002). Esta pouca frequência no acesso aos cuidados de saúde, em particular, nos que têm como objectivo prevenir doenças, provoca riscos, sobretudo a longo prazo (melhores comportamentos na prevenção da saúde estão relacionados com uma melhor saúde – Belloc & Breslow, 1972). Outros estudos referem também que quando comparamos os imigrantes pelo número de anos em que estão no país de acolhimento, os imigrantes que estão na sociedade receptora há menos anos, têm uma menor probabilidade de serem assistidos periodicamente pelo médico (Kao, 2009; Nandi et al., 2008; Talbot, Fuller-Thomson, Tudiver, Habib, & McIsaac, 2001), de fazerem um check-up com regularidade (Xu & Borders, 2008) e de tomarem vacinas (Pylypchuk & Hudson, 2009; Xu & Borders, 2008). Do mesmo modo, existe uma redução do nível dos rastreios de cancro (Brown, Consedine, & Magai, 2006; Kandula, Wen, Jacobs, & Lauderdale, 2006; Latif, 2010; Lofters, Glazier, Agha, Creatore, & Moineddin, 2007; Maxwell et al., 2008), da obtenção de consultas de saúde mental (Chen, Kazanjian, & Wong, 2008), do uso dos serviços de medicina dentária (Newbold & Patel, 2006; Pylypchuk & Hudson, 2009) ou dos serviços de oftalmologia (Xu & Borders, 2008).

1.4 Imigrantes africanos e a sua saúde

Como já referi anteriormente, a literatura mostra que as experiências de discriminação a que os imigrantes são sujeitos têm efeitos adversos na sua saúde física e mental (e.g., Agudelo-Suárez et al., 2009; Gee, Ryan, Laflamme, & Holt, 2006; Krieger & Sidney, 1996).

Os imigrantes africanos além de experienciarem discriminação pelo estatuto de imigrante são por vezes discriminados pelo factor racial e minoritário, tornando-os assim ainda mais susceptíveis a um estado de saúde débil (e.g., Cross, Jones, Walsh, Simone, & Kolko, 2007; Thompson, 1996). A maioria dos estudos realizados com esta população têm sido efectuados nos EUA. Alguns estudos publicados sugerem que os imigrantes africanos têm um estado de saúde deficiente quando comparado com a população do país de acolhimento (Fenton, 2001; Politzer et al., 2001; South-Paul & Grumbach, 2001).

Um estudo feito nos EUA mostrou que a tuberculose e o HIV estão muitas vezes associados a esta população (Kempainen, 2001). No caso do HIV, além deste ser diagnosticado já numa fase adiantada, há também um menor conhecimento da doença em comparação a outros doentes (Akinsete, 2007). Num outro estudo, os imigrantes africanos adultos tinham uma elevada probabilidade de não ter a vacinação em dia (Skull, Ngeow, Hogg, & Biggs, 2008).

Na questão alimentar, os imigrantes africanos apresentam baixos níveis de consumo de frutas e vegetais, e também não reconhecem a importância desse mesmo consumo (Wolf, 2008).

Ao nível da saúde mental, os sintomas depressivos, associados à ansiedade, são identificados pela nova e mais importante patologia mental dos imigrantes, conhecida por *síndrome de Ulisses* (já definido como “o mal do século XXI”) e que atinge sobretudo os imigrantes africanos (Achotegui, 2005). É definida como uma doença psicológica provocada pela solidão, pelo sentimento de fracasso, pela dureza da luta diária pela sobrevivência, pelo medo e a falta de confiança nas instituições, entre elas, o próprio Serviço de Saúde (Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, 2003 - ACIDI).

Num estudo feito também nos EUA, verificou-se que apenas 5% dos imigrantes africanos com problemas de saúde mental é que estavam a tomar qualquer medicação (Venters & Gany, 2011).

Os imigrantes africanos, ao serem alvo de atitudes estigmatizantes e discriminatórias, têm mais dificuldade em se integrarem no país de acolhimento; isto irá por consequência afectar o seu bem-estar físico e psicossocial (Scheppers, Dongen, Dekker, Geertzen, & Dekker, 2003; Stampino, 2007), vendo-se muitas vezes forçados a adoptar comportamentos de risco ou a secundarizar situações de doença, de forma a poderem sobreviver (IOM, 2003). Experiências stressantes, como a discriminação, levam por isso a uma diminuição de comportamentos que promovam a saúde (Landrine, 1995; Woods, 1993).

Vários estudos internacionais têm demonstrado uma associação entre as percepções de discriminação étnica/racial e a não utilização dos serviços preventivos de saúde (Hausmann et al., 2008), o atraso na procura de tratamento (Blanchard & Lurie, 2004; Spencer & Chen, 2004; Houtven et al., 2005), uma baixa adesão aos tratamentos (Bird Bogart, & Delahanty, 2004; Blanchard & Lurie, 2004), assim como à continuação e finalização dos mesmos (Blanchard & Lurie, 2004). Visto que a utilização dos Serviços de Saúde não é feita de forma regular e consistente, as questões relacionadas com a prevenção são em geral remetidas para segundo plano, o que se traduz muitas vezes num diagnóstico tardio da doença (Gama, 2007).

A discriminação a que são sujeitos os imigrantes africanos está muitas vezes igualmente relacionada com barreiras culturais e étnico/raciais e estereótipos que em vez de irem diminuindo ao longo do tempo, se solidificam e permanecem inalteráveis nas sociedades de acolhimento (Carballo & Nerukar, 2001).

1.5 Imigrantes africanos em Portugal e a sua saúde

Portugal é por tradição um país de emigração desde a época dos descobrimentos e da expansão marítima, mas nas últimas décadas e sobretudo a partir da década de 80, tem vindo a transformar-se também num país de imigração (Carvalho, 2007).

Foi a partir de meados da década de 80 (após o 25 de Abril) e durante a de 90 que a imigração africana se tornou mais notória em Portugal (Carvalho, 2007).

A população imigrante tem contribuído para o desenvolvimento e crescimento sócio-económico do nosso país, visto que a maioria se encontra em idade activa; é por isso também responsável pelo rejuvenescimento nossa população (e.g., Rosa, 2007).

No entanto e no que se refere à saúde das populações imigrantes africanas em Portugal, existem dados que apontam para um estado de saúde deficiente (Espinosa et al., 1989; Gardete & Antunes, 1997). Só a título de exemplo, a depressão é um diagnóstico extremamente comum entre os imigrantes africanos em Portugal e mesmo que possivelmente disfarçado com problemas físicos, ou expresso de forma somática, é um problema que atinge mais de metade dos imigrantes africanos; os sintomas mais frequentes são: sensações de tristeza e fracasso, choro, queixas da situação em que vivem diariamente, pensamentos negativos e dificuldade em dormir (Pussetti, 2009). Apesar desta evidência, os dados dos Serviços de Saúde indicam que estes imigrantes estão sub-representados entre os utentes (Calado, Silva, & Guerreiro, 1997). Esta realidade não se deve a questões legais, visto que é garantido aos cidadãos estrangeiros, desde 2001, o acesso aos Centros de Saúde e Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal (Alto Comissariado para a Imigração e as Minorias Étnicas - ACIME, 2007). Isto deve-se, a maior parte das vezes, ao papel da exclusão social e da discriminação, que contribuem para o clima de desconfiança e de desconforto criado em torno dos serviços de saúde pública (e.g., Maguie & Cattacin, 2003).

Em suma, os imigrantes e, em particular, os imigrantes africanos, enquanto membros de grupos minoritários, são sujeitos a diferentes formas de discriminação (e.g., Comaz-Diaz & Greene, 1995; Noh & Col, 1999), traduzindo-se as mesmas muitas vezes num processo de exclusão ou em dificuldades de auto-inclusão na sociedade de acolhimento (Carvalho, 2007); desta forma, tornam-se facilmente vulneráveis a problemas de saúde ao nível físico e mental (e.g., Agudelo-Suárez et al., 2009; Hyman, 2007; Rubia et al., 2001; Thompson, 1996). Apesar do aumento dos seus problemas de saúde, a utilização dos Serviços de Saúde por parte destes grupos é reduzida, sobretudo ao nível dos cuidados preventivos (e.g., Jacobs et al.,

2002; Hausmann et al., 2008). Este facto deve-se, a maior parte das vezes, ao papel da exclusão social e da discriminação, o que cria um clima de desconfiança e desconforto em torno dos Serviços de Saúde (e.g., Maguie & Cattacin, 2003).

Após a apresentação dos efeitos esperados na saúde dos imigrantes africanos, iremos seguidamente explorar de que modo as representações associadas a este grupo podem ter um efeito negativo e funcionarem como um factor explicativo da diminuição das práticas de saúde destes indivíduos. A este respeito, a literatura em Psicologia Social tem demonstrado o papel determinante que os estereótipos sociais podem ter nas atitudes e comportamentos dos grupos discriminados (e.g., Dijksterhuis & Van Knippenberg, 1998; Schmader, Johns, & Forbes, 2008), e em particular dos afro-americanos (Brown, & Day, 2006; Nguyen, O’Neal, & Ryan, 2003; Smith, 2004; Steele, 1997; Steele & Aronson, 1995).

Antes de mais, importa explicar sucintamente em que consistem estes efeitos, começando pela definição de estereótipo.

1.6 Estereótipos sociais

Os estereótipos sociais são muitas vezes os responsáveis “por detrás” dos diversos tipos de discriminação. Lippmann (1922/1961, cit. por Cabecinhas, 2004) definiu os estereótipos como “Imagens mentais que se interpõem, sob a forma de enviesamento, entre o indivíduo e a realidade” (p. 5). Segundo o autor, os estereótipos são inevitáveis e são formados com base no sistema de valores do indivíduo, tendo como função a organização e a estruturação da realidade (Cabecinhas, 2004). Estes são transmitidos pelos agentes de socialização (família, escola, *media*, etc.), o que explica o elevado consenso em torno dos estereótipos, a sua independência em relação ao conhecimento “real” dos membros do grupo em questão (não estão ligados ao maior nível de contacto com o grupo-alvo) e a sua dependência do contexto histórico e cultural (Katz & Braly, 1933;1935, cit. por Cabecinhas, 2004). Os estereótipos estão ancorados em sistemas de valores partilhados numa dada sociedade, determinando a permutabilidade das posições dos grupos (Amâncio, 1994; Deschamps, 1982) e permitindo com que os grupos minoritários (grupos dominados) sejam mais facilmente objecto de preconceito e discriminação por parte da população maioritária (grupos dominantes) – “Nós” versus “Os outros” (Cabecinhas, 1998).

Activando um estereótipo fazemos com que os indivíduos se lembrem dos atributos característicos dos membros de um determinado grupo ou categoria (Wheeler & Petty, 2001).

O que a literatura nos diz é que existem estereótipos relativos às populações minoritárias nos Serviços de Saúde, estereotipando-as como não inteligentes, cidadãos de 2ª classe e não merecedores de um bom cuidado (Becker & Newsom, 2003; Becker, Gates, & Newsom, 2004; Gaston-Johansson, 2007; Grady & Edgar, 2003; Hatzfeld, Cody-Connor, Whitaker, & Gaston-Johansson, 2008). Ou seja, há a activação de um estereótipo em relação a um grupo social (Wheeler & Petty, 2001), neste caso, as populações minoritárias.

Os estereótipos prevalecentes relativamente ao imigrante são predominantemente negativos. Frequentemente são vistos como incompetentes e estranhos que não são dignos de confiança (e.g., Cuddy, Fiske, & Glick, 2007; Eckes, 2002). De facto, o conteúdo destes estereótipos está relacionado com a percepção da estrutura social, onde o imigrante é visto num grupo de baixo estatuto associado a estereótipos como o da incompetência ou o da desconfiança (Lee & Fiske, 2006). Existem igualmente estudos que mostram que os imigrantes, enquanto grupo, são percebidos como “intrusos” na sociedade de acolhimento; são estereotipados como perpetradores de “todo o mal” que se observa no mundo do crime; são também vistos como precisando de que a sociedade de acolhimento cuide deles – um fardo (Petersson, 2009), ou como um risco sócio-cultural, devido às crenças e práticas provenientes das suas tradições culturais (Petersson, 2006).

Se observarmos a “nova visão” dos negros, esta corresponde mais a uma mudança facial do que profunda, já que a este grupo ainda são negadas as características instrumentais necessárias para a participação no progresso e desenvolvimento da Sociedade (Cabecinhas, 2004). São-lhes ainda atribuídas características expressivas e exóticas, que lhes retiram o estatuto de pessoa adulta, responsável e com capacidade de realização (Cabecinhas, 2004). Foi feito um estudo que mostrou que as pessoas de raça negra eram consideradas como: pobres, preguiçosas, propensas à violência, menos inteligentes, menos patriotas e menos dispostas a serem auto-sustentáveis (Tan, Fujioka, & Lucht, 1997).

Nos EUA os negros possuem uma reputação de serem menos inteligentes do que os brancos. Este estereótipo é também amplamente conhecido pelos próprios alvos, as pessoas de raça negra (Leyens & Désert, 2003).

Mesmo os afro-americanos com mais gerações de ascendentes nos EUA são estereotipados como preguiçosos, menos inteligentes, não estando “bem na vida” ou estando envolvidos em actividades criminosas (University Counselling Centre, 2000).

Em Portugal, num estudo recentemente realizado, os imigrantes africanos foram percebidos pela população portuguesa em geral como mais alegres, mais bem dispostos, piores profissionais, menos competentes e não tão sérios (Lages, Policarpo, Marques, Matos,

& António, 2006). Também num estudo semelhante, mas com participantes angolanos e participantes portugueses, ambos referiram sete traços que eram característicos das pessoas angolanas: alegres, de pele escura, pobres, incultos, amantes de música mexida, com espírito de família, lutadores e nacionalistas (Cabecinhas & Amâncio, 2004).

1.7. Os efeitos dos estereótipos nos comportamentos preventivos de saúde dos imigrantes africanos: o papel da ameaça de estereótipo

Steele & Aronson (1995) tentaram perceber como é que os estereótipos negativos tinham impacto nos resultados académicos dos estudantes afro-americanos. Os autores descobriram que os estudantes afro-americanos que enfrentavam a ameaça de confirmar ou de serem julgados pelo estereótipo negativo (atribuído aos africanos relativamente à sua inteligência), tinham conseqüentemente um pior desempenho na tarefa. Este fenómeno designa-se por *ameaça de estereótipo* e diz-nos que uma vez activado, o estereótipo produz receio e ansiedade de se comportarem desse modo, o que fará com que estes acabem por comportar-se desse modo e eventualmente a confirmem esse mesmo estereótipo. Pelo contrário, quando o teste era apresentado como um simples exercício de laboratório (não havia qualquer referência acerca das suas capacidades intelectuais), estes tinham um desempenho semelhante aos participantes brancos. Neste mesmo estudo, os investigadores verificaram que para além do pior desempenho dos participantes na condição de ameaça, estes nesta condição apresentavam um maior nível de ansiedade resultante da preocupação em confirmarem o estereótipo (prejudicando assim o seu desempenho na tarefa).

Pouco tempo depois, Blascovich, Spencer, Quinn & Steele (2001) constataram que os participantes afro-americanos que tinham sido expostos à ameaça de estereótipo tinham a pressão arterial mais elevada em comparação com os participantes euro-americanos nessa mesma condição.

No entanto, não é do nosso conhecimento que exista algum estudo que analise os efeitos dos estereótipos negativos nos comportamentos preventivos de saúde dos imigrantes africanos, embora se pudesse esperar um efeito semelhante.

É ainda interessante verificar que existem alguns factores que podem funcionar como moderadores importantes da ameaça de estereótipo. Por exemplo, a literatura mostra-nos que quanto maior for o período de permanência no país de acolhimento, maior será a consciência por parte dos imigrantes da sua susceptibilidade à ameaça de estereótipo (Owens & Lynch, 2008). No entanto, esta vulnerabilidade poderá ser moderada/atenuada se o imigrante tiver uma forte identificação com a cultura do país de origem e se perceber a sociedade de

acolhimento como um lugar de oportunidades (Owens & Lynch, 2008). O imigrante não só procura preservar a cultura/tradições do seu país de origem, fundamentais para ultrapassar possíveis barreiras no país de acolhimento, mas também procura perceber o mesmo como um lugar onde terá a possibilidade de melhorar as suas condições de vida, as suas habilitações literárias, etc. (Owens & Lynch, 2008).

Em suma, os estereótipos podem estar na origem de comportamentos discriminatórios, ao estarem ancorados em sistemas de valores numa dada sociedade (Amâncio, 1994; Deschamps, 1982); isso permite que os grupos minoritários e, em particular, os imigrantes africanos, sejam facilmente alvo de preconceito e discriminação (Cabecinhas, 1998). Os estereótipos atribuídos aos imigrantes e aos afro-americanos, sendo predominantemente negativos (e.g., Eckes, 2002; University Counselling Centre, 2000), reforçam o baixo estatuto destes grupos (Lee & Fiske, 2006).

Steele & Aronson, em 1995, demonstraram que o efeito da ameaça de estereótipo tinha impacto no desempenho académico de estudantes afro-americanos; uns anos mais tarde, Blascovich e os seus colegas (2001) constataram um aumento da pressão arterial nos participantes afro-americanos, perante a exposição à ameaça de estereótipo. Consequentemente, os estereótipos poderão também influenciar os comportamentos de saúde dos próprios imigrantes.

Como veremos posteriormente, neste trabalho estamos interessados em explorar esta questão. No entanto, antes de explicitarmos as hipóteses específicas em estudo, iremos introduzir uma breve definição dos conceitos de atitudes, intenção e barreiras percebidas em relação à saúde.

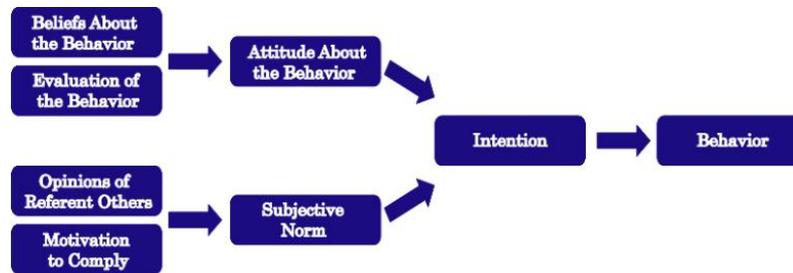
1.8 Atitudes e Comportamentos de saúde

As atitudes podem ser definidas como avaliações acerca de um objecto, numa perspectiva favorável ou desfavorável (Eagly & Chaiken, 1993).

O estudo das atitudes é importante porque estas parecem ser boas preditoras das intenções e consequentemente dos comportamentos dos indivíduos. O conceito de atitude é um dos mais antigos e mais estudados em Psicologia Social (Lima, 2006). A psicologia social, tentou durante diversas décadas, influenciar as atitudes das pessoas, de modo a que estas tivessem um determinado comportamento (e.g., Ajzen, 1991; Ajzen & Madden, 1986; Bargh, Chen, & Burrows, 1996). Por exemplo, Fishbein & Ajzen (1975) desenvolveram a Teoria da Acção Racional (“Theory of Reasoned Action”) que se baseia na identificação de factores preditores

de um comportamento. Os autores afirmaram que as atitudes pessoais em relação a um comportamento são um dos factores que determinam directamente as intenções das pessoas para realizarem o mesmo (ver figura 1.1).

Figura 1.1. Teoria da Acção Racional



Fishbein-Ajzen Theory of Reasoned Action

A Teoria da Acção Racional tem sido aplicada para explicar diversos comportamentos de saúde, tais como, o exercício, o uso de tabaco e drogas, a realização de mamografias, os comportamentos de prevenção do HIV, as recomendações médicas para exames preventivos e os comportamentos de higiene oral (Montaño & Kasprzyk, 2008).

No que diz respeito à avaliação da atitude, Fishbein & Ajzen (1975) referiram que, para que esta pudesse ser uma boa preditora do comportamento, era necessário avaliar a mesma em relação ao comportamento e não em relação ao objecto.

Como foi referido anteriormente, as atitudes parecem ser boas predictoras das intenções e consequentemente dos comportamentos dos indivíduos. No entanto, há um conjunto de teorias que referem que as intenções, por si mesmas, são as melhores predictoras do comportamento. Desta forma, procurámos definir o conceito de intenção e enunciar algumas teorias que reforçam isso mesmo, nomeadamente, a Teoria do Comportamento Planeado e a Teoria da Motivação para a Protecção.

1.9 Intenção e Comportamentos de saúde

Triandis (1980) definiu as intenções como auto-instruções para o desempenho de acções particulares ou para o atingimento de determinados objectivos; estas também foram definidas em termos do comprometimento duma pessoa em relação à acção e da quantidade de esforço disponível para o desempenho desse mesmo comportamento (Ajzen, 1991; Webb & Sheeran, 2005).

Como vimos anteriormente, os imigrantes encontram-se sub-representados nos cuidados de saúde preventivos (e.g., Jacobs et al., 2002). A relação entre as intenções e os comporta-

mentos dos indivíduos tem sido muito analisada e há diversos estudos que sustentam a ideia de que a intenção é a melhor preditora dos comportamentos (e.g., Fishbein & Ajzen, 1975; Fisher & Fisher, 1992; Gollwitzer, 1993; Triandis, 1977). A Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1985, 1988; Ajzen & Madden, 1986) e a Teoria da Motivação para a Protecção (Rogers, 1975, 1983 e 1985) reforçam isso mesmo, afirmando que o melhor preditor para o desempenho comportamental é a intenção da pessoa em se comprometer num comportamento particular. A Teoria do Comportamento Planeado refere que as intenções são planos de acção para alcançar um determinado comportamento, resultando de um conjunto de factores: as atitudes em relação aos comportamentos, a norma subjectiva e o controlo comportamental percebido (Ogden, 2004). Esta conceptualização considera as intenções como auto-preditoras, ou seja, é o próprio indivíduo que estima a probabilidade de vir a realizar um determinado comportamento (Gollwitzer, 1993). Na Teoria da Motivação para a Protecção afirma-se que as intenções comportamentais são o produto de quatro componentes: a gravidade, a vulnerabilidade, a eficácia da resposta e a auto-eficácia. Mais recentemente, Rogers acrescentou uma quinta componente à sua teoria: o medo (Ogden, 2004).

No entanto, outros estudos sugerem que a correlação entre intenções e comportamentos é pequena (“de boas intenções...”), o que indica que o indivíduo exerce algum controlo sobre o seu comportamento (Ogden, 2004). Para colmatar esta “distância” entre as intenções e os comportamentos, Gollwitzer propôs que se realizasse o que designou por “Implementação de Intenções”; isso implicava o desenvolvimento de planos específicos (“como”, “quando” e “onde”, se vai desenvolver o comportamento), com o objectivo de delegar o controlo do comportamento em pistas específicas (Milne, Orbell, & Sheeran, 2002). Segundo Gollwitzer, poder-se-ia assim prever, com mais exactidão, quando os indivíduos iriam realizar determinado comportamento.

1.10 Barreiras percebidas

Existem alguns factores que podem constituir barreiras para a realização de um comportamento. Esta percepção de barreiras é uma componente importante na maioria das teorias de comportamentos de saúde (Ajzen, 1991; Bandura, 1977; Fishbein & Ajzen, 1975; Prochaska & DiClemente, 1983; Rogers, 1975; Weinstein, 1988; Weinstein & Sandman, 1992) e esta foi identificada também como uma das melhores preditoras desses mesmos comportamentos (Janz & Becker, 1984). Uma maior percepção de barreiras está associada a uma menor probabilidade de haver mudança para comportamentos saudáveis (Abraham & Sheeran, 2005).

A literatura aponta a existência de muitos factores que poderão influenciar o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. São exemplos disso, a discriminação praticada ao nível das instituições, a falta de conhecimento entre os profissionais de saúde acerca dos direitos dos imigrantes, o desconhecimento da informação sobre os Serviços de Saúde e dos seus direitos por parte dos próprios imigrantes (barreiras linguísticas), o receio de detenção no caso dos imigrantes indocumentados, ou simplesmente a falta de confiança num sistema que desconhecem (Manfellotto, 2002). Como exemplo, num estudo sobre a percepção de barreiras para a realização do rastreio do cancro (mamografia e teste do papanicolau), as barreiras mais mencionadas foram: o pessimismo/informação errada, a vergonha/desconfiança e a logística (Glasgow, Whitlock, Valanis, & Vogt, 2000).

Noutro estudo sobre a percepção de barreiras relativas ao rastreio à próstata, mas focalizado nas populações afro-americanas, as mais enfatizadas foram: a desconfiança, as dificuldades de comunicação, as normas sociais que atrasam o atendimento ao utente, a dificuldade em tomar decisões em conjunto por haver uma heterogeneidade de competências e de interesses e a relação desigual entre paciente – médico, na área da autoridade (Allen, Kennedy, Wilson-Glover, & Gilligan, 2007).

No que diz respeito aos imigrantes africanos há, por exemplo, diversos estudos que comprovam a existência de inúmeras barreiras em relação ao rastreio de HIV: o estigma (Burns, Imrie, Nazroo, Johnson, & Fenton, 2007; Chinouya, 2006; Chinouya & O’Keefe, 2005; Elam et al., 2009; Nnoaham, Pool, Bothamley, & Grant, 2006; Prost et al., 2007), a baixa percepção de risco pessoal (Burns et al., 2007; Elam et al., 2009), o género – os homens têm uma maior propensão para negar o risco de contrair HIV (Burns, 2009) – a migração e as normas sociais (Burns et al., 2007; Elam et al., 2009), a acessibilidade e a oportunidade (Burns et al., 2007; Chinouya & O’Keefe, 2006; Elam et al., 2009; Prost et al., 2007; Prost, Griffiths, Anderson, Wight, & Hart, 2009) e a falta de sensibilidade cultural (Burns et al., 2007).

Quanto à realização do rastreio de Tuberculose, Tafuri e os seus colegas (2011) verificaram que as principais barreiras que os imigrantes encontravam à sua realização eram as barreiras linguísticas e culturais. Noutro estudo, a baixa consciência, a falta de conhecimento acerca da Tuberculose, os transportes, o custo e os conflitos com a “agenda de trabalho” constituíam, de igual modo, barreiras para a não realização deste tipo de rastreio (Wieland et al., 2012).

Em suma, tanto as atitudes como as intenções parecem predizer os comportamentos em geral (e.g., Fishbein & Ajzen, 1975; Gollwitzer, 1993), e em particular, os comportamentos de saúde (e.g., Montanõ & Kasprzyk, 2008). Contudo, a percepção de barreiras em relação aos comportamentos está associada a uma menor probabilidade de haver mudança para comportamentos saudáveis (Abraham & Sheeran, 2005). São pois diversos os factores que são apontados na literatura como barreiras para os imigrantes na utilização dos Serviços de Saúde (Manfellotto, 2002) e, mais especificamente, na utilização dos serviços preventivos de saúde por parte dos imigrantes africanos (e.g., Burns et al., 2007; Chinouya & O’Keefe, 2005; Burns, 2009; Nnoaham et al., 2006).

Após esta breve introdução ao conceito de estereótipo e aos efeitos de ameaça do estereótipo nas atitudes, intenção e comportamentos de saúde, iremos de seguida apresentar alguns factores que podem assumir um importante papel moderador desta relação. Nesta revisão damos principal destaque ao papel da integração dos imigrantes no país de acolhimento.

1.11 O efeito da ameaça do estereótipo na atitude e intenção de saúde dos imigrantes africanos: o papel moderador da integração na sociedade de acolhimento

A integração do imigrante no país de acolhimento é condicionada por diversos factores. Há um estudo que refere que existem dois factores distintos: por um lado as políticas de integração do país de acolhimento e por outro um conjunto de características relativas ao próprio imigrante – e.g., condições materiais, características psicológicas (Rosa, 2007). Noutros estudos, o tamanho da comunidade imigrante, as atitudes da população do país de acolhimento sobre os imigrantes e a distância cultural entre os imigrantes e o país de acolhimento, são também descritos como factores que influenciam a integração dos imigrantes no país de acolhimento (e.g., Bhugra, 2004; Murphy, 1977).

Fazendo referência às condições materiais, como condicionante para a integração dos imigrantes, diversos estudos têm evidenciado as consequências psicológicas negativas que enfrentam as populações imigrantes desempregadas (e.g., Aycan & Berry, 1996). Por um lado, os imigrantes enfrentam barreiras, principalmente relacionadas com a língua e a certificação das suas qualificações; deste modo têm uma menor probabilidade de encontrar um emprego que corresponda ao seu nível de escolaridade e formação; por outro lado, o facto do imigrante não se conseguir integrar no mercado de trabalho, poderá levar o mesmo a ter dificuldades de adaptação no país de acolhimento (Aycan & Berry, 1996).

No estudo de Aycan & Berry (1996) os autores concluíram que mais que uma fonte de rendimento, estar empregado era sinónimo de um objectivo de vida e de uma identidade. Isso permitia ao imigrante estabelecer relações com os outros na sociedade de acolhimento.

Mais recentemente (2007), Jasinskaja-Lahti, Liebkind, & Perhoniemi demonstraram que os imigrantes que se encontravam desempregados e que percepcionavam discriminação, tinham um pior estado de saúde (física e psicológica).

Desta forma, o facto dos imigrantes estarem “economicamente” integrados no país de acolhimento, parece funcionar como um factor protector contra a discriminação.

Noutros estudos semelhantes, foram encontrados outros factores que funcionavam como protectores contra a discriminação de que são alvo os imigrantes: a auto-percepção positiva (Luthar et al., 2000; Masten, 2001), a identidade étnica (Lee, 2005), a orientação para outro grupo (Lee, 2005) e a existência de instituições que apoiem o imigrante (Agudelo-Suárez et al., 2009).

1.12 O efeito da ameaça do estereótipo na atitude e intenção de saúde dos imigrantes africanos: o papel moderador da percepção de suporte de integração na sociedade de acolhimento

Um outro conceito que está relacionado com o bem-estar dos indivíduos e dos próprios imigrantes é a *percepção de suporte social*. O suporte social pode ser definido como a existência/ disponibilidade de indivíduos dignos de confiança, pessoas que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). A percepção de suporte social diz directamente respeito ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990). Esta é avaliada a partir da medição das percepções acerca da disponibilidade de suporte e da satisfação global com o mesmo (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990).

Estudos demonstram que o suporte social está fortemente associado à saúde física e mental dos indivíduos (e.g., House, Landis, & Umberson, 1988; Seeman, 1996; Smith, Fernengel, Holcroft, & Gerald, 1994). Há igualmente evidência de que o suporte social promove o aumento de comportamentos que beneficiam a saúde (Geertsen, 1997). Deste modo, as pessoas que têm uma forte percepção de suporte lidam melhor com a adversidade do que aquelas que têm uma menor percepção desse suporte (e.g., Cohen & Wills, 1985; Cutrona, 1989).

A literatura mostra-nos que há uma relação entre a percepção psicológica de comunidade e as medidas de bem-estar (e.g., Chavis & Wandersman, 1990; Davidson & Cotter, 1991;

Farrel, Aubry, & Coulombe, 2004; McCarthy, Pretty, & Catano, 1990; Pretty, McCarthy, & Catano, 1992; Prezza & Costantini, 1998; Unger & Wandersman, 1985). O facto dos indivíduos se sentirem parte da comunidade onde estão inseridos, está intimamente relacionado com a sua percepção de integração e com a sua integração psico-social (e.g., Gracia & Herrero, 2004). Em contrapartida, a ausência de percepção de integração na comunidade está associada a sentimentos de isolamento e solidão (Sarason, 1974), a níveis maiores de stress e a estratégias de *coping* mais reduzidas para lidar com as dificuldades que surgem (Cassel, 1976; Cohen & Wills, 1985).

Estudos evidenciam que o suporte social disponível aos imigrantes tem impacto na forma como estes se adaptam à nova cultura, ao mesmo tempo que tentam manter a sua identidade cultural (Choi & Thomas, 2009; Davis, Morris, & Kraus, 1998; Hovey, 1999; Hovey & Magana, 2000; Jasinskaja-Lahti, Liebkind, Jaakkola, & Reuter, 2006; Lin, Ye, & Ensel, 1999; Rivera-Sinclair, 1997; Shen & Takeuchi, 2001; Vega, Kolody, Valle, & Weir, 1991). Também num estudo feito por Jasinskaja-Lahti e os seus colegas (2006), estes encontraram fortes evidências dos efeitos benéficos das redes de suporte do país de acolhimento, no bem-estar dos imigrantes. Sociedades inclusivas onde as pessoas se sentem aceites e capazes para participar nas actividades institucionais formais e informais, podem traçar um significado para as suas vidas, desenvolver redes com a sociedade receptora, proporcionar acesso aos recursos, fazer progredir competências e aumentar o seu bem-estar (Correa-Velez, Gifford, & Barnett, 2010). Esta percepção de integração no país de acolhimento pode ajudar a reduzir os riscos de saúde, que são elevados entre os imigrantes, em particular o stress psicológico e o risco de suicídio (Dalgard & Thapa, 2007; Kposowa, McElvain, & Breault, 2008), assim como influenciar a motivação dos imigrantes para se comprometerem em actividades sociais, como é o caso da doação de sangue (Polonsky, Renzaho, & Brijnath, 2010).

Assim, uma sociedade de acolhimento que fornece suporte e estímulo aos imigrantes, promove a integração dos mesmos, enquanto que o oposto promove a hostilidade, rejeição e discriminação (Beiser et al., 1988; Fernando, 1993). Como resultado da percepção de aceitação por parte da sociedade de acolhimento, o imigrante terá uma tendência para se identificar com a mesma (Badea et al., 2011; Nesdale & Mak, 2000). Esta percepção de aceitação e pertença numa estrutura social, que representa a própria sociedade de acolhimento do imigrante, designa-se por *percepção de suporte de integração no país de acolhimento*.

Em suma, a integração dos imigrantes e a percepção desta integração parecem funcionar como factores protectores contra a discriminação e o isolamento social (e.g., Acan & Berry, 1996; Beiser et al., 1988; Jasinskaja-Lahti et al., 2007; Sarason, 1974). Isso conduz a uma redução de comportamentos de risco prejudiciais à saúde (e.g., Dalgard & Thapa, 2007) e, por consequência, a um aumento do bem-estar dos imigrantes (Aycan & Berry, 1996; Correa-Velez et al., 2010).

O presente estudo

A literatura mostra-nos que os estereótipos influenciam as decisões dos indivíduos no comprometimento com actividades físicas, na capacidade para recuperarem de uma doença e na duração e na qualidade da sua vida (Levy, Slade, & Kasl, 2002; Levy, Slade, & Gill, 2006). Steele & Aronson (1995) verificaram que os estudantes afro-americanos perante uma situação em que enfrentavam a ameaça de confirmarem o estereótipo negativo atribuído ao seu grupo, tinham um pior desempenho académico. A ameaça de estereótipo ao despoletar um maior receio e ansiedade resultante da preocupação em confirmarem esse mesmo estereótipo, prejudicou o seu desempenho na tarefa (Steele & Aronson, 1995). Que seja do nosso conhecimento, não existem estudos sobre os efeitos dos estereótipos negativos nos comportamentos preventivos de saúde dos imigrantes africanos e, em particular, dos imigrantes africanos em Portugal. No entanto, temos razões para esperar esse efeito porque, como é referido na literatura, há uma associação entre as percepções de discriminação e a não utilização dos serviços de saúde (Hausmann et al., 2008); visto que os estereótipos parecem ser um dos factores responsáveis pela discriminação, os imigrantes africanos poderão sentir-se ameaçados pelos estereótipos atribuídos ao seu grupo e consequentemente negligenciarem os seus comportamentos de saúde. Assim, o nosso primeiro objectivo é analisar o efeito dos estereótipos negativos dos imigrantes africanos nos seus comportamentos preventivos de saúde.

Por outro lado, vamos também explorar factores que possam moderar esta relação, em particular, o papel que a integração e a percepção desta integração dos imigrantes africanos, no país de acolhimento, podem ter nesta relação (segundo objectivo). A literatura diz-nos que o facto dos imigrantes estarem empregados (Aycan & Berry, 1996), terem uma auto-percepção positiva (Luthar et al., 2000; Masten, 2001), terem uma identidade étnica (Lee, 2005) e terem na sociedade de acolhimento instituições que os apoiem (Agudelo-Suárez et al., 2009), isso permite que tenham uma melhor integração no país de acolhimento. Numa outra perspectiva, estudos referem que existem benefícios para o bem-estar dos imigrantes quando estes percebem suporte por parte do país de acolhimento (Jasinskaja-Lahti et al., 2006).

Desta forma, e tendo em conta a realidade portuguesa, em que existe um número elevado de imigrantes africanos (e.g. Machado, 1994; Portugal: Ministério da administração Interna, 1998, cit. por Gonçalves, Dias, Luck, Fernandes, & Cabral, 2003) e em que os riscos de saúde são substanciais, pretende-se compreender se a exposição a estereótipos negativos dos imigrantes africanos é determinante para o aumento da sua ansiedade e para uma menor

intenção para realizarem comportamentos preventivos de saúde, nomeadamente, o rastreio de Tuberculose e de HIV; ao mesmo tempo é avaliado o efeito que a integração e a percepção desta integração dos imigrantes africanos no país de acolhimento têm na relação entre a exposição a estereótipos negativos e os comportamentos preventivos de saúde.

Assim, as hipóteses do estudo são as seguintes:

H1: Os imigrantes africanos na situação de ameaça de estereótipo revelam atitudes mais negativas e uma menor intenção de optar por comportamentos preventivos de saúde do que os imigrantes africanos na condição de controlo;

H2: Uma vez que se trata de efeitos causados pela percepção de ameaça de estereótipo, espera-se que este efeito seja mediado por sentimentos de ansiedade;

H3: Os efeitos da ameaça de estereótipo deverão ser menos fortes nos participantes que estiverem mais integrados na sociedade portuguesa;

H4: Os efeitos da ameaça de estereótipo deverão ser menos fortes nos participantes que perceberem um maior suporte de integração na sociedade portuguesa.

2. Método

2.1 Design

Este estudo decorreu em duas fases. Numa primeira fase, os participantes responderam a um questionário que pretendia avaliar a percepção de suporte de integração no país de acolhimento.

Num segundo momento, os mesmos participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas condições experimentais: a condição de ameaça e a condição de controlo. As variáveis dependentes do estudo (atitudes e intenção relativas à realização do rastreio de Tuberculose e HIV) foram seleccionadas com base numa entrevista realizada a uma médica portuguesa que lida diariamente com imigrantes em Portugal (ver entrevista no anexo A), que nos referiu que o rastreio de Tuberculose e o rastreio de HIV são os mais comuns entre a população imigrante africana devido à elevada prevalência de Tuberculose em Portugal e de HIV em África. Mediu-se ainda o nível de ansiedade e a integração dos participantes.

2.2 Participantes

O presente estudo teve uma amostra constituída por 42 imigrantes africanos residentes em Portugal (Distrito de Lisboa), de ambos os sexos.

Os participantes preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- 1) Ser imigrante;
- 2) Ter nascido num país africano;
- 3) Residir em Portugal no mínimo há seis anos (período mínimo obrigatório para os imigrantes provenientes dos PALOP obterem a nacionalidade portuguesa);
- 4) Não ter saído com menos de cinco anos do país de origem (segundo um estudo longitudinal realizado por Peterson, Warren, & Short (2011), até aos três ou quatro anos as crianças apresentam *amnésia infantil* – incapacidade de nos lembrarmos dos primeiros anos de vida quando somos adultos);
- 5) Ter a situação legalizada;
- 6) Não apresentar nenhuma patologia;
- 7) Saber ler e escrever.

A amostra foi não probabilística – *bola de neve* (snowball procedure) – em virtude de ter sido conseguida a partir de contactos, feitos pessoalmente, que por sua vez permitiram o contacto com outras pessoas, e assim sucessivamente.

Caracterização da amostra

Os participantes que constituíram a amostra eram maioritariamente do sexo masculino (57,1%) e a média de idades foi de 42,98 (DP = 11,97).

No que diz respeito ao país de origem, verificou-se que a maioria era de Angola, seguida pela Guiné-Bissau; os restantes participantes (outros) tinham nascido noutros países – Moçambique, Cabo-Verde e São Tomé.

Quadro 2.1: *país de origem.*

País de origem	N	%
Angola	22	52,4
Guiné-Bissau	11	26,2
Outros	9	21,4

Quanto à nacionalidade, os imigrantes africanos eram maioritariamente de nacionalidade angolana e guineense e os restantes tinham outra nacionalidade (nacionalidade portuguesa, nacionalidade cabo-verdiana, dupla nacionalidade - angolana portuguesa, nacionalidade moçambicana e nacionalidade são-tomense).

Quadro 2.2: *nacionalidade.*

Nacionalidade	N	%
Angolana	15	35,7
Guiniense	10	23,8
Outras	17	40,5

Metade dos participantes tinha maioritariamente o 3º ciclo, sendo seguida pelos que tinham o 12º ano. Havia ainda inquiridos que tinham estudado até ao ensino básico, completado o 2º ciclo ou feito uma licenciatura.

Quadro 2.3: *nível de escolaridade.*

Nível de escolaridade	N	%
Básica (1 ao 4º ano)	5	11,9
2º ciclo (5º e 6º ano)	3	7,1
3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)	21	50
12º ano	12	28,6
Licenciatura	1	2,4

Relativamente ao estado civil, havia participantes que eram casados, que viviam conjugalmente sem serem casados e que eram solteiros (outros) ou estavam separados (outros).

Quadro 2.4: *estado civil.*

Estado civil	N	%
Casado(a)	17	40,5
União de facto	10	23,8
Outros	15	35,7

No que diz respeito à situação laboral, a maioria dos inquiridos estava empregado (trabalhador por conta de Outrém ou trabalhador por conta própria), outros encontravam-se desempregados e os restantes participantes eram pensionistas.

Quadro 2.5: *situação laboral.*

Situação laboral	N	%
Trabalhador	22	52,4
Desempregado	15	35,7
Pensionista	5	11,9

Foi também pedido aos participantes que referissem das palavras indicadas qual seria a que melhor os descreveria (auto-percepção da raça). Foram obtidas 41 respostas válidas, visto que um dos participantes não assinalou qualquer resposta. Assim, tendo em conta as respostas válidas, verificou-se que quase todos os participantes percepcionavam-se como pertencendo à raça negra, sendo seguidos dos que se percepcionavam como pertencendo a outra categoria não indicada nas opções (outros); os restantes percepcionavam-se como pertencendo à raça mulata.

Quadro 2.6: *auto-percepção da raça.*

Auto-percepção da raça	N	%
Branco(a)	0	0
Negro(a)	34	81
Mulato(a)	3	7,1
Outros	4	9,5
Missing	1	2,4

Relativamente à religião, três dos 42 participantes da nossa amostra não assinalaram qualquer resposta. A partir das 39 respostas válidas, pudemos constatar que quase metade dos participantes era da religião protestante, sendo seguidos pelos da religião católica e da religião muçulmana; os restantes participantes identificavam-se com outra religião não descrita nas opções (a Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e a Igreja Testemunhas de Jeová).

Quadro 2.7: *religião.*

Religião	N	%
Católica	13	31
Protestante	18	42,9
Muçulmana	6	14,3
Outra	2	4,8
Missing	3	7,1

Os inquiridos da nossa amostra estavam em Portugal, em média, há 17,88 anos e trabalhavam em Portugal, em média, há 13,52 anos.

Quanto ao motivo de vinda para Portugal, foram obtidas 38 respostas válidas. Destas 38 respostas, pudemos verificar que os imigrantes africanos vieram para Portugal para melhorar as condições de vida, devido à situação política no país de origem, por razões de saúde ou para estudar, com o objectivo de virem de férias, ou apenas por terem familiares que nasceram ou moram em Portugal.

Quadro 2.8: *motivo de vinda para Portugal.*

Motivo de vinda para Portugal	N	%
Melhorar as condições de vida	12	28,6
Familiares que nasceram/moram em Portugal	2	4,8
Saúde	7	16,7
Situação política	7	16,7
Estudar	6	14,3
Férias	2	4,8
Férias e situação política	1	2,4
Situação política e estudar	1	2,4
Missing	4	9,5

No que diz respeito à frequência na ida ao médico, metade dos participantes referiu que ia “às vezes”, sendo seguidos dos que mencionaram que iam “frequentemente”; os restantes afirmaram que “raramente” iam ao médico.

Quadro 2.9: *costuma ir ao médico regularmente?*

Costuma ir ao médico regularmente?	N	%
Raramente	5	11,9
Às vezes	21	50
Frequentemente	16	38,1

Relativamente ao local de atendimento (Serviços de Saúde), a maioria dos participantes frequentava somente o Centro de Saúde, outros referiram que frequentavam apenas o Hospital e os restantes frequentavam mais do que um Serviço de Saúde.

Quadro 2.10: *tipo de Serviço de Saúde utilizado.*

Tipo de serviço de saúde utilizado	N	%
Centro de Saúde	23	54,8
Hospital	7	16,7
Utilização de vários Serviços de Saúde	12	28,6

Quando perguntámos aos participantes se costumavam realizar rastreios de Tuberculose, a maioria referiu que nunca tinha realizado este tipo de rastreio.

Quadro 2.11: *costuma fazer exames de rastreio de Tuberculose?*

Costuma fazer exames de rastreio de Tuberculose?	N	%
Sim	11	26,2
Não	31	73,8

Em relação às pessoas que mencionaram que faziam o rastreio de Tuberculose, estas afirmaram que “raramente” ou “às vezes” o faziam. No entanto, como a maioria dos participantes não respondeu a esta questão, não podemos extrapolar possíveis conclusões a partir das percentagens apresentadas.

Quadro 2.12: *se sim, com que frequência?*

Se sim, com que frequência?	N	%
-----------------------------	---	---

Raramente	9	21,4
Às vezes	3	7,1
Missing	30	71,4

No que respeita à realização do rastreio de Tuberculose no país de origem, a maioria das pessoas referiu que nunca fez este rastreio quando estava no seu país de origem.

Quadro 2.13: *quando estava no seu país de origem fez alguma vez rastreios de Tuberculose?*

Quando estava no seu país de origem		
Fez alguma vez rastreios de Tuberculose?	N	%
Sim	12	28,6
Não	30	71,4

Quando questionados sobre a realização do rastreio de HIV, mais de metade dos participantes mencionou que costumava fazer este tipo de rastreio.

Quadro 2.14: *costuma fazer exames de rastreio de HIV?*

Costuma fazer exames de rastreio de HIV?	N	%
Sim	23	54,8
Não	19	45,2

Destas pessoas, quase metade afirmou que “raramente” realizava rastreios de HIV, sendo seguidos das que referiram que o faziam “às vezes”; as restantes afirmaram que realizam “frequentemente” este tipo de rastreio.

Quadro 2.15: *se sim, com que frequência?*

Se sim, com que frequência?	N	%
Raramente	11	26,2
Às vezes	8	19
Frequentemente	4	9,5
Missing	19	45,2

Quanto à realização do rastreio de HIV no país de origem, a maioria dos participantes afirmou que nunca o fez.

Quadro 2.16: *quando estava no seu país de origem fez alguma vez rastreios de HIV?*

Quando estava no seu país de origem		
fez alguma vez rastreios de HIV?	N	%
Sim	5	11,9
Não	37	88,1

2.3 Instrumentos

Primeira fase do estudo

No questionário realizado na primeira fase do estudo, foi incluída a seguinte medida: percepção de suporte de integração no país de acolhimento. A seguir, descrevem-se as qualidades psicométricas dessa medida.

Percepção de suporte de integração no país de acolhimento

Para medir a percepção de suporte de integração no país de acolhimento foram utilizados alguns itens de um questionário adaptado do *Perceived Community Support Questionnaire* de Garcia & Herrero (2006), com uma escala de resposta do tipo Likert que varia de 1 a 5 (1 - *Discordo totalmente*; 2 - *Discordo*; 3 - *Concordo em parte e discordo em parte*; 4 - *Concordo*; 5 - *Concordo totalmente*).

Da análise factorial exploratória verificou-se a existência de três factores, que dividimos nas seguintes dimensões: “percepção de integração diária” (três itens: “Posso encontrar pessoas que se mostrem disponíveis para tentar resolver os meus problemas”; “Prestam-me um tratamento baseado na igualdade”; “É valorizada/tida em conta a minha opinião”, $\alpha = 0,64$); “participação activa na sociedade portuguesa” (dois itens: “Colaboro em organizações e associações portuguesas”; “Participo num grupo social ou cívico português”, $\alpha = 0,68$) e “identificação com Portugal” (dois itens: “Identifico-me com Portugal”; “Sinto-me como estando no meu próprio País”, $\alpha = 0,62$). A variância total explicada pelas três dimensões extraídas foi de 68,1 %.

Pudemos deste modo verificar que as três dimensões revelaram boas propriedades psicométricas.

Calculámos três índices compósitos da percepção de suporte de integração no país de acolhimento através da média dos valores obtidos nos itens para cada dimensão.

Segunda fase do estudo

A segunda fase do estudo foi realizada nalguns casos sem intervalo de tempo e noutros com um intervalo de tempo que variou entre uma a sete semanas. De seguida encontra-se um quadro que ilustra as frequências e respectivas percentagens.

Quadro 2.17: *intervalo de tempo entre as duas fases do estudo.*

Intervalo de tempo entre as duas fases do estudo	N	%
Nenhuma semana	9	21,4
Uma semana	8	19
Duas semanas	12	28,6
Quatro semanas	7	16,7
Cinco semanas	2	4,8
Seis semanas	1	2,4
Sete semanas	3	7,1

Nesta fase distribuíram-se os participantes pela condição de ameaça e pela condição de controlo. Posteriormente pedia-se aos participantes que respondessem ao questionário que incluía as seguintes questões:

1) Manipulação da ameaça de estereótipo

Para manipular a ameaça de estereótipo, adaptámos o procedimento sugerido por Abrams, Eller, & Bryant (2006) ao nosso contexto.

Na condição de ameaça de estereótipo era-lhes dito que “Algumas pessoas acham que os imigrantes não são tão merecedores de usarem os serviços de saúde como os cidadãos do país de acolhimento; deste modo, o objectivo do estudo é perceber qual a frequência da utilização dos serviços de saúde preventivos por parte dos imigrantes residentes em Portugal”; na condição de controlo era-lhes dito que “Estou a realizar um estudo sobre as práticas de saúde, tendo como objectivo perceber os comportamentos de saúde das pessoas em geral”.

2) Ansiedade

O nível de ansiedade foi medido através do *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970), um questionário auto-avaliativo, adaptado para a população portuguesa por *Silva & Santos*, 1997. Este é composto por 20 itens com uma escala de resposta do tipo Likert que varia de 1 a 4 (1 = *Nada*; 2 = *Um pouco*; 3 = *Moderadamente*; 4 = *Muito*). E.g., “Sinto-me confiante”; “Estou tenso”; “Sinto-me indeciso”.

O STAI mostrou uma consistência interna muito boa, com um *alpha de Cronbach* de 0,91.

Compusemos um índice de ansiedade através do cálculo da média dos resultados obtidos nos itens.

3) Integração dos imigrantes no Sistema de Saúde português

Para avaliar a integração dos imigrantes, foi feita uma questão sobre a utilização dos Serviços de Saúde. Como o presente estudo decorre no contexto de comportamentos de saúde, priorizámos incluir uma questão sobre a integração dos imigrantes no contexto de saúde em Portugal. Os participantes tinham a opção de assinalar mais do que uma resposta (“Onde é atendido(a)?”).

4) Atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose e HIV

Para avaliar as atitudes dos participantes sobre a realização do rastreio de Tuberculose e HIV utilizou-se uma questão com cinco itens avaliados por um diferencial semântico, como: bom/mau (item 5.1; 10.1), desagradável/gradável (item 5.2; 10.2), seguro/inseguro (item 5.3; 10.3), penalizador/recompensador (item 5.4; 10.4) e sábio/insensato (item 5.5; 10.5), com uma escala de resposta do tipo Likert que varia de 1 a 7 (1 - *Muito*; 2 - *Bastante*; 3 - *Ligeiramente*; 4 - *Nem*; 5 - *Ligeiramente*; 6 - *Bastante*; 7 - *Muito*). Estes itens foram adaptados a partir de um questionário desenvolvido por Bagozzi (1981), que teve por base a Teoria da Acção Racional de Fisbein & Ajzen (1975).

Foram realizadas duas análises factoriais exploratórias, em separado, para avaliar as atitudes dos participantes em relação à realização do rastreio de Tuberculose e à realização do rastreio de HIV. A partir destas análises foram extraídos dois factores que designámos por: “atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose”; e “atitudes relativas à realização do rastreio de HIV” (e.g., “Em que grau acha que fazer exames de rastreio de Tuberculose é...sábio/insensato”; “Em que grau acha que fazer exames de rastreio de HIV é ... desagradável/gradável”). O factor “atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose” explicou 50,9% da variância total e revelou bons resultados psicométricos ($\alpha = 0,71$). O factor

“atitudes relativas à realização do rastreio de HIV” explicou 67,6% da variância total e mostrou também uma boa consistência interna ($\alpha = 0,83$).

Calculámos dois índices compósitos das atitudes através da média dos valores obtidos nos itens para cada factor.

5) Intenção de realizar rastreio de Tuberculose e HIV

Para avaliar a intenção dos participantes para realizarem rastreios de Tuberculose e HIV foi utilizada uma questão com quatro itens, que é respondida numa escala de resposta do tipo Likert que varia de 1 a 7 (1 = *Discordo totalmente*; 2 = *Discordo ligeiramente*; 3 = *Discordo*; 4 = *Nem discordo nem concordo*; 5 = *Concordo ligeiramente*; 6 = *Concordo*; 7 = *Concordo totalmente*). Os itens foram adaptados com base nos itens utilizados no estudo de Galea e Bray (2006), que têm como referência as recomendações feitas por Courneya & McAuley (1993) e Ajzen (2002).

A partir da análise factorial exploratória (em separado) foi possível extrair dois factores que designámos por: “intenção de realizar rastreio de Tuberculose” e “intenção de realizar rastreio de HIV” (e.g., “Durante os próximos 6 meses, tenciono fazer rastreios de Tuberculose”; “Durante o próximo ano, tenciono fazer rastreios de HIV”). O factor “intenção de realizar rastreio de Tuberculose” explicou em 78,6% a variância total das quatro variáveis de input e apresentou uma consistência interna muito boa ($\alpha = 0,91$). O factor “intenção de realizar rastreio de HIV” explicou em 85,8% a variância total das quatro variáveis de input e apresentou igualmente qualidades psicométricas muito boas ($\alpha = 0,94$).

Compusemos dois índices da intenção através do cálculo da média dos resultados obtidos nos itens para cada factor.

Para além das escalas descritas anteriormente, foram também incluídas questões que avaliavam as barreiras percebidas, o comportamento anterior e o comportamento de saúde no país de origem relativo aos dois tipos de rastreio (Tuberculose e HIV).

6) Barreiras percebidas

Para avaliar as barreiras que os participantes percepcionavam em relação à realização de rastreios de Tuberculose e HIV, foram colocadas duas questões abertas (para cada uma das variáveis - rastreio de Tuberculose e rastreio de HIV) para não se restringir as opções de resposta dos participantes e para se poder compreender as motivações e crenças relativas aos dois tipos de rastreio (e.g., “Considera existirem barreiras/impedimentos para que não realize

com uma maior frequência rastreios de Tuberculose?”). Foi realizada uma análise de conteúdo das respostas a estas questões, identificando as principais barreiras referidas. A cotação das respostas foi feita através da atribuição de 1 para os participantes que enumeraram barreiras e de 0 para os que referiram que não existiam.

7) Comportamento anterior

Para medir se os participantes costumavam realizar rastreios de Tuberculose e HIV, foram feitas duas questões dicotómicas. “Costuma fazer exames de rastreio de Tuberculose?”; “Costuma fazer exames de rastreio de HIV?”. Após as questões pedia-se aos participantes que justificassem a sua resposta.

8) Comportamento de saúde no país de origem

O comportamento de saúde no país de origem, no que diz respeito à realização de rastreios de Tuberculose e HIV, foi também avaliado através de duas questões dicotómicas. “Quando estava no seu país de origem fez alguma vez rastreios de Tuberculose?”; “Quando estava no seu país de origem fez alguma vez rastreios de HIV?”. Após as questões pedia-se aos participantes que justificassem a sua resposta.

9) Dados sócio-demográficos

Foram incluídas as seguintes variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, país de origem, nacionalidade, auto-percepção da raça, nível de escolaridade, estado civil, situação laboral, religião, número de anos a viver em Portugal, número de anos a trabalhar em Portugal e motivo de vinda para Portugal.

2.4 Procedimento

Para a aplicação dos questionários utilizou-se a técnica *snowball procedure*. Os questionários foram preenchidos individualmente em casa dos participantes/familiares e noutros locais que garantiam a privacidade. A participação foi voluntária e confidencial.

Numa primeira fase do estudo, foi aplicado um questionário que avaliava a percepção de suporte de integração no país de acolhimento. Este questionário foi entregue presencialmente (na maioria dos casos) ou através de conhecidos dos participantes.

Entre a primeira e a segunda fase, nalguns casos não houve um intervalo de tempo e noutros variou entre uma a sete semanas.

Numa segunda fase do estudo, foi dado aos participantes uma folha que continha o objectivo do estudo – condição de controlo ou condição experimental (baseado no estudo de Abrams et al., 2006).

Após expor o objectivo do estudo, avaliámos o nível de ansiedade dos participantes.

Por último, foi entregue um questionário que pretendia avaliar a integração dos participantes, as atitudes e as intenções dos participantes, o seu comportamento anterior, o seu comportamento de saúde no país de origem e as barreiras percebidas em relação à realização do rastreio de Tuberculose e rastreio de HIV. Foram também incluídas questões que avaliavam a periodicidade na ida ao médico, os tipos de rastreio realizados, assim como um conjunto de questões sócio-demográficas.

Importa ainda referir que foi necessário ter em conta algumas considerações éticas prévias, visto que a exposição à ameaça de estereótipo ser considerada ofensiva para alguns dos participantes (para a sua auto-estima/identidade); deste modo, tivemos alguns cuidados na sua aplicação, nomeadamente, realizando o *debriefing* após a conclusão do estudo, pedindo o consentimento informado aos participantes (consultar anexo B), garantindo a confidencialidade dos dados e tendo uma amostra constituída por imigrantes integrados na sociedade e sem qualquer patologia.

3. Resultados

Todas as análises estatísticas, descritas posteriormente, foram efectuadas com recurso ao programa de análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0 e 20.0.

Ansiedade

Não se verificaram efeitos significativos resultantes das variáveis sócio-demográficas e do intervalo de tempo entre as duas fases do estudo no nível de ansiedade dos participantes.

A partir da realização de uma análise de variância a um factor fixo (One-Way ANOVA), procurámos ver se se verificava um efeito significativo da condição em estudo no nível de ansiedade. Com base nesta análise, constatámos que não houve efeito significativo da condição na ansiedade, $F < 1$. No quadro em baixo, pode-se consultar as médias e desvios-padrão correspondentes a cada condição em estudo.

Quadro 3.1: *ansiedade*.

Condição	N	Média	Desvio-padrão
Ameaça	20	1,82	0,60
Controlo	14	1,80	0,61

Analísámos ainda o efeito combinado da condição em estudo e de cada variável sócio-demográfica no nível de ansiedade dos participantes, através da realização de ANOVA's a mais de um factor (two-way ANOVA). No entanto, não foi verificado nenhum efeito significativo.

A partir da realização de uma ANOVA a mais de um factor, analisámos também o efeito combinado da condição e do tipo de Serviço de Saúde utilizado (integração dos imigrantes no Sistema de Saúde português) na ansiedade dos participantes. Não se verificou um efeito significativo.

Foi ainda realizado o teste de moderação de cada uma das três dimensões da percepção de suporte de integração na relação entre a condição e a ansiedade, através de um modelo de regressão múltipla. Não se verificaram efeitos significativos.

Atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose

Não foram encontrados resultados significativos entre as atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose e as diversas variáveis sócio-demográficas incluídas no estudo e o intervalo de tempo entre as duas fases do estudo.

Procurámos ver se havia um efeito significativo da condição em estudo (condição ameaça versus condição controlo) nas atitudes dos participantes relativas à realização do rastreio de Tuberculose, através da realização de uma análise de variância a um factor fixo (One-Way ANOVA). A partir desta análise, verificámos que não houve um efeito significativo da condição nas atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose, $F < 1.5$. As médias e desvios-padrão para cada condição estão presentes no quadro 3.2.

Quadro 3.2: *atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose.*

Condição	N	Média	Desvio-padrão
Ameaça	22	6,29	0,66
Controlo	20	5,96	1,12

No que se refere ao efeito da realização do rastreio de Tuberculose, à sua frequência e à realização do rastreio de Tuberculose no país de origem, nas atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose (a partir de uma One-Way ANOVA), verificámos que também não houve efeitos significativos.

Foi também analisado o efeito combinado da condição em estudo com as variáveis sócio-demográficas nas atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose. Para isso, efectuámos ANOVA's a mais de um factor (two-way ANOVA). Concluimos que não houve um efeito significativo da condição e de cada uma das variáveis sócio-demográficas nas atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose.

Analisámos também o efeito combinado da condição e do tipo de Serviço de Saúde utilizado (integração dos imigrantes no Sistema de Saúde português) nas atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose, através da realização de uma ANOVA a mais de um factor. Não se verificou um efeito significativo.

Foi ainda realizado o teste de moderação de cada uma das três dimensões da percepção de suporte de integração na relação entre a condição e as atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose, através de um modelo de regressão múltipla. No entanto, não se verificaram efeitos significativos.

Intenção de realizar rastreio de Tuberculose

Não se verificaram efeitos significativos resultantes das variáveis sócio-demográficas e do intervalo de tempo entre as duas fases do estudo na intenção dos participantes em realizar rastreio de Tuberculose.

À semelhança do que foi feito para as atitudes relativas à realização do rastreio de Tuberculose, pretendeu-se verificar se havia um efeito significativo da condição em estudo na intenção de realizar rastreio de Tuberculose, realizando uma ANOVA a um factor (one-way ANOVA). Pudemos concluir que a condição em estudo não teve um efeito significativo na intenção de realizar rastreio de Tuberculose, $F < 1$.

A seguir, podemos ver o quadro 3.3, que apresenta as médias e desvios-padrão de cada condição em estudo.

Quadro 3.3: *intenção de realizar rastreio de Tuberculose.*

Condição	N	Média	Desvio-padrão
Ameaça	22	4,44	1,74
Controlo	20	4,83	1,60

Analisámos ainda se a realização do rastreio de Tuberculose, a sua frequência e a realização do rastreio de Tuberculose no país de origem tinha um efeito significativo na intenção de realizar rastreio de Tuberculose (através de uma One-Way ANOVA). Após efectuadas as análises, concluímos que não houve efeitos significativos.

Posteriormente foram realizadas ANOVA's a mais de um factor (two-way ANOVA), ao cruzar o efeito combinado da condição em estudo e de cada variável sócio-demográfica na intenção de realizar rastreio de Tuberculose. A partir destas análises, constatámos um efeito de interacção significativo do local de aplicação do questionário e da condição na intenção de realizar rastreio de Tuberculose (ver figura 3.1), $F(1,37) = 11.02$, $p < .01$. O modelo explica 21,1% (r^2 ajustado = 0,211).

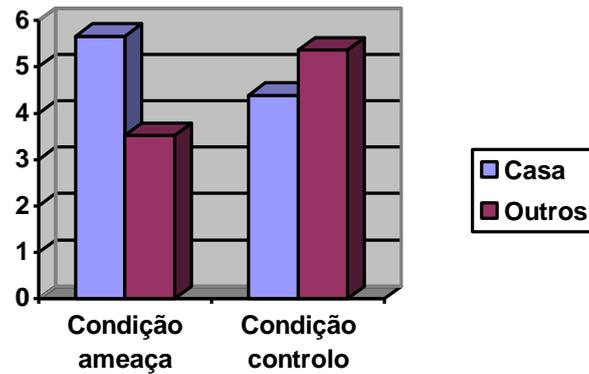


Figura 3.1. Efeito de interacção significativo do local de aplicação do questionário e da condição na intenção de realizar rastreio de Tuberculose

Conforme já referido anteriormente, como o efeito de interacção foi significativo foi necessário realizar *contrastés planeados* para comparar os dois locais de aplicação do questionário (casa versus outros) separadamente, na condição de ameaça e na condição de controlo. Após a análise, verificámos que os participantes que preencheram o questionário em “outros” locais diferiam significativamente entre as duas condições quanto à intenção de realizar rastreio de Tuberculose ($p < .01$). No caso de realizarem o estudo noutros locais, os participantes na condição de ameaça tinham significativamente menos intenção de realizar rastreio de Tuberculose ($M= 3,52$; $DP=1,53$) do que aqueles que estavam na condição de controlo ($M= 5,36$; $DP= 1,74$).

Através da realização de uma ANOVA a mais de um factor, analisámos também o efeito combinado da condição e do tipo de Serviço de Saúde utilizado (integração dos imigrantes no Sistema de Saúde português) na intenção de realizar rastreio de Tuberculose. Contudo, não se verificou um efeito significativo.

Foi ainda realizado o teste de moderação de cada uma das três dimensões da percepção de suporte de integração na relação entre a condição e a intenção de realizar rastreio de Tuberculose, através de um modelo de regressão múltipla. Não se verificaram efeitos significativos.

Barreiras percebidas relativas à realização do rastreio de Tuberculose

Foram analisadas as diversas barreiras percebidas no que diz respeito ao rastreio de Tuberculose em cada uma das condições em estudo, através da realização do teste t para amostras independentes. Pudemos verificar que em termos de frequência, os participantes na condição de ameaça referiram um maior número de barreiras (seis) do que os que estavam na condição de controlo (três). No entanto, esta diferença não foi significativa, $t(33) = .33$, $p >$

.05. Desta forma concluímos que as barreiras que foram mencionadas em relação ao rastreio de Tuberculose não diferiram significativamente em função da condição em que os participantes estavam.

Quadro 3.4: barreiras relativas ao rastreio de Tuberculose

Barreiras – Rastreio de Tuberculose		
	Condição Ameaça	Condição Controlo
Saúde	2	0
Falta de tempo	2	1
Atendimento	0	1
Tempo de espera	0	1
Não gostar de Hospitais e de médicos	1	0
Falta de cuidados/interesse	1	0

Atitudes relativas à realização do rastreio de HIV

Não foram encontrados resultados significativos entre as atitudes relativas à realização do rastreio de HIV e as variáveis sócio-demográficas e o intervalo de tempo entre as duas fases do estudo.

Procurámos verificar se a condição em estudo tinha um efeito significativo nas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV, através da realização de uma análise de variância a um factor fixo (One-Way ANOVA). A partir da análise, pudemos verificar que a condição não teve um efeito significativo nas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV, $F < 1.9$.

Nas linhas a baixo, pode ser consultado o quadro 3.5 que apresenta as médias e desvios-padrão de cada condição em estudo.

Quadro 3.5: atitudes relativas à realização do rastreio de HIV.

Condição	N	Média	Desvio-padrão
Ameaça	22	6,35	0,73
Controlo	19	5,87	1,42

No que diz respeito ao efeito da realização do rastreio de HIV, à sua frequência e à realização do rastreio de HIV no país de origem, nas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV, após ter sido realizada uma análise de variância a um factor fixo (One-Way ANOVA), constatámos que não houve efeitos significativos.

Foram também realizadas ANOVA's a mais de um factor (two-way ANOVA), para analisar se havia um efeito combinado da condição em estudo e de cada variável sócio-demográfica nas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV. No entanto, não foi encontrado nenhum efeito significativo.

Analísámos também o efeito combinado da condição e do tipo de Serviço de Saúde utilizado (integração dos imigrantes no Sistema de Saúde português) nas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV, a partir da realização de uma ANOVA a mais de um factor. No entanto, não se verificou um efeito significativo.

Procurámos ainda ver se se verificava um efeito de moderação de 2ª ordem da percepção de suporte de integração no país de acolhimento (em cada uma das três dimensões criadas) nos efeitos da condição em estudo nas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV, a partir da realização de uma Regressão Linear Múltipla. Pudemos verificar um efeito de interacção significativo na dimensão “identificação com Portugal”, $p < .05$. A análise dos perfis permitiu identificar que o efeito de ameaça de estereótipo ocorre apenas para o caso dos participantes que estão pouco identificados com Portugal. Logo, a identificação com Portugal exerce um efeito de moderação significativo (Beta = -0,332) na relação entre a condição em estudo e as atitudes relativas à realização do rastreio de HIV (ver quadro 3.6 e figura 3.2).

Quadro 3.6: *efeito de interacção condição e identificação com Portugal*

Variáveis	Atitudes relativas à realização do rastreio de HIV
Condição	0,298
Identificação com Portugal	0,292
Efeito de interacção	-0,332*
R ² ajustado	0,135
F _(3,37)	3,081

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

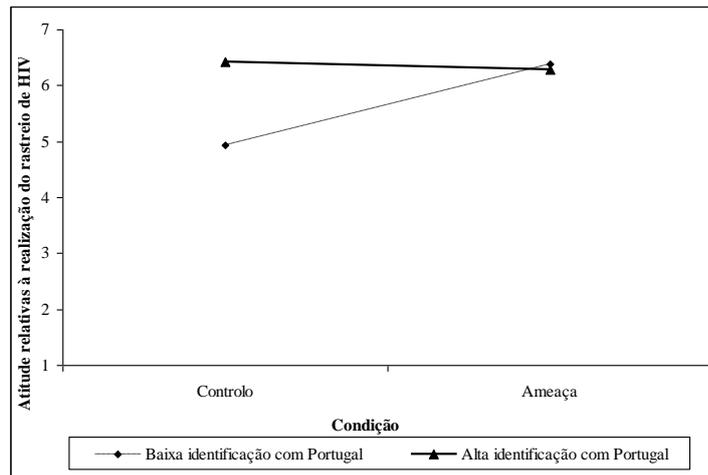


Figura 3.2. Efeito de moderação da identificação com Portugal nos efeitos da condição nas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV

Como podemos observar na figura 3.2, quando os participantes tinham uma elevada identificação com Portugal, as suas atitudes relativas à realização do rastreio de HIV não diferiam significativamente em função da condição em que estavam. No entanto, quando tinham uma baixa identificação com Portugal, apresentavam atitudes significativamente mais positivas relativas à realização do rastreio de HIV quando estavam na condição de ameaça do que quando estavam na condição de controlo.

Intenção de realizar rastreio de HIV

Não foram encontrados efeitos significativos resultantes das variáveis sócio-demográficas e do intervalo de tempo entre as duas fases do estudo na intenção dos participantes em realizar rastreio de HIV.

No que diz respeito ao efeito da condição em estudo na intenção de realizar rastreio de HIV, a partir da realização de uma análise de variância a um factor fixo (One-Way ANOVA), concluímos que não houve um efeito significativo da condição na intenção de realizar rastreio de HIV, $F < 1.1$. O quadro 3.7 apresenta as médias e desvios-padrão para cada condição.

Quadro 3.7: intenção de realizar rastreio de HIV.

Condição	N	Média	Desvio-padrão
Ameaça	22	4,35	2,04
Controlo	20	4,95	1,69

Procurámos também analisar se a realização do rastreio de HIV, a sua frequência e a realização do rastreio de HIV no país de origem tinha um efeito significativo na intenção de realizar rastreio de HIV (através de uma One-Way ANOVA). Após as análises, verificámos que não houve efeitos significativos.

Posteriormente foram realizadas ANOVA's a mais de um factor para ver se se verificava um efeito significativo da condição e de cada variável sócio-demográfica na intenção de realizar rastreio de HIV. Com base nestas análises, constatámos um efeito de interacção significativo do local de aplicação do questionário e da condição na intenção de realizar rastreio de HIV (ver figura 3.3), $F(1,37) = 11.62$, $p < .01$. O modelo explica 19,1% (r^2 ajustado = 0,191).

Como o efeito foi significativo realizaram-se contrastes planeados para comparar o local de aplicação do questionário (casa versus outros) separadamente, na condição de ameaça e na condição de controlo. Com base na análise, pudemos verificar que os participantes que preencheram o questionário em “outros locais” diferiam significativamente entre as duas condições quanto à intenção de realizar rastreio de HIV ($p < .01$). No caso de realizarem o estudo noutros locais, os participantes na condição de ameaça tinham significativamente menos intenção de realizar rastreio de HIV ($M = 3,77$; $DP = 1,66$) do que aqueles que estavam na condição de controlo ($M = 5,92$; $DP = 1,14$).

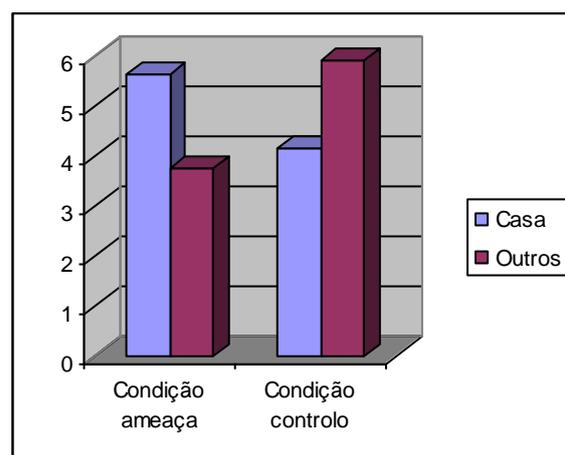


Figura 3.3. Efeito de interacção significativo do local de aplicação do questionário e da condição na intenção de realizar rastreio de HIV

Analisámos também o efeito combinado da condição e do tipo de Serviço de Saúde utilizado (integração dos imigrantes no Sistema de Saúde português) na intenção de realizar rastreio de HIV, a partir da realização de uma ANOVA a mais de um factor. Verificámos um efeito de interacção significativo do tipo de Serviço de Saúde utilizado e da condição na

intenção de realizar rastreio de HIV, $F(2,36) = 6.10$, $p < .01$. Através da análise dos efeitos principais, verificámos que nem o factor condição nem o tipo de Serviço de Saúde utilizado tiveram um efeito significativo na intenção de realizar rastreio de HIV.

Procurámos de seguida verificar se a interacção entre a condição e o tipo de Serviço de Saúde utilizado se mantinha mesmo quando controlávamos o efeito do local de aplicação do questionário, através da realização de uma ANCOVA. Após esta análise, verificámos que se manteve o efeito significativo do tipo de Serviço de Saúde utilizado e da condição na intenção de realizar rastreio de HIV, após ter sido controlado o efeito do local de aplicação do questionário (ver figura 3.4), $F(2,34) = 4.92$, $p < .05$.

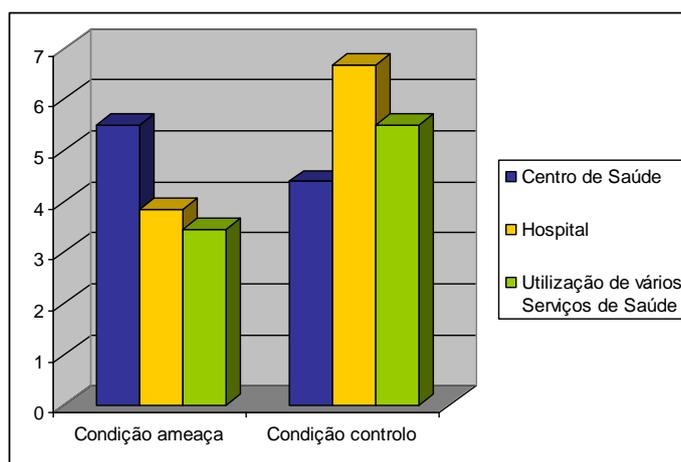


Figura 3.4. Efeito de interacção significativo do tipo de Serviço de Saúde utilizado e da condição na intenção de realizar rastreio de HIV

Como o efeito de interacção foi significativo realizaram-se contrastes planeados para comparar o tipo de Serviço de Saúde utilizado (Centro de Saúde vs. Hospital vs. Utilização de vários Serviços de Saúde) separadamente, na condição de ameaça e na condição de controlo. O efeito de ameaça ocorreu apenas no caso daqueles que frequentavam o Hospital ($p < .05$). Os participantes na condição de ameaça tinham significativamente menos intenção de realizar rastreio de HIV ($M= 3,83$; $DP=1,87$) do que aqueles que estavam na condição de controlo ($M= 6,67$; $DP= 0,38$). Aqueles que frequentavam o Centro de Saúde e “vários Serviços de Saúde” não sofreram o efeito da ameaça.

Foi ainda realizado o teste de moderação de cada uma das três dimensões da percepção de suporte de integração na relação entre a condição e a intenção de realizar rastreio de HIV, através de um modelo de regressão múltipla. No entanto, não se verificaram efeitos significativos.

Barreiras percebidas relativas à realização do rastreio de HIV

Foram analisadas as diversas barreiras percebidas no que diz respeito ao rastreio de HIV em cada uma das condições em estudo, através da realização do teste *t* para amostras independentes. Pudemos constatar que em termos de frequência, os participantes na condição de ameaça referiram um maior número de barreiras (seis) do que os que estavam na condição de controlo (duas). Contudo, esta diferença não foi significativa, $t(36) = .89$, $p > .05$. Assim, concluímos que as barreiras que foram mencionadas em relação ao rastreio de HIV não diferiram significativamente em função da condição em que os participantes estavam.

Quadro 3.8: barreiras relativas ao rastreio de HIV

Barreiras - Rastreio de HIV		
	Condição Ameaça	Condição Controlo
Não haver necessidade	1	0
Medo de agulhas	2	0
Atendimento médico	0	1
Tempo	0	1
Não perceber risco de contágio	1	0
Situação socio-económica	1	0
Acessibilidade	1	0

4. Discussão

Neste estudo procurámos, por um lado analisar o efeito dos estereótipos negativos dos imigrantes africanos nos seus comportamentos preventivos de saúde, nomeadamente na realização do rastreio de Tuberculose e HIV; por outro lado procurámos também estudar o papel que a integração e a percepção desta integração dos imigrantes africanos, no país de acolhimento, em particular, em Portugal, podem ter nesta relação.

A nossa primeira hipótese era de que os imigrantes africanos na situação de ameaça de estereótipo revelariam atitudes mais negativas e uma menor intenção de optar por comportamentos preventivos de saúde, do que os imigrantes africanos na condição de controlo. Contudo os resultados obtidos não nos permitiram confirmar esta hipótese. Obtivemos apenas efeitos moderados por outros factores que descreveremos em seguida.

Em relação à nossa segunda hipótese, esperava-se que os efeitos causados pela percepção de ameaça de estereótipo, fossem mediados por sentimentos de ansiedade; esta também não foi confirmada. Este resultado é inconsistente com o efeito de ameaça de estereótipo, que nos diz que a ameaça de estereótipo uma vez activada irá produzir dentro dos indivíduos-alvo receio e ansiedade de se comportarem desse modo, o que fará com que estes acabem por se comportar desse modo e, eventualmente, confirmarem esse mesmo estereótipo (Steele & Aronson, 1995). Uma possível explicação para este resultado é a escala utilizada, que não questionou os participantes acerca dos sentimentos que haviam tido após lerem o objectivo do estudo. No estudo de Abrams et al. (2006), a ansiedade mostrou ser mediadora da relação entre a ameaça de estereótipo e o desempenho numa tarefa. A escala utilizada nesse estudo para medir a ansiedade foi a usada no estudo de Osborne (2001), em que após a realização da tarefa, pedia-se aos participantes que avaliassem, numa escala de resposta do tipo Likert, em que medida se sentiam da seguinte forma aquando da realização da tarefa: sobre pressão, tensos, nervosos, confiantes, inquietos, calmos, com medo de não fazer bem ou desconfortáveis. Assim, estes itens pretendiam avaliar os sentimentos que os participantes tinham tido após terem sido expostos à ameaça de estereótipo e de que forma isso influenciava o seu desempenho na tarefa, o que no nosso estudo não foi efectuado.

No que diz respeito à nossa terceira hipótese, de que os efeitos da ameaça de estereótipo deveriam ser menos fortes nos participantes que estivessem mais integrados na sociedade portuguesa; com base nos resultados encontrados, pudemos concluir que se confirmou (em parte) esta hipótese. No caso dos participantes que frequentavam apenas o Centro de Saúde, o efeito de ameaça de estereótipo não se verificou. Este resultado sugere que o Centro de Saúde

pode ser visto como um local de integração e um factor protector contra os estereótipos negativos a que são sujeitos os imigrantes africanos. Assim, os imigrantes africanos parecem perceber o Centro de Saúde como um local de apoio, o que vai de encontro ao que nos refere a literatura, que um dos factores protectores contra a discriminação é a existência de instituições públicas, na sociedade de acolhimento, que apoiem os imigrantes (Agudelo-Suárez et al., 2009); locais onde o imigrante se vê como uma pessoa com direitos, percebendo estas entidades como suas aliadas (Agudelo-Suárez et al., 2009).

Foi publicado há pouco tempo um relatório da Organização das Nações Unidas (2009) acerca das políticas de integração dos imigrantes em 42 países, sendo atribuído a Portugal a primeira classificação pelo trabalho que tem vindo a desenvolver ao nível dos direitos e serviços prestados aos estrangeiros residentes (ACIDI, 2011). No relatório, Portugal é destacado como exemplo de boas práticas em matéria de integração e é citado como um dos países, onde os cuidados de saúde estão acessíveis a todos os imigrantes, independentemente da sua situação legal (ACIDI, 2011). O facto dos imigrantes se poderem sentir como parte da sociedade portuguesa ao nível dos acessos aos Serviços de Saúde, achamos que leva a que estes desvalorizem os estereótipos negativos existentes, desenvolvendo estratégias para os “contornar”.

No entanto, e de forma surpreendente, verificámos que o mesmo resultado não se verificou no caso dos que frequentavam unicamente o Hospital. Isto porque os resultados sugerem que os imigrantes africanos que frequentam apenas o Hospital, quando estão perante a ameaça de estereótipo, têm significativamente menor intenção de realizar rastreio de HIV, comparativamente com os que se encontram na condição de controlo. Ao estudarmos os participantes que frequentam exclusivamente o Hospital, também pudemos verificar que são maioritariamente do sexo masculino, com uma idade compreendida entre os 15 e os 35 anos, da Guiné-Bissau (país de origem e nacionalidade) e solteiros. Quanto às suas práticas de saúde, a maioria dos participantes costuma ir às vezes ao médico, nunca realizou o rastreio de Tuberculose, mas em contrapartida costuma fazer rastreio de HIV. O facto de poderem ter comportamentos de maior risco, poderá também inibi-los de frequentar o médico de família/ Centro de Saúde. Como sabemos (Direcção Geral de Saúde), a partir do momento que alguém se desloca ao Centro de Saúde/ médico de família, para marcar um exame de rastreio de HIV, a questão da confidencialidade poderá ser posta em causa. Daí seja possível que seja neste grupo que se verifica mais o efeito de ameaça de estereótipo.

Este resultado levanta algumas questões: qual a diferença entre a frequência do Centro de Saúde e a frequência do Hospital? Porque é que estes dois Serviços de Saúde são percebidos de forma diferente pelos imigrantes africanos?

A literatura diz-nos que a maioria dos pacientes que frequentam o Centro de Saúde são pessoas de grupos raciais/étnicos minoritários (Politzer et al., 2001). O Centro de Saúde é visto como um local que providencia abrangentes cuidados de saúde e que garante aos pacientes um tratamento e um acompanhamento habitual e regular (Zuvekas, McNamara, & Bernstein, 1999). No Centro de Saúde, os pacientes ao serem acompanhados por um médico de família, o cuidado de saúde prestado aos mesmos é monitorizado de uma forma mais cuidadosa e exacta (Forrest & Whelan, 2000). Assim, os Centros de Saúde procuram reduzir e eliminar as barreiras de acesso ao Serviço de Saúde (Dievier & Giovannini, 1998).

No caso dos Hospitais, pelo contrário, é predominante o cuidado médico urgente, o que torna difícil haver um acompanhamento regular dos pacientes; isto leva a que os profissionais de saúde estejam muitas vezes pouco familiarizados com as histórias dos pacientes e os tratem de um modo mais impessoal (Forrest & Whelan, 2000).

O facto dos imigrantes africanos perceberem o Centro de Saúde como um local de prestação de cuidados de saúde de forma continuada e personalizada, contrariamente aos cuidados prestados no Hospital, pode ser uma possível explicação para não se ter verificado o efeito de ameaça de estereótipo nos que frequentavam apenas o Centro de Saúde.

Assim, e embora o Hospital não tenha sido percebido como um factor protector, daí termos referido que a nossa hipótese foi em parte confirmada, os resultados apontam para a ideia de que os Serviços de Saúde, e em particular, o Centro de Saúde, desempenham um papel determinante na integração dos imigrantes africanos na sociedade portuguesa e consequentemente, na realização de comportamentos preventivos de saúde.

Por fim, a nossa última hipótese era de que os efeitos da ameaça de estereótipo deveriam ser menos fortes nos participantes que percepcionassem um maior suporte de integração na sociedade portuguesa. Os resultados confirmaram esta nossa hipótese; revelam que os imigrantes africanos que têm uma elevada identificação com Portugal, na condição de ameaça, não têm atitudes significativamente mais negativas relativas à realização do rastreio de HIV. Este resultado sugere pois que a identificação com o nosso País poderá ter também um papel protector contra os estereótipos negativos existentes na sociedade portuguesa.

Estudos referem que ao mesmo tempo que os imigrantes procuram preservar a sua identidade cultural, também se esforçam por se adaptar à cultura do país de acolhimento (e.g., Nesdale & Mak, 2000; Van & Eisses, 1998). A literatura diz-nos que as sociedades de

acolhimento que forneçam suporte e estímulo aos imigrantes, promovem a integração dos mesmos, enquanto que o oposto promove a hostilidade, rejeição e discriminação (Beiser et al., 1988; Fernando, 1993). Se a sociedade os fizer sentir bem aceites e os integrar enquanto novos membros da mesma, os imigrantes terão uma tendência para se identificarem com esta sociedade que os acolhe (Badea et al., 2011; Nesdale & Mak, 2000).

Além disso, actualmente há uma maior sensibilização na área da saúde preventiva entre as comunidades africanas em Portugal, em virtude das entidades competentes terem procurado nos últimos tempos ir ao encontro destas comunidades, criando meios para que os imigrantes africanos realizem comportamentos preventivos de saúde (Ana Correia, médica portuguesa).

Assim, o facto de não se ter verificado um efeito de ameaça nos imigrantes africanos que tinham uma elevada identificação com Portugal, pode ser explicado por esta tentativa de “reaproximação” junto das comunidades africanas para que haja uma maior adesão a comportamentos preventivos de saúde, aliada ao facto destas se sentirem integradas na sociedade portuguesa; desta forma, os imigrantes africanos poderão não se sentir identificados com os estereótipos negativos atribuídos ao seu grupo.

No entanto, é de referir o padrão inesperado de resultados no caso dos imigrantes africanos pouco identificados com Portugal. Ao contrário do que seria de esperar, estes apresentaram atitudes significativamente mais positivas relativas à realização do rastreio de HIV na condição de ameaça do que na condição de controlo. Talvez isto se explique pelo facto dos imigrantes africanos com uma baixa identificação com Portugal, apresentem por outro lado, uma elevada identificação com o país de origem. Isto porque a literatura refere que a susceptibilidade à ameaça de estereótipo pode ser atenuada se os imigrantes tiverem uma forte identificação com a cultura do país de origem (Owens & Lynch, 2008). Neste sentido, o facto destes imigrantes poderem ter uma forte ligação com o país de origem, poderá ter reduzido o efeito de ameaça de estereótipo.

Uma outra possível explicação prende-se com o facto da condição de ameaça salientar a questão do HIV e chamar a atenção para a realização deste rastreio. Diversos estudos têm se focado no fenómeno conhecido na literatura como a *activação automática das atitudes*, ou seja, a apresentação de um objecto activa automaticamente a partir da memória a avaliação que o indivíduo associa ao objecto (Fazio, 2001). A activação automática das atitudes diz-nos que se for apresentado um conceito associado ao estímulo inicial (congruência entre o conceito apresentado e o estímulo), o estímulo poderá funcionar como pista para que o conceito seja facilmente activado na memória; sugerindo-nos assim que os estímulos exercem a sua influência através dos processos automáticos (Fazio, 2001). Do mesmo modo, o facto

dos participantes que estavam na condição de ameaça terem lido sobre a utilização dos Serviços de Saúde preventivos, poderá ter funcionado como pista quando lhes perguntámos sobre a realização do rastreio de HIV; levando a que este rastreio tenha sido mais facilmente activado pela associação entre os Serviços de Saúde preventivos e o rastreio de HIV.

Como já foi referido anteriormente, não é do nosso conhecimento que exista algum estudo acerca dos efeitos dos estereótipos negativos nos comportamentos preventivos de saúde dos imigrantes africanos. Assim, este estudo contribuiu para o aumento do conhecimento nesta área teórica, ao identificar dois possíveis factores protectores da exposição à ameaça de estereótipo: a utilização dos Centros de Saúde e uma elevada identificação com Portugal.

Ao nível das implicações práticas, os resultados obtidos podem contribuir, por um lado, para que os Centros de Saúde possam ser mais utilizados como local para a realização de campanhas de sensibilização entre as comunidades africanas em Portugal, no âmbito dos comportamentos preventivos de saúde, por outro lado, para a criação de incentivos às entidades públicas e privadas do nosso País, afim de desmistificar e desvalorizar os estereótipos negativos relativos aos imigrantes africanos, no sentido de lhes proporcionar uma mais plena integração e assim estes se identifiquem com o nosso País.

No entanto, apesar das suas mais-valias, este estudo apresenta algumas limitações. Não verificámos um aumento de ansiedade nos participantes que estavam na condição de ameaça em comparação com os que estavam na condição de controlo. Uma possível explicação para este resultado pode estar relacionada com o tipo de escala utilizada. Os itens da escala não remetiam para sentimentos específicos que os participantes poderiam estar a sentir, depois de serem expostos à ameaça. Assim, para futuros estudos, seria importante utilizar uma escala que avalie os sentimentos dos participantes relativamente ao que acabaram de ler (exposição à condição de ameaça de estereótipo versus condição de controlo), à semelhança do que sucedeu em Abrams et al. (2006).

Uma outra limitação deste estudo diz respeito ao facto de não termos controlado se os participantes eram imigrantes de primeira ou segunda geração. Isto porque segundo a literatura, existem diferenças entre a primeira e a segunda geração de imigrantes nas sociedades de acolhimento (Owens & Lynch, 2008). A primeira é menos susceptível à ameaça de estereótipo (Owens & Lynch, 2008) pois tem muito presente as ligações com o país de origem (MacLeod, 1995) e os motivos que a levou a imigrar. Na segunda geração há uma maior externalização (pressão exercida sobre os imigrantes no sentido de não confirmarem os estereótipos negativos que lhes são atribuídos) e uma maior internalização (os próprios imigrantes começam a acreditar que os estereótipos negativos acerca dos mesmos

são verdadeiros) relativamente à geração dos seus pais (Owens & Lynch, 2008). Neste sentido, seria importante incluir num futuro estudo esta variável, de modo a perceber se os efeitos da ameaça de estereótipo ocorrem de forma mais forte nos imigrantes africanos de segunda geração.

Como sugestões para futuras investigações, seria interessante compreender melhor o efeito que a integração no Sistema de Saúde português e, em particular, o Centro de Saúde, teve como factor protector contra os estereótipos negativos dos imigrantes africanos. Para isso, seria importante realizar *grupos focalizados* com imigrantes africanos, residentes em Portugal, com o objectivo de perceber de que forma estes percebem o Centro de Saúde e o Hospital e quais as principais diferenças entre ambos os Serviços. Deste modo, procurar-se-ia estudar os factores inerentes à utilização do Centro de Saúde e do Hospital e, no seguimento do nosso estudo, verificar se de facto a integração dos imigrantes africanos está relacionada com a frequência do Centro de Saúde.

Seria também interessante estudar o efeito dos estereótipos negativos dos imigrantes africanos nos seus comportamentos altruístas de saúde (e.g., na doação de sangue); compreender de que forma a exposição à ameaça de estereótipo os fará inibir de agir em prol dos cidadãos do país de acolhimento. A literatura refere que os imigrantes quando se sentem integrados na sociedade de acolhimento têm motivação para se comprometerem em actividades sociais, como é o caso da doação de sangue (Polonsky, Renzaho, & Brijnath, 2010). Neste sentido, o facto dos imigrantes africanos serem expostos à ameaça de estereótipo poderá diminuir as suas intenções para realizarem doações de sangue, visto serem os cidadãos do país de acolhimento os que mais poderiam beneficiar das mesmas.

Noutro estudo, poder-se-ia também tentar perceber o papel protector que as relações interpessoais entre as diferentes comunidades africanas poderão ter contra a discriminação de que são alvo; embora seja do conhecimento geral que existem certas comunidades africanas que têm relacionamentos conflituosos (e.g., Abdul-Rauf, 2006) quando alvo de discriminação, o factor “união” poderá ser utilizado como estratégia de *coping* para lidar com a situação. A literatura diz-nos que um dos factores protectores contra a discriminação de que são alvo os imigrantes é a identidade étnica (Lee, 2005). Assim, o facto das comunidades imigrantes africanas terem como elo em comum a sua identidade étnica, isso poderá contribuir para o desenvolvimento de uma inter-ajuda entre estas, de forma a conseguirem lidar com a discriminação de que são alvo.

5. Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram-nos concluir que os estereótipos negativos influenciam indirectamente os comportamentos preventivos de saúde dos imigrantes africanos. Isto porque ao contrário do que esperávamos, os estereótipos negativos não tiveram um efeito significativo nas atitudes e intenções dos imigrantes africanos relativas à realização do rastreio de Tuberculose e HIV. Ao invés, a utilização do Centro de Saúde e a identificação com Portugal surgiram como possíveis factores protectores quando estes eram expostos à ameaça de estereótipo. Neste sentido, este estudo veio realçar a importância da integração e da percepção desta mesma integração dos imigrantes africanos no nosso País, para a realização de boas práticas de saúde.

Para que haja um maior aproveitamento das aptidões dos imigrantes africanos, que activamente contribuem para o crescimento económico e social da sociedade portuguesa, é necessário que estes apresentem um bem-estar ao nível físico e mental. Conta-se a história de um próspero agricultor americano, que partilhava as suas melhores sementes com os vizinhos. Insensatez, diriam alguns, um desperdício diriam outros. Não, ele era sábio. Assim, os seus vizinhos contribuiriam pelo efeito da polinização entre as searas, para que a sua seara também fosse saudável. Ou seja, ao contribuímos para o bem-estar dos imigrantes africanos em Portugal, contribuimos para o nosso próprio bem-estar.

Referências

- Abdul-Rauf, B. (2006). U.S. police/african-american community relations and racial profiling: Doing anthropology at home. *ERCES Online Quarterly Review*, 3 (1). 1-2.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). Health belief model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: research and Practice with Social Cognition Models* (2nd Ed.), Buckingham, UK: Open University Press.
- Abrams, D., Eller, A., & Bryant, J. (2006). An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychology and Aging*, 21 (4), 691–702.
- Achotegui, L. J. (2005). Estrés Límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, 5 (21), 39-53.
- Agudelo-Suárez, A., Gil-González, D., Ronda-Pérez, E., Porthé, V., Paramio-Pérez, G., Ruiz-Fruto, C., ... Garí, A. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science & Medicine*, 68, 1866-1874.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and human decision processes*, 50, 179–211.
- Ajzen, I. (2002). *Constructing a TpB questionnaire: Conceptual and methodological considerations*. Retirado de <http://www.socgeo.ruhosting.nl/html/files/spatbeh/tpb.measurement.pdf>.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Akinsete, O. O., Sides, T., Hirigoyen, D., Cartwright, C., Boraas, C., Davey, C., ... Henry, K. (2007). Demographic, clinical, and virologic characteristics of African-born persons with HIV/AIDS in a Minnesota hospital. *AIDS Patient Care and STDs*, 21 (5), 356–365.
- Alegria, M., Canino, G., Rios, R., Vera, M., Calderón, J., Rusch, D., & Ortega, A. N. (2002). Inequalities in use of specialty mental health services among latinos, african americans, and non-latino whites. *Psychiatric Services*, 53, 1547–1555.
- Alegria, M., Perez, D. J., & Williams, S. (2003). The role of public policies in reducing mental health status disparities for people of color. *Health Affairs*, 22, 51–64.
- Allen, J. D., Kennedy, M., Wilson-Glover, A., & Gilligan, T. D. (2007). African american men's perceptions about prostate cancer: Implications for designing educational interventions. *Social Science & Medicine*, 64, 2189–2200.
- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural. (2003). *Imigrantes são grupo de risco na saúde*. Retirado de <http://www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/4cdbf81fad290/imigrantes-sao-grupo-de-risco-na-saude>.
- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural. (2011). Retirado de <http://www.acidi.gov.pt/>.
- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural. (2011). *Relatório de Desenvolvimento Humano 2009. Ultrapassar Barreiras: Mobilidade e desenvolvimento humanos*. Retirado de http://www.acidi.gov.pt/_cfn/4d42e5f09a032/live/Relat%C3%B3rio+de+Desenvolvimento+Humano+2009+Ultrapassar+barreiras%3A+Mobilidade+e+desenvolvimento+humanos.
- Alto Comissariado para a Imigração e as Minorias Étnicas. (2007). *Imigração em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Amâncio, L. (1994). *Masculino e feminino: A construção social da diferença*. Porto: Afrontamento.

- Aycan, Z., & Berry, J. W. (1996). Impact of employment-related experiences on immigrants' psychological well-being and adaptation to Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science, 28* (3), 240-251.
- 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*, 586–595.
- Bagozzi, R. (1981). Attitudes, intentions, and behavior: A test of some key hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology, 41* (4), 607-627.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bargh, J. A., Chen, M., & Burrows, L. (1996). Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype priming on action. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 230–244.
- Bazargan, M., Norris, K., Bazargan-Hejazi, S., Akhanjee, L., Calderon, J. L., Safvati, S. D., & Baker, R. S. (2005). Alternative healthcare use in the under-served population. *Ethnicity & Disease, 15* (4), 531–539.
- Becker, G., & Newsom, E. (2003). Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill african americans. *American Journal of Public Health, 93* (5), 742–748.
- Becker, G., Gates, R. J., & Newsom, E. (2004). Self-care among chronically ill african americans: Culture, health disparities, and health insurance status. *American Journal of Public Health, 94* (12), 2066–2073.
- Beiser, M., Barwick, C., Berry, J. W., da Costa, G., Fantino, A., Ganesan, S., ... Vela, E. (1988). *Mental health issues affecting immigrants and refugees*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine, 1*, 409-21.
- Bemak, F., Chung, R. C-Y., & Pedersen, P. B. (2003). *Counseling refugees: A psychosocial approach to innovative multicultural interventions*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Bemak, F., Chung, R. C-Y. (2008a). Counseling and psychotherapy refugees. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (6 ed., pp. 307-324). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 243-258.
- Bird, S. T., Bogart, L. M., & Delahanty, D. L. (2004). Health-related correlates of perceived discrimination in HIV care. *AIDS Patient care and STDs, 18* (1), 19-26.
- Birou, A. (1982). *Dicionário das Ciências Sociais*. Lisboa: Dom Quixote.
- Blanchard, J., & Lurie, N. (2004). R-E-S-P-E-C-T: Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *Journal of Family Practice, 53* (9), 721–730.
- Blascovich, J., Spencer, S. J., Quinn, D., & Steele, C. (2001). African americans and high blood pressure: The role of stereotype threat. *Psychological Science, 12*, 225-229.
- Bogart, L. M., Bird, S. T., Walt, L. C., Delahanty, D. L., Figler, J. L. (2004). Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behavior, and adherence to treatment. *Social Science & Medicine, 58*, 1049–1058.
- Boulware, L. E., Ratner, L. E., Cooper, L. A., Sosa, J. A., LaVeist, T. A., & Powe, N. R. (2002). Understanding disparities in donor behavior: Race and gender differences in willingness to donate blood and cadaveric organs. *Medical Care, 40*, 85–95.
- Boulware, L. E., Cooper, L. A., Ratner, L. E., LaVeist, T. A., & Powe, N. R. (2003). Race and trust in the health care system. *Public Health Reports, 118*, 358–365.

- Brown, W., Consedine, N., & Magai, C. (2006). Time spent in the United States and breast cancer screening behaviors among ethnically diverse immigrant women: Evidence for acculturation? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8 (4), 347-358.
- Brown, R. P., & Day, E. A. (2006). The difference isn't black and white: Stereotype threat and the race gap on Raven's Advanced Progressive Matrices. *Journal of Applied Psychology*, 91, 979-985.
- Bryant, L. D., Green, J. M., & Hewison, J. (2010). The role of attitudes towards the targets of behaviour in predicting and informing prenatal testing choices. *Psychology and Health*, 25 (10), 1175-1194.
- Burns, F. M. (2009). *An investigation into newly diagnosed HIV infection among Africans*. London: University College London.
- Burns, F. M., Imrie, J. Y., Nazroo, J., Johnson, A. M., & Fenton, K. A. (2007). Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by african migrants in Britain. *AIDS Care*, 19 (1), 102-108.
- Cabecinhas, R. (1998). "Nós somos diferentes, mas eles são todos iguais": Um estudo sobre estereótipos e percepção da variabilidade grupal entre jovens angolanos e portugueses. Actas do V Colóquio de Sociologia das Organizações Portugal; Assimetrias no (sub) Desenvolvimento, Universidade do Minho, 28-29 de Maio de 1998.
- Cabecinhas, R. (2004). *Processos cognitivos, cultura e estereótipos sociais*. Actas do II Congresso Ibérico de Ciências da Comunicação, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 21-24 de Abril.
- Cabecinhas, R., & Amâncio, L. (2004). *Dominação e exclusão: Representações sociais sobre minorias raciais e étnicas*. Actas do V Congresso Português de Sociologia: *Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*, Universidade do Minho, Braga, 12-15 de Maio de 2004.
- Calado, B., Silva, L., & Guerreiro, D. (1997). Barreiras e incentivos à vigilância pré natal, identificação das barreiras: Resultados parcelares. *Saúde em Números*, 12 (4), 29-31.
- Carballo, M., Divino, J., & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12), 936-944.
- Carballo, M., & Nerukar, A. (2001). Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), 556-560.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 13.
- 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). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Chan, D., Wu, A., & Hung, E. (2010). Invulnerability and the intention to drink and drive: An application of the theory of planned behaviour. *Accident Analysis and Prevention*, 42, 1549-1555.
- Chavis, D.M., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18, 55-81.
- Chen, A., Kazanjian, A., & Wong, H. (2008). Determinants of mental health consultations among recent chinese immigrants in British Columbia, Canada: Implications for mental health risk and access to services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10 (6), 529-540.

- Chinouya, M. (2006). Telling children about HIV in transnational african families: Tensions about rights. *Diversity in Health & Social Care*, 3 (1), 7-17.
- Chinouya, M., & O'Keefe, E. (2005). God will look after us: Africans, HIV and religion in Milton Keynes. *Diversity in Health & Social Care*, 2 (3), 177-186.
- Chinouya, M., & O'Keefe, E. (2006). Zimbabwean cultural traditions in England: *Ubuntu-Hunhu* as a human rights tool. *Diversity in Health & Social Care*, 2 (1), 89-98.
- Choi, J., & Thomas, M. (2009). Predictive factors of acculturation attitudes and social support among asian immigrants in the USA. *International Journal of Social Welfare*, 18, 76-84.
- Chung, R. C-Y., & Bemak, F. (2007b). Immigrants and refugee populations. In M. G. Constantine (Ed.), *Clinical practice with people of color: A guide to becoming culturally competent* (pp. 125-142). New York: Columbia University, Teachers College Press.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Collins, J. W., David, R. J., Symons, R., Handler, A., Wall, S. N., & Dwyer, L. (2000). Low-income african-american mothers' perception of exposure to racial discrimination and infant birth weight. *Epidemiology*, 11 (3), 337-339.
- Corbie-Smith, G., Thomas, S. B., & George, D. M. (2002). Distrust, race, and research. *Archives of Internal Medicine*, 162, 2458-2463.
- Correa-Velez, I., Gifford, S. M., & Barnett, A. G. (2010). Longing to belong: Social inclusion and wellbeing among youth with refugee backgrounds in the first three years in Melbourne, Australia. *Social Science & Medicine*, 71 (8), 1399-1408.
- Courneya, K. S., & McAuley, E. (1993). Predicting physical activity from intention: Conceptual and methodological issues. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15, 50-62.
- Cowie, C. C., & Harris, M. I. (1997). Ambulatory medical care for non-hispanic whites, african-americans, and mexican americans with NIDDM in the U.S. *Diabetes Care*, 20, 142-147.
- Cross, T. P., Jones, L. M., Walsh, W. A., Simone, M., & Kolko, D. (2007). Child forensic interviewing in children's advocacy centers: Empirical data on a practice model? *Child Abuse and Neglect*, 31 (10), 1031-1052.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS Map: Behaviors From Intergroup Affect and Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (4), 631-648.
- Cutrona, C. E. (1989). Ratings of social support by adolescents and adults informants: Degree of correspondence and prediction of depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (4), 723-730.
- Dalgard, O. S., & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 24 (3), 1-10.
- Davidson, W., & Cotter, P. (1991). The relationship between sense of community and subjective well-being: A first look. *Journal of Community Psychology*, 19, 246-253.
- Davis, M. H., Morris, M. M., & Kraus, L. A. (1998). Relationships specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481.
- Deschamps, J-C. (1982). Social identity and relations of power between groups. In H. Tajfel (Ed.) *Social Identity and Intergroup Relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). "Migração e saúde". In S. Dias. (org.), *Revista Migrações – Número temático Imigração e Saúde* (Vol. 1, pp. 15-26). Lisboa: ACIDI.
- Dievier, A., & Giovannini, T. (1998). Community Health Centers: Promise and performance. *Medical Care Research and Review*, 55 (4), 405-31.

- Doescher, M. P., Saver, B. G., Franks, P., & Fiscella, K. (2000). Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Archives of Family Medicine*, 9, 1156–1163.
- Doty, M. (2003). Hispanic patients' double burden: Lack of health insurance and limited English. *Commonwealth Fund*, 592, 1–38.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Eckes, T. (2002). Paternalistic and envious gender stereotypes: Testing predictions from the stereotype content model. *Sex Roles*, 47, 99–114.
- Elam, G., Caswell, G., Reynolds, R., Alfred, S., Nwokolo, N., & Nelson, M. (2009). *Head approaches to voluntary counselling and testing: Exploring policy and practice in the UK, US, Ghana, Malawi, South Africa and Ethiopia*. London: African HIV Policy Network.
- Escobar, J. L., Hoyos, N. C., & Gara, M. A. (2000). Immigration and mental health: Mexican americans in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 64–72.
- Espinosa, L., et al. (1989). A saúde na criança migrante: Estudo multicêntrico de crianças ciganas e africanas. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 20 (1), 29-31.
- Essed, P., & Fernando, S. (1991). *Understanding everyday racism: An interdisciplinary theory*. Newbury Park, CA: Sage.
- Farrel, S., Aubry, T., & Coulombe, D. (2004). Neighborhoods and neighbors: Do they contribute to personal well-being? *Journal of Community Psychology*, 32, 9–25.
- Fazio, R. H. (2001). On the automatic activation of associated evaluations: An overview. *Cognition and Emotion*, 15 (2), 115-141.
- Fennelly, K. (2007). *The healthy migrant effect*. Retirado de http://www.hhh.umn.edu/people/kfennelly/pdf/migrant_phenomenon.pdf.
- Fenton, K. (2001). Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 14 (1), 63-69.
- Ferguson, J. A., Adams, T. A., & Weinberger, M. (1998). Racial differences in cardiac catheterization use and appropriateness. *American Journal of the Medical Sciences*, 315 (5), 302–306.
- Fernandes, A. T. (1995). *Etnicização e racização no processo de exclusão social*. Retirado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1381.pdf>.
- Fernando, S. (1984). Racism as a cause of depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 30 (1/2), 41-49.
- Fernando, S. (1993). Racism and xenophobia. *Innovation in Social Sciences Research* (Special Issue on Migration and Health), 6, 9-19.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Retirado de <http://home.comcast.net/~icek.aizen/book/preface.pdf>.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455–474.
- Fonseca, M. L., Esteves, A., MacGarrigle, J., & Silva, S. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: Uma perspectiva geográfica e política. In C. Oliveira., & S. Dias. (Coord.). *Revista Migrações: Imigração e Saúde*. Revista do Observatório da Imigração (Vol. 1, pp. 29-52). Lisboa: ACIDI I.P.
- Forrest, C. B., & Whelan, E. M. (2000). Primary care safety-net delivery sites in the United States: A comparison of community Health Centers, Hospital outpatient departments, and physicians' offices. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 2077-83.
- Fox, P., Burns, K., Popovich, J., & Ilg, M. (2001). Depression among immigrant mexican women and southeast asian refugee women in the U.S. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 7 (1), 778-792.
- Freire, V., & Pereira, M. (2009). Crenças estereotipadas acerca de atletas que sofreram lesões. *Ciências e Cognição*, 14 (2), 225-234.

- Fu, S. S., Sherman, S. E., Yano, E. M., Ryn, M. V., Lanto, A. B., & Joseph, A. M. (2005). Ethnic disparities in the use of nicotine replacement therapy for smoking cessation in an equal access health care system. *American Journal of Health Promotion*, 20 (2), 108–116.
- Gadalla, T. M. (2008). Comparison of users and non-users of mental health services among depressed women: A national study. *Women & Health*, 47 (1), 1-19.
- Galea, M., Bray, S. (2006). Predicting walking intentions and exercise in individuals with intermittent claudication: An application of the Theory of Planned Behavior. *Rehabilitation Psychology*, 51 (4), 299-305.
- Gama, A. F. M. (2007). *Prevenção e controlo da infecção VIH/SIDA em populações migrantes: Desafios à Psicologia Comunitária* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Garcia, M. J. (2011). *A percepção dos jovens africanos e luso-africanos, residentes no Bairro Quinta da Fonte, sobre as acções de IEC (Information, Education, Communication), aplicadas na prevenção das infecções sexualmente transmitidas* (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Gardete, M. J., & Antunes, M. L. (1997). Tuberculose em imigrantes. *Saúde em Números*, 8 (4), 30-32.
- Gaston-Johansson, F., Hill-Briggs, F., Oguntomilade, L., Bradley, V., & Mason, P. (2007). Patient perspectives on disparities in healthcare from african-american, asian, hispanic, and native american samples including a secondary analysis of the Institute of Medicine focus group data. *Journal of the National Black Nurses Association*, 18 (2), 43–52.
- Geertsen, R. (1997). Social attachments, group structures, and health behaviour. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behaviour research: Personal and social determinants* (vol. 1, pp. 267-288). New York: Plenum.
- Gee, G. C., & Payne-Sturges, D. C. (2004). Environmental health disparities: A framework integrating psychosocial and environmental concepts. *Environmental Health Perspectives*, 112, 1645–1653.
- Gee, G. C., Ryan, A., Laflamme, D. J., & Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among african descendants, mexican americans, and other latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: The added dimension of immigration. *American Journal of Public Health*, 96 (10), 1821-1828.
- Geronimus, A. T. (2000). To mitigate, resist, or undo: Addressing structural influences on the health of urban populations. *American Journal of Public Health*, 90, 867–872.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Glasgow, R. E., Whitlock, E. P., Valanis, B. G., & Vogt, T. M. (2000). Barriers to mammography and Pap smear screening among women who recently had neither, one or both types of screening. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 223–228.
- Góis, P., & Marques, J. C. (2007). Estudo prospectivo sobre imigrantes qualificados em Portugal. *Revista Migrações: Imigração e Saúde*, (Vol. 1, pp. 1-172). Lisboa: ACIDI I.P.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 4, pp. 141–185). Chichester, UK: Wiley.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, M., & Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: Problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), 55-64.
- Graça, C. (2008). *Sós ou amparados? A percepção de suporte social numa amostra de imigrantes em Portugal* (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Gracia, E., & Herrero, J. (2004). Determinants of social integration in the community: An exploratory analysis of personal, interpersonal, and situational variables. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 14*, 1–15.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La Comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los âmbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38* (2), 327-342.
- Grady, M., & Edgar, T. (2003). Racial disparities in healthcare: Highlights from focus group findings. In B. D. Smedley, A. Y. Stith, & A. R. Nelson (Eds.), *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare* (pp. 392-405). Washington: The National Academies Press.
- Guibentif, P. (2005). *Integration of Immigrants and Ethnic Minorities*. Retirado de <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/archive/key-themes/integration-of-ethnic-minorities-and-immigrants/integration-of-ethnic-minorities-and-immigrants-as-a-key-issue-in-the-peer-review-programme/>.
- Hatzfeld, J. J., Cody-Connor, C., Whitaker, V. B., & Gaston-Johansson, F. (2008). African-american perceptions of health disparities: A qualitative analysis. *Journal of the National Black Nurses Association, 19* (1), 34–41.
- Hausmann, L. R., Jeong, K., Bost, J. E., & Ibrahim, S.A. (2008). Perceived discrimination in health care and use of preventive health services. *Journal of General Internal Medicine, 23* (10), 1679-1684.
- Herrero, J., & Gracia, E. (2007). Measuring perceived community support: Factorial structure, longitudinal invariance, and predictive validity of the PCSQ (Perceived community support questionnaire). *Journal of Community Psychology, 35* (2), 197-217.
- Horton, S., Baker, J., & Deakin, J. (2007). Stereotypes of aging: Their effects on the health of seniors in north american society. *Educational Gerontology, 33*, 1021-1035.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*, 540-545.
- Houtven, C. H. V., Voils, C. I., Oddone, E. Z., Weinfurt, K. P., Friedman, J. Y., Schulman, K. A., & Bosworth, H. B. (2005). Perceived discrimination and reported delay of pharmacy prescriptions and medical tests. *Journal of General Internal Medicine, 20* (7), 578-583.
- Hovey, J. D. (1999). Psychosocial predictors of acculturative stress in Central american immigrants. *Journal of Immigrant Health, 1* (4), 187–194.
- Hovey, J. D., & Magana, C. (2000). Acculturative stress, anxiety, and depression among mexican immigrant farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health, 2*, 119–131.
- Institute of Medicine. (2002). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Instituto Nacional de Estatística. Retirado de <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>.
- International Organization for Migration (2003). *World Migration: Managing Migration – Challenges and responses for people on the move*. Retirado de <http://www.iom.int/jahia/Jahia/cache/offonce/pid/1674?entryId=4992>.
- International Organization for Migration (2004). *Migration Health Report*. Retirado de <http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=4494>.
- Jacobs, D. H., Tovar, J. M., Hung, O. L., Kim, M., Ye, P., Chiang, W. K., & Goldfrank, L. R. (2002). Behavioral risk factor and preventive health care practice survey of immigrants in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine, 9* (6), 599-608.
- James, S. A., Strogatz, D. S., Wing, S. B., & Ramsey, D. L. (1987). Socioeconomic status, John Henryism, and hypertension in blacks and whites. *American Journal of Epidemiology, 126* (4), 664-673.

- Jansà, J. M. (2004). “Salud e inmigración: Nuevas realidades y nuevos retos”. *Gaceta Sanitaria*, 18 (11), 207-13.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education & Behavior*, 11, 1– 47.
- Jary, J., & Jary, D. (1995). *Collins dictionary of Sociology* (2rd ed.). Glasgow, UK: HarperCollins.
- Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K., Jaakkola, M., & Reuter, A. (2006). Perceived discrimination, social support networks, and psychological well-being among three immigrant groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37 (3), 1–19.
- Jasinskaja-Lahti, I., & Liebkind, K. (2007). A structural model of acculturation and well-being among immigrants from the Former USSR in Finland. *European Psychologist*, 12 (2), 80-92.
- Jasinskaja-Lahti, I., & Liebkind, K., & Perhoniemi, R. (2007). Perceived ethnic discrimination at work and well-being of immigrants in Finland: The moderating role of employment status and work-specific group-level control beliefs. *International Journal of Intercultural Relations*, 31, 223-242.
- Jones, C. P. (2000). Levels of racism: A theoretic framework and a gardener’s tale. *American Journal Public Health*, 90, 1212–1215.
- Kandula, N., Wen, M., Jacobs, E., & Lauderdale, D. (2006). Low rates of colorectal, cervical, and breast cancer screening in asian americans compared with non-hispanic whites. *Cancer*, 107 (1), 184-192.
- Kao, D. (2009). Generational cohorts, age at arrival, and access to health services among asian and latino immigrant adults. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20 (2), 395-414.
- Kempainen, R., Nelson, K., Williams, D. N., & Hedemark, L. (2001). Mycobacterium tuberculosis disease in Somali immigrants in Minnesota. *Chest Journal*, 119 (1), 176–180.
- Kessler, R. C., Mickelson, K. D., Williams, D. R. (1999). The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 40 (3), 208-230.
- Kit, K., Tuokko, H., & Mateer, C. (2008). A review of the stereotype threat literature and its application in a neurological population. *Neuropsychology Review*, 18, 132-148.
- Krieger, N. (1990). Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? *Social Science Medicine*, 30, 1273–1281.
- Krieger, N. (2000). Discrimination and health. In L. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 36-75). Oxford: Oxford University Press.
- Krieger, N., & Sidney, S. (1996). Racial discrimination and blood pressure: The CARDIA study of young black and white adults. *American Journal of Public Health*, 86 (10), 1370-1378.
- Lages, M., Policarpo, V., Marques, J., Matos, P., & António, J. (2006). Os imigrantes e a população portuguesa: Imagens recíprocas. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 4, pp. 141–185). Chichester, UK: Wiley.
- Landrine, H., Klonoff, E. A., Gibbs, J., Manning, V., & Lund, M. (1995). Physical and psychiatric correlates of gender discrimination: An application of the Schedule of Sexist Events. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 473–492.
- Landrine, H., & Klonoff, E. A. (2000). Racial discrimination and cigarette smoking among Blacks: Findings from two studies. *Ethnicity & Disease*, 10 (2), 195-202.
- Latif, E. (2010). Recent immigrants and the use of cervical cancer screening test in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12 (1), 1-17.

- LaVeist, T. A., Nickerson, K. J., & Bowie, J. V. (2000). Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among african american and white cardiac patients. *Medical Care Research Review*, 57(1), 146–161.
- Lee, R. M. (2005). Resilience against discrimination: Ethnic identity and other-group orientation as protective factors for korean americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (1), 36-44.
- Lee, T., & Fiske, S. (2006). Not an outgroup, not yet an ingroup: Immigrants in the Stereotype Content Model. *International Journal of Intercultural Relations*, 30, 751-768.
- Lello, E., & Lello, J. (1988). *Lello universal* (vol. 1). Porto: Lello & Irmãos Editores.
- Levy, B., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57, 1-9.
- Levy, B.R., Slade, M.D., & Gill, T. (2006). Hearing decline predicted by elders' age stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61, 82-87.
- Leyens, J-P., & Désert, M. (2003). Racismo, essencialismo e ameaça de estereótipo. In L. Lima., P. Castro., & M. Garrido (Eds), *Temas e debates em Psicologia Social. Identidade, conflito e processos sociais: A Psicologia Social na prática* (pp. 127-148). Lisboa: Livros Horizonte.
- Lillie-Blanton, M., Brodie, M., Rowland, D., Altman, D., & McIntosh, M. (2000). Race, ethnicity, and the Health Care System: Public perceptions and experiences. *Medical Care Research and Review*, 47 (1), 218-235.
- Lima, L. P. (2006). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala., & M. B. Monteiro (7ª Ed.), *Psicologia Social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lin, N., Ye, X., & Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: A structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 344–359.
- Lippmann, W. (1922/1961). *Public opinion*. Nova Iorque: Free Press.
- Lofters, A., Glazier, R., Agha, M., Creatore, M., & Moineddin, R. (2007). Inadequacy of cervical cancer screening among urban recent immigrants: A population-based study of physician and laboratory claims in Toronto, Canada. *Preventive Medicine*, 44 (6), 536-542.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71, 573–575.
- Machado, F. L. (1994). Imigração, etnicidade e minorias étnicas em Portugal. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 16, 187-192.
- MacLeod, J. (1995). *Ain't no makin' it: Aspirations and attainment in a low-income neighborhood* (2nd Ed.). New York: Westview Press.
- Maggi, J., & Cattacin, S. (2003). *Needed basic research in "migration and health" 2002-2006 in Switzerland*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Manfellotto, D. (2002). *Case study 5: From misinformation and ignorance to recognition and care: Immigrants and homeless in Rome, Italy in Health Systems Confront Poverty*. Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- Martinovic, B., Tubergen, F., & Maas, I. (2009). Changes in immigrants' social integration during the stay in the host country: The case of non-western immigrants in the Netherlands. *Social Science Research*, 38, 870-882.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- Maxwell, A., Danao, L., Crespi, C., Antonio, C., Garcia, G., & Bastani, R. (2008). Disparities in the receipt of fecal occult blood test versus endoscopy among filipino american immigrants. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 17 (8), 1963-1967.
- McCarthy, M., Pretty, G. H., & Catano, V. (1990). Psychological sense of community and student burnout. *Journal of College Student Development*, 31, 211–216.

- McKay, L., Macintyre, S., & Ellaway, A. (2003). *Migration and health: A review of the international literature*. Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit.
- Mehler, P. S., Scott, J. Y., Pines, I., Gifford, N., Biggerstaff, S., & Hiatt, W. R. (2001). Russian immigrant cardiovascular risk assessment. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 12* (2), 224-235.
- Milne, S., Orbell, S., & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection Motivation Theory and Implementation Intentions. *British Journal of Health Psychology, 7*, 163-184.
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model. In K. Glanz., B. Rimer., & K. Viswanath. *Health behaviour and health education: Theory, research, and practice* (pp. 67-77). San Francisco: Wiley Imprint.
- Monteiro, M. B. (2002). A construção da exclusão social nas relações interétnicas: Orientações teóricas e de investigação na perspectiva do desenvolvimento. *Psicologia, 16* (2), 271-292.
- Morris, K. D. V., Parra, G. R., & Stender, S. R. S. (2011). Eating attitudes and behaviors among female college students. *Journal of College Counseling, 14*, 21-33.
- Murphy, H. B. M. (1977). Migration, culture and mental health. *Psychological Medicine, 7* (6), 77-684.
- Nandi, A., Galea, S., Lopez, G., Nandi, V., Strongarone, S., & Ompad, D. (2008). Access to and use of health services among undocumented mexican immigrants in a US urban area. *American Journal of Public Health, 98* (11), 2011-2020.
- Nesdale, D., & Mak, A. S. (2000). Immigrant acculturation attitudes and host country identification. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 10*, 483-495.
- Newbold, K., & Patel, A. (2006). Use of dental services by immigrant Canadians. *Journal of the Canadian Dental Association, 72* (2), 143.
- Nguyen, H. H. D., O'Neal, A., & Ryan, A. M. (2003). Relating test-taking attitudes and skills and stereotype threat effects to the racial gap in cognitive ability test performance. *Human Performance, 16*, 261-294.
- Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: A systematic review. *International Journal of Public Health, 55* (5), 357-371.
- Nnoaham, K. E., Pool, R., Bothamley, G., & Grant, A. D. (2006). Perceptions and experiences of tuberculosis among african patients attending a tuberculosis clinic in London. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease, 10*(9), 1013-1017.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores PC: Lisboa.
- Osborne, J. W. (2001). Testing stereotype threat: Does anxiety explain race and sex differences in achievement? *Contemporary Educational Psychology, 26*, 291-310.
- Owens, J., & Lynch, S. (2008). Black and hispanic immigrants' resilience to stereotype threat at selective colleges and universities in the united states. *Immigrant Stereotype Threat, 1*-50.
- Peterson, C., Warren, K. L., & Short, M. M. (2011). Infantile amnesia across the years: A 2-year follow-up of children's earliest memories. *Child Development, 82*, 1092-1105.
- Petersson, B. (2006). *Stories about strangers: Swedish media constructions of socio cultural risk*. Lanham: University Press of America.
- Petersson, B. (2009). Hot conflict and everyday banality: Enemy images, scapegoats and stereotypes. *Society for International Development, 52* (4), 460-465.

- Piette, J. D., Bibbins-Domingo, K., & Schillinger, D. (2006). Health care discrimination, processes of care, and diabetes patients' health status. *Patient Education and Counseling*, 60 (1), 41–48.
- Politzer, R. M., Yoon, J., Shi, L., Hughes, R. G., Regan, J., & Gaston, M. H. (2001). Inequality in America: The contribution of Health Centers in reducing and eliminating disparities in access to care. *Medical Care Research Review*, 58 (2), 234-248.
- Polonsky, M. J., Renzaho, A. M. N., & Brijnath, B. (2010). Integrating socio-cultural paradigms in nonprofit marketing—the case of blood donation among african communities in Australia. *International Review on Public and Non-Profit Marketing*, 7, 101-112.
- Pretty, G. H., McCarthy, M., & Catano, V. (1992). Psychological environments and burnout: Gender considerations in the corporation. *Journal of Organizational Behaviour*, 13, 701–711.
- Prezza, M., & Costantini, S. (1998). Sense of community and life satisfaction: Investigation in three different territorial contexts. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8, 181–194.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–405.
- Prost, A., Sseruma, W. S., Fakoya, I., Arthur, G., Taegtmeier, Njeri, A., ... Imrie, J. (2007). HIV voluntary counselling and testing for african communities in London: Learning from experiences in Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 83 (7), 547-551.
- Prost, A., Griffiths, C. J., Anderson, J., Wight, D., & Hart, G. J. (2009). Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): A pilot study. *Sexually Transmitted Infections*, 85 (5), 326-329.
- Pumariega, A. J., Rothe, E., & e Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41 (5), 581-597.
- Pussetti, C. (2009). Biopolíticas da depressão nos imigrantes africanos. *Saúde e Sociedade*, 18 (4), 590-608.
- Pussetti, C. (2010). Identidades em crise: Imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 19 (1), 94-113.
- Pylypchuk, Y., & Hudson, J. (2009). Immigrants and the use of preventive care in the United States. *Health Economics*, 18 (7), 783-806.
- Quan, H., Fong, A., De Coster, C., Wang, J., Musto, R., Noseworthy, T. W., & Ghali, W. A. (2006). Variation in health services utilization among ethnic populations. *Canadian Medical Association Journal*, 174 (6), 787-791.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rediteia. (2002). Imigração em Portugal. *Rede Europeia Anti-Pobreza Portugal*, 27, 9.
- Ren, X. S., Amick, B. C., & Williams, D. R. (1999). Racial/ethnic disparities in health: The interplay between discrimination and socioeconomic status. *Ethnicity & Disease*, 9 (2), 151–165.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Rivera-Sinclair, E. A. (1997). Acculturation/biculturalism and its relationship to adjustment in cuban-americans. *International Journal of Intercultural Relations*, 21 (3), 379–391.
- Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93–114.
- Rosa, C. (2007). *Saúde mental em contexto migratório: Um estudo na região de Lisboa* (Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais). Universidade Aberta, Lisboa.
- Rosenberg, L., Palmer, J. R., Wise, L. A., Horton, N. J., & Corwin, M. J. (2002). Perceptions of racial discrimination and the risk of preterm birth. *Epidemiology*, 13 (6), 646–652.

- Rubia, M., Marcos, I., & Muenning, P. A. (2002). Increased risk of heart disease and stroke among foreignborn females residing in the United States. *American Journal of Preventative Medicine*, 22 (1), 30-35.
- Santos, N. L., & Faria, L. (2006). Imigrantes negros dos PALOP africanos em Portugal: Auto-percepções e percepções de características sócio-profissionais. *Revista Paidéia*, 16, 181-192.
- Sarason, S. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 9-25). New York: Wiley.
- Scheppers, E., Dongen, E. V., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of Health Services among ethnic minorities: A review. *Family Practice*, 23 (3), 325-348.
- Schmader, T., Johns, M., & Forbes, C. (2008). An integrated process model of stereotype threat effects on performance. *Psychological Review*, 115 (2), 336-356.
- Schnittker, J. (2004). Social distance in the clinical encounter: Interactional and sociodemographic foundations for mistrust in physicians. *Social Psychology Quarterly*, 67, 217-235.
- Scholz, U., Keller, R., & Perren, S. (2009). Predicting behavioral intentions and physical exercise: A test of the health action process approach at the intrapersonal level. *Health Psychology*, 28 (6), 702-705.
- Seacat, J.D., & Mickelson, K.D. (2009). Stereotype threat and the exercise/dietary health intentions of overweight women. *Journal of Health Psychology*, 14, 556-567.
- Seeman, T. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6 (5), 442-451.
- Shen, B. -J., & Takeuchi, D. T. (2001). A structural model of acculturation and mental health status among chinese americans. *American Journal of Community Psychology*, 29, 387-418.
- Skull, S. A., Ngeow, J. Y. Y., & Hogg, G., & Biggs, B-A. (2008). Incomplete immunity and missed vaccination opportunities in east african immigrants settling in Australia. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10, 263-268.
- Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Smith, J. L. (2004). Understanding the process of stereotype threat: A review of mediational variables and new performance goal directions. *Educational Psychology Review*, 16, 177-206.
- Smith, C. E., Fernengel, K., Holcroft, C., & Gerald, K. (1994). Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes. *Annals of Behavioural Medicine*, 16, 352-362.
- Snyder, V. N. S. (1987). Factors associated with acculturative stress and depressive symptomatology among married mexican immigrant women. *Psychology of Women Quarterly*, 11 (4), 475-488.
- South-Paul, J. E., & Grumbach, K. (2001). How does a changing country change family practice? *Family Medicine*, 33 (4), 278-285.
- Spencer, M. S., & Chen, J. (2004). Effect of discrimination on mental health service utilization among chinese americans. *American Journal of Public Health*, 94 (5), 809-814.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stampino, V. G. (2007). Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, 28, 15-18.
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52, 613-629.
- Steele, C., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of african americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (5), 797-811.
- Steele, L. S., Lemieux-Charles, L., Clark, J. P., & Glazier, R. H. (2002). The impact of policy changes on the health of recent immigrants and refugees in the inner city. A qualitative study of service providers' perspectives. *Canadian Journal of Public Health*, 93 (2), 118-22.
- Tafari, S., Martinelli, D., Melpignano, L., Palma, M., Quarto, M., Prato, R., & Germinario, C. (2011). Tuberculosis screening in migrant reception centers: Results of a 2009 Italian survey. *American Journal of Infection Control*, 39, 495-499.
- Taira, D. A., Safran, D. G., Seto, T. B., Rogers, W. H., Inui, T. S., Montgomery, J., & Tarlov, A. R. (2001). Do patient assessments of primary care differ by patient ethnicity? *Health Services Research*, 36 (1), 1059-1071.
- Takeuchi, D. T., Chun, C. A., Gong, F., & Shen, H. (2002). Cultural expressions of distress. *Health*, 6, 221-236.
- Talbot, Y., Fuller-Thomson, E., Tudiver, F., Habib, Y., & McIsaac, W. (2001). Canadians without regular medical doctors: Who are they? *Canadian Family Physician*, 47, 58-64.
- Tan, A., Fujioka, Y., & Lucht, N. (1997). Native american stereotypes, TV portrayals, and personal contact. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 74 (2), 265-284.
- Thompson, V. L. (1996). Perceived experiences of racism as stressful life events. *Community Mental Health Journal*, 32 (3), 223-233.
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Triandis, H.C. (1980). Values, attitudes and interpersonal behaviour. In M. M. Page (Ed.), *Nebraska symposium on motivation 1979* (pp. 195-259). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Trivedi, A. N., & Ayanian, J. Z. (2006). Perceived discrimination and use of preventive health services. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 553-558.
- Unger, D. G., & Wandersman, A. (1985). The importance of neighbors: The social, cognitive, and affective components of neighboring. *American Journal of Community Psychology*, 13, 139-169.
- University Counseling Center. (2000). *I'm not racist*. Retirado de <http://www.nd.edu/~observer/02232000/Scene/2.html>.
- Vala, J. (2003). Percepções sobre a imigração e transformações nas representações sociais sobre as diferenças entre grupos humanos. In Publicações do Gabinete do Parlamento Europeu (Eds.), *A Europa, o desafio demográfico e o espaço de liberdade, segurança e justiça* (pp. 84-91). Lisboa: Publicações do Gabinete do Parlamento Europeu.
- Vala, J., Pereira, C., & Ramos, A. (2006). *Preconceito racial, percepção de ameaça e oposição à imigração*. Retirado de <http://www.ics.ul.pt/rdonweb-docs/JorgeVala-Publicações2006n2.pdf>.
- 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.
- Van O. J. P., & Eisses, A. M. (1998). Integration and assimilation of moroccan immigrants in Israel and the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations*, 22, 293-307.

- Vega, W., Kolody, B., Valle, R., & Hough, R. (1986). Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. *Social Science & Medicine*, 22, 645–652.
- Vega, W. A., Kolody, B., Valle, R., & Weir, J. (1991). Social networks, social support, and their relationship to depression among immigrant Mexican women. *Human Organization*, 50, 154–162.
- Venters, H., & Gany, F. (2011). African immigrant health. *Journal Immigrant Minority Health*, 13, 333–344.
- Viruell-Fuentes, E. A. (2007). Beyond acculturation: immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States. *Social Science & Medicine*, 65 (7), 1524–1535.
- Washington, D. L., Villa, V., Brown, A., Damron-Rodriguez, J., & Harada, N. (2005). Racial/ethnic variations in veterans' ambulatory care use. *American Journal of Public Health*, 95 (12), 2231–2237.
- Webb, T.L., & Sheeran, P. (2005). Integrating concepts from goal theories to understand the achievement of personal goals. *European Journal of Social Psychology*, 35, 69–96.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7 (4), 355–386.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170–180.
- Wheeler, S. & Petty, R. (2001). The effects of stereotype activation on behavior: A review of possible mechanisms. *Psychological Bulletin*, 127, 797–826.
- Wieland, M. L., Weis, J. A., Yawn, B. P., Sullivan, S. M., Millington, K. L., Smith, C. M., ... Sia, I. G. (2012). Perceptions of Tuberculosis among immigrants and refugees at an adult education center: A community-based participatory research approach. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 14–22.
- Williams, D. R., & Collins, C. (2001). Racial residential segregation: A fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Reports*, 116, 404–416.
- Wolf, R. L., Lepore, S. J., Vandergrift, J. L., Wetmore-Arkader, L., McGinty, E., Pietrzak, G., & Yaroch, A. L. (2008). Knowledge, barriers, and stage of change as correlates of fruit and vegetable consumption among urban and mostly immigrant black men. *Journal of the American Dietetic Association*, 108 (8), 1315–1322.
- Woods, N., Lentz, M., & Mitchell, E. (1993). The new woman: Health-promoting and health-damaging behaviors. *Health Care for Women International*, 14, 389–405.
- World Health Organization. (2006). *Groups at risk: WHO report on the Tuberculosis epidemic*. Geneva: WHO.
- Xu, K., & Borders, T. (2008). Does being an immigrant make a difference in seeking physician services? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19 (2), 380–390.
- Zuvekas, A., McNamara, K., & Bernstein, C. (1999). Measuring the primary care experiences of low-income minority patients. *Journal of Ambulatory Care Management*, 22 (4), 63–77.

Anexo A

Guião de entrevista

Boa tarde Dr.ª Ana Correia

Primeiro que tudo, queria agradecer-lhe por ter aceitado fazer esta entrevista e, antes de prosseguirmos, queria pedir-lhe para gravar a nossa entrevista para poder posteriormente transcrevê-la.

De seguida vou colocar-lhe algumas questões relativas à sua experiência enquanto médica de apoio às comunidades imigrantes africanas em Portugal.

Débora – A Dr.ª Ana especializou-se em que área?

Dr.ª Ana – "Eu sou especialista em Medicina Interna; licenciiei-me em Medicina e depois tirei a especialidade em Medicina Interna. Também tirei uma pós-graduação em Medicina Tropical e um Mestrado em Doenças Infecciosas emergentes; depois dediquei-me mais à área da emergência pré-hospitalar".

Débora - E nestes anos em que tem exercido Medicina, tem lidado “de perto” com os imigrantes africanos?

Dr.ª Ana – "Sim, principalmente porque trabalho numa área em que fazemos esse contacto através de um Centro de Apoio Social (pertencente a uma IPSS - A Associação Cristã de Reinserção e Apoio Social), não tanto com a parte médica, mas mais ao nível social. Uma grande parte dos nossos utentes são sem-abrigo com problemas na área da toxicodependência, drogas e álcool, incluindo-se nesse grupo muitos imigrantes".

Débora - Quais são as origens das pessoas imigrantes com quem lida?

Dr.ª Ana - "Temos da mais variada origem, desde os PALOP (de Angola, da Guiné, não tanto... de Moçambique e de Cabo-Verde); depois temos também muita gente vinda da Europa de Leste (da Ucrânia, da Roménia...)".

Débora – Quando os imigrantes chegam a Portugal, que plano de saúde é que lhes é apresentado/em que são integrados?

Dr.ª Ana – "É assim: Eles não têm direito a nenhum plano de saúde aqui, no entanto qualquer pessoa que vá ao nosso sistema de saúde... isso até há bem pouco tempo... tinha o serviço de saúde gratuito e nós nunca deixámos de tratar ninguém, independentemente da sua origem".

Débora - Mas isso são os imigrantes ilegais... e relativamente aos legais?

Dr.ª Ana - "A partir do momento em que eles estão legais, passam a usufruir como qualquer outra pessoa do Sistema de Saúde, ganhando um Cartão de Utente".

Débora - Não lhes é apresentado nenhum plano específico?

Dr.ª Ana - "Não, como qualquer cidadão".

Débora – No que diz respeito à área da saúde preventiva, que tipo de recomendações é que as pessoas imigrantes são aconselhadas a seguir?

Dr.ª Ana – "É assim: A verdade é que nós temos bairros específicos, em que há uma concentração de algumas comunidades, nomeadamente de Cabo-Verde, da Guiné e de Angola, e percebemos que a maneira de os abordar, em relação à saúde, essencialmente na área preventiva, é diferente. Eles acabam por ter culturalmente outra mentalidade, nomeadamente ao nível da prevenção sexual, uma área muito importante. No fundo a base é a mesma para todas as pessoas, em termos de prevenção da saúde, mas depois tentamos adaptarmo-nos à cultura, e falar de modo a que a mensagem possa lá chegar.

Embora nós possamos ir ver onde é que estão no nosso País, para que a mensagem passe e para que nós possamos ver a saúde a chegar à área da prevenção, temos também que nos adaptar às características culturais deles, para poder lá chegar.

Débora – Há alguns procedimentos obrigatórios e outros que são apenas recomendados? Essas recomendações são feitas em que circunstâncias/contextos?

Dr.ª Ana – Não há nada obrigatório...nem na própria Tuberculose, que no nosso País é tão prevalente... nós não conseguimos obrigar as pessoas a ir. Podemos notificar... a saúde comunitária faz isso (tenta-se trabalhar nesses bairros, tenta-se trabalhar nessa população, mas isso acaba por ser "um bocadinho" o que se tem feito com os sem-abrigo e toxicod dependentes... que é tentar chamá-los para a saúde). O que é que nós fazemos? Como

aumentou todo o tipo de atendimento com Centros de Acolhimento, etc., obrigamos a fazer rastreios; se for preciso fazem-se análises (pois eles não estão inseridos na rede). As pessoas que estão inseridas na rede, quando nós conseguimos que elas estejam inseridas, elas têm um acompanhamento efectivo... o problema é quando as pessoas não se querem inserir na rede de saúde (o que não é muito normal). Neste caso estamos sobretudo a falar de outro tipo de população, a população que não está legal e que não tem acesso aos cuidados de saúde."

Débora - Mas os que estão legais acabam por ter algum procedimento obrigatório?

Dr.ª Ana - "Não, não... por exemplo quem vem de Angola tem que ter a vacina da Febre Amarela e nós não temos nenhum tipo de rastreio obrigatório a esse nível."

Débora – E as recomendações para a realização de rastreios são feitas de quanto em quanto tempo?

Dr.ª Ana – "Varia, mas devia fazer-se no mínimo de 2 em 2 meses".

Débora – Com base na sua experiência, considera que há uma boa aderência a estas recomendações?

Dr.ª Ana – "Nem por isso; nós vamos é tentando fazer campanhas de sensibilização para aumentar a aderência...por vezes nem a própria população portuguesa...é um trabalho de muito investimento; para haver prevenção primária tem que ser um grande investimento. E depois há um problema: Nós não vemos logo os resultados, porque é a prevenção; é investir para evitar que aconteça...não é fácil a nenhum nível de comunidade. Por vezes em comunidades mais estreitas, como somos mais específicos, também as conseguimos alcançar. Há muitas instituições a trabalhar, o próprio sistema de saúde tenta trabalhar nessas áreas; ir a comunidades mais estreitas...tenta arranjar soluções: Por exemplo, não é a minha área, mas sei por conhecimento que se tenta arranjar carrinhas que vão fazer rastreios de saúde materno-infantil...por exemplo, mulheres que nunca foram acompanhadas durante a gravidez, acontece...não têm um único boletim, nunca viram análises..."

Débora - E tudo isto é gratuito?

Dr.ª Ana - "Tudo isto é gratuito. Tudo o que é saúde materno-infantil e vacinação é gratuito."

Débora - Estamos neste momento a pensar realizar um estudo para perceber os efeitos que os estereótipos que temos das pessoas imigrantes africanas influenciam a sua adesão a práticas preventivas de saúde. Que tipo de medida pensa que faria sentido utilizar com base na sua experiência? Há alguma medida de rastreio preventivo que seja semelhante no caso das mulheres e homens imigrantes?

Dr.ª Ana - "HIV, Tuberculose... é onde trabalhamos muito, as infecções de transmissão sexual... em África agora usa-se muito... quando eu estive nos jogos africanos, a saúde primária montou barraquinhas para fazer testes rápidos e anónimos de HIV, para as pessoas estarem à vontade. E porquê? Qual é a informação que se queria dar? A pessoa sabendo que é, protege-se a ela e protege os parceiros...mas não podemos obrigar ninguém, até por Lei temos de pedir autorização!"

Débora – Acha que faria mais sentido falarmos explicitamente do HIV / Tuberculose ou antes abordarmos esse assunto de forma genérica?

Dr.ª Ana - "O melhor é focar porque as pessoas depois não sabem do que vocês estão a falar. Porque rastreios também podem ser de diabetes, rastreios de hipertensão...qual é a área que vocês querem focar? Porque há diversas coisas na área da saúde primária. Temos que pensar que em África temos 80% das pessoas infectadas com HIV...é muito importante nós fazermos o rastreio, porque daqui a pouco não há população. Aqui temos uma prevalência de Tuberculose por isso, onde é que os vamos "apanhar"? Quando entram em comunidades, quando entram para albergues, faz parte dos critérios obrigatórios terem de fazer MICRO. O pessoal quando entra aqui (Centro de Apoio Social) ou quer ir para uma Comunidade Terapêutica como o Desafio Jovem, tem que se fazer um rastreio, para tentarmos "apanhar" aqueles que andam aí... e ninguém sabe. E tudo isto é gratuito".

Débora - Muito obrigada!

Anexo B

Data de preenchimento

___/___/_____

Questionário I

Abaixo está um conjunto de frases. Leia cuidadosamente cada uma delas e dê a sua opinião, colocando um círculo na resposta que julgar que mais se aplica às suas experiências pessoais/vivências.

Não existem respostas mais ou menos desejáveis, certas ou erradas. Apenas estamos interessados na sinceridade da sua resposta.

Por favor responda a todas as perguntas e seja o mais sincero possível.

O preenchimento deste questionário é confidencial.

Responda a cada afirmação de acordo com a seguinte escala de resposta:

1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Concordo em parte e discordo em parte
4. Concordo
5. Concordo totalmente

Agradecemos a sua colaboração.

1. Identifico-me com Portugal

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Sinto-me como estando no meu próprio País

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Colaboro em organizações e associações Portuguesas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Participo num grupo social ou cívico português

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Tendo em conta as diversas associações culturais, civis, políticas, sociais, desportivas (etc.) portuguesas, diga-me até que ponto concorda com as seguintes afirmações:

5. Posso encontrar pessoas que se mostrem disponíveis para tentar resolver os meus problemas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Prestam-me um tratamento baseado na igualdade

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. É valorizada/tida em conta a minha opinião

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Objectivo do estudo

(Condição controlo)

Actualmente, e no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, estou a realizar um estudo sobre as práticas de saúde, tendo como objectivo perceber os comportamentos de saúde das pessoas em geral.

Interessa-me saber a sua opinião, por isso, agradeço a colaboração nas respostas a este questionário e que o faça dizendo o que realmente pensa. Não existem respostas certas ou erradas, o que conta é apenas a sua opinião e o que pensa fazer nas situações colocadas.

As respostas dadas a este questionário são confidenciais.

Obrigado pela sua colaboração!

Objectivo do estudo

(Condição de ameaça)

Actualmente, e no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, estou a realizar um estudo sobre as práticas de saúde.

Algumas pessoas acham que os imigrantes não são tão merecedores de usarem os serviços de saúde como os cidadãos do país de acolhimento. Deste modo, o objectivo do estudo é perceber qual a frequência da utilização dos serviços de saúde preventivos por parte dos imigrantes residentes em Portugal.

Interessa-me saber a sua opinião, por isso, agradeço a colaboração nas respostas a este questionário e que o faça dizendo o que realmente pensa. Não existem respostas certas ou erradas, o que conta é apenas a sua opinião e o que pensa fazer nas situações colocadas.

As respostas dadas a este questionário são confidenciais.

Obrigado pela sua colaboração!

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
	1	2	3	4
Sinto-me calmo	1	2	3	4
Sinto-me seguro	1	2	3	4
Estou tenso	1	2	3	4
Sinto-me esgotado	1	2	3	4
Sinto-me à vontade	1	2	3	4
Sinto-me perturbado	1	2	3	4
Presentemente, ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4
Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
Sinto-me assustado	1	2	3	4
Estou descansado	1	2	3	4
Sinto-me confiante	1	2	3	4
Sinto-me nervoso	1	2	3	4
Estou inquieto	1	2	3	4
Sinto-me indeciso	1	2	3	4
Estou descontraído	1	2	3	4
Sinto-me contente	1	2	3	4
Estou preocupado	1	2	3	4
Sinto-me confuso	1	2	3	4
Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
Sinto-me bem	1	2	3	4

Vai encontrar de seguida algumas afirmações. Provavelmente concordará completamente com algumas delas e discordará completamente de outras. Algumas vezes terá uma opinião mais neutra.

Por favor leia cada uma das frases cuidadosamente e **decida em que medida concorda ou discorda com cada uma, colocando um X na linha que corresponde à sua opinião**. Por favor responda a todas as perguntas.

Q.1 Costuma ir ao médico regularmente?

- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

Q.2 Onde é atendido(a)?

- Centro de saúde
- Hospital
- Clínica privada
- Outra Qual? _____

Q.3 Que exames de rotina costuma fazer?

- Sangue
- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Mamografia
- Próstata
- Tuberculose
- HIV
- Outros Quais? _____

Q.4 Costuma fazer exames de rastreio de Tuberculose?

Sim Não

4.1 Por favor justifique a sua resposta...

4.2 Se sim, com que frequência?

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Responda a cada afirmação de acordo com a seguinte escala de resposta, assinalando o número correspondente com uma cruz:

<p>1. Muito</p> <p>2. Bastante</p> <p>3. Ligeiramente</p> <p>4. Nem</p> <p>5. Ligeiramente</p> <p>6. Bastante</p> <p>7. Muito</p>
--

Q.5 Em que grau acha que fazer exames de rastreio de Tuberculose é:

5.1.

	Muito	bastante	ligeiramente	nem	ligeiramente	bastante	muito	
Bom	<input type="checkbox"/>	Mau						

5.2.

	Muito	bastante	ligeiramente	nem	ligeiramente	bastante	muito	
Desagradável	<input type="checkbox"/>	Agradável						

Participante _____

5.3.

Muito bastante ligeiramente nem ligeiramente bastante muito

--	--	--	--	--	--	--

Seguro

Inseguro

5.4.

Muito bastante ligeiramente nem ligeiramente bastante muito

--	--	--	--	--	--	--

Recompensador

Penalizador

5.5.

Muito bastante ligeiramente nem ligeiramente bastante muito

--	--	--	--	--	--	--

Sábio

Insensato

Das afirmações que se seguem, coloque um círculo naquela que julgar que mais se aplica às suas experiências pessoais:

- | |
|---|
| <p>1- Concordo totalmente
 2- Concordo ligeiramente
 3- Concordo
 4- Nem discordo nem concordo
 5- Discordo ligeiramente
 6- Discordo
 7- Discordo totalmente</p> |
|---|

Q.6

6.1 Tenho como objectivo realizar rastreios de Tuberculose regularmente:

Concordo _____ Discordo
 totalmente 1 2 3 4 5 6 7 totalmente

6.2 Irei realizar rastreios de Tuberculose anualmente:

Concordo _____ Discordo
 totalmente 1 2 3 4 5 6 7 totalmente

6.3 Durante o próximo ano, tenciono fazer rastreios de Tuberculose:

Concordo _____ Discordo
 totalmente 1 2 3 4 5 6 7 totalmente

6.4 Durante os próximos 6 meses, tenciono fazer rastreios de Tuberculose:

Concordo _____ Discordo
totalmente 1 2 3 4 5 6 7 totalmente

Q.7 Considera existirem barreiras/impedimentos para que não realize com uma maior frequência rastreios de Tuberculose?

Refira quais...

Q.8 Quando estava no seu país de origem fez alguma vez rastreios de Tuberculose?

Sim Não

Q.8.1 Por favor justifique a sua resposta...

Q.9 Costuma fazer exames de rastreio de HIV?

Sim Não

9.1 Por favor justifique a sua resposta...

9.2 Se sim, com que frequência?

- Raramente
 Às vezes
 Frequentemente

Responda a cada afirmação de acordo com a seguinte escala de resposta, assinalando o número correspondente com uma cruz:

- | |
|-----------------|
| 1. Muito |
| 2. Bastante |
| 3. Ligeiramente |
| 4. Nem |
| 5. Ligeiramente |
| 6. Bastante |
| 7. Muito |

Q.10 Em que grau acha que fazer exames de rastreio de HIV é:

10.1.

	Muito	bastante	ligeiramente	nem	ligeiramente	bastante	muito									
Bom	<table style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>															Mau

10.2.

	Muito	bastante	ligeiramente	nem	ligeiramente	bastante	muito									
Desagradável	<table style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>															Agradável

10.3.

	Muito	bastante	ligeiramente	nem	ligeiramente	bastante	muito									
Seguro	<table style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>															Inseguro

10.4.

	Muito	bastante	ligeiramente	nem	ligeiramente	bastante	muito									
Recompensador	<table style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>															Penalizador

10.5.

	Muito	bastante	ligeiramente	nem	ligeiramente	bastante	muito									
Sábio	<table style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>															Insensato

Das afirmações que se seguem, coloque um círculo naquela que julgar que mais se aplica às suas experiências pessoais:

- 1- Concordo totalmente
- 2- Concordo ligeiramente
- 3- Concordo
- 4- Nem discordo nem concordo
- 5- Discordo ligeiramente
- 6- Discordo
- 7- Discordo totalmente

Q.11

11.1 Tenho como objectivo realizar rastreios de HIV regularmente:

Concordo ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Discordo
Totalmente 1 2 3 4 5 6 7 totalmente

11.2 Irei realizar rastreios de HIV anualmente:

Concordo ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Discordo
totalmente 1 2 3 4 5 6 7 totalmente

11.3 Durante o próximo ano, tenciono fazer rastreios de HIV:

Concordo ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Discordo
totalmente 1 2 3 4 5 6 7 totalmente

11.4 Durante os próximos 6 meses, tenciono fazer rastreios de HIV:

Concordo ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ Discordo
totalmente 1 2 3 4 5 6 7 totalmente

Q.12 Considera existirem barreiras/impedimentos para que não realize com uma maior frequência rastreios de HIV?

Refira quais...

Q.13 Quando estava no seu país de origem fez alguma vez rastreios de HIV?

Sim

Não

Q.13.1 Por favor justifique a sua resposta...

Dados sócio-demográficos

Idade	
--------------	--

Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
-------------	----------------------------	----------------------------

País de Origem

Nacionalidade

Angolana

Cabo Verdeana

Moçambicana

São tomense

Guiniense

Portuguesa

Outra

Qual? _____

Das palavras abaixo indicadas qual pensa ser aquela que melhor o(a) descreve:

Branco(a)

Negro(a)

Mulato(a)

Outros

Nível de escolaridade

Básica (1 ao 4º ano)

2º ciclo (5º e 6º ano)

3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)

12º ano

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Estado civil

Casado(a)

Vive conjugalmente sem ser casado(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Solteiro(a), nunca casou

Situação Laboral

Trabalhador(a) por conta própria

Trabalhador(a) por conta de Outrém

Desempregado(a)

Pensionista

Religião

Católica

Protestante

Budista

Muçulmana

Outra

Qual? _____

Há quantos anos está em Portugal?

Há quantos anos trabalha em Portugal?

Qual foi o motivo de vinda para Portugal?

Local de realização do questionário	
-------------------------------------	--

Mais uma vez, agradecemos-lhe a sua participação!

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, autorizo que os meus dados façam parte deste estudo e confirmo que fui informado de que os dados recolhidos serão confidenciais e a sua eventual publicação só terá lugar em revistas ou congressos da especialidade.

Data

Assinatura

__/__/__
