

MIGRANTES, SAÚDE E LAZER: A PROCURA DE UMA RELAÇÃO

*Lúisa Ramos Santos<sup>1</sup> / Carlos Subtil<sup>1</sup> / Nicole Viana<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Inst. Politécnico de Viana do Castelo; <sup>2</sup>Centro Saúde de Viana do Castelo

Os fluxos migratórios são um fenómeno que se perde na memória dos tempos, que se organizaram sob diversas formas, pelas mais variadas razões e, também, com consequências diversas que resultam dos processos de integração e de coesão (Fonseca, 2003), no contacto entre culturas diferentes. Neste encontro intercultural em que está presente a cultura do país de acolhimento e a de todos os outros países de origem dos imigrantes, operam-se fenómenos de enculturação – mudanças provocadas nos indivíduos por influência do seu próprio contexto cultural – e de aculturação – mudanças que resultam do contacto directo e contínuo de duas culturas diferentes. Aumenta assim a necessidade de valorizar os conceitos de diversidade cultural, cultura emergente e risco de perda de identidade cultural. É desejável que hajam ganhos nestes contactos interculturais, que se mantenha a cultura de origem e, em simultâneo, se adira à cultura de acolhimento, construindo-se assim a diversidade cultural.

O processo de aculturação envolve, por si só, um conjunto importante de mudanças a todos os níveis: biológicas, físicas e psicossociais: muda-se o clima, mudam-se os hábitos alimentares, muda-se a língua, mudam-se os valores, muda-se a organização do país (Sousa, 2006).

Na pós-modernidade, as migrações realizam-se num contexto de globalização, num quadro de explosão das redes de comunicação que modificam o espaço e que fazem com que o longe fique perto, que os continentes se aproximem, que se derrubem fronteiras e se banaliza a rapidez na circulação das ideias, bens e pessoas. Deslocar-se torna-se assim cada vez mais fácil e os fluxos migratórios têm vindo a aumentar consideravelmente.

Estes fenómenos podem ser observados sob diversas perspectivas. No âmbito das nossas preocupações, interessa-nos colocar o foco nos processos de saúde-doença a nível individual e familiar por considerarmos a família como principal contexto de vida das pessoas.

Para além de mudanças que vão exigir processos de adaptação complexos, o processo migratório inclui todo um conjunto de rupturas relativas ao espaço e ao tempo. Os indivíduos que migram passam por uma experiência determinante no seu processo vivencial que abrange também toda a família (Ramos, 2004). A família tem um papel cada vez mais

reconhecido e valorizado sendo necessário esclarecer e avaliar o impacto destes processos de forma holística, ou seja, como se reflecte no sistema familiar a forma com o(s) seu(s) membro(s) está(ão) a vivenciá-lo e, por outro lado, de que forma a família se constitui num recurso significativo nas estratégias que o indivíduo usa para lidar com a situação. Como dificuldade acrescida, verifica-se, não raras vezes, que as sociedades de acolhimento colocam restrições à reunificação das famílias (Fonseca, 2005).

Estes processos migratórios, frequentemente associados ao objectivo de melhorar a estabilidade social, económica e psicológica, apresentam muitas dificuldades. Grande número de migrantes e de minorias étnicas pertencem a estratos sócio-económicos baixos o que faz com que frequentemente a classe social e a origem étnico/cultural estejam associadas. As políticas de imigração dos países mais desenvolvidos são cada vez mais restritivas e privilegiam os imigrantes com maiores habilitações académicas ou profissionais (Figueiredo, 2005; Ramos, 2004).

Em 2007, a Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 estabeleceu um Plano para a Integração dos Imigrantes concebendo, na base de certos princípios orientadores, um conjunto de medidas em diversas áreas.

Porque nos interessa compreender os processos de saúde-doença nos imigrantes, vejamos algumas questões. Desde logo, queremos destacar a falta de consensualidade sobre o conceito: pela variabilidade das situações sociais e culturais, pela forma subjectiva como as pessoas avaliam a sua própria saúde de acordo com as suas normas e expectativas, pelas diferenças de percepção do público em geral e a dos profissionais sobre o que se considera doença ou incapacidade, as suas causas e formas de tratamento e pelas divergências entre os próprios profissionais de saúde; estar saudável tem um significado diferente para pessoas diferentes, sendo que, para muitos, quer dizer, simplesmente, não estar doente; também pode ser considerada como um bem adquirido, só se pensando nela quando a doença surge; pode significar força e robustez, ou ter reservas para lutar contra a doença e lidar com o *stress* e a fadiga, ou ainda ser associada ao humor, a sentimentos ou a um sentido de equilíbrio global do indivíduo. (Ewles & Simnet, 1999). A saúde inclui uma dimensão subjectiva, o *sentir-se bem* e uma dimensão objectiva, a *capacidade funcional* (Terris, 1975).

Lutar contra a doença passa por duas frentes principais: a das doenças infecciosas e a das doenças crónicas não transmissíveis. Função do seu

estádio de desenvolvimento, a maioria dos países deve continuar a combater nestas duas frentes pois as doenças relacionadas com os modos de vida vão ganhando terreno enquanto estão por resolver as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade causada por doenças infecciosas, concretamente nos continentes africano e asiático em que continuam mesmo a ser uma das principais causas de morte, contrariamente ao que se verifica actualmente nos países mais desenvolvidos em que os padrões de morbilidade e de mortalidade se alteraram completamente mas onde continuam a aparecer novas doenças transmissíveis e, simultaneamente, relacionadas com comportamentos (Faria, 2002; OMS, 1998).

A doença pode estar associada a acontecimentos biológicos, alterações fisiológicas e/ou bioquímicas mas também às condições que se prendam com o sentir-se doente (*illness*), sentir algum desconforto ou mal-estar relacionado com a pressão dos acontecimentos da vida e a interpretação, com o significado e importância que o próprio sujeito atribui ao acontecimento. Esta perturbação não implica somente a experiência pessoal do problema de saúde mas também o sentido que o indivíduo dá à mesma, ou seja, a mesma doença ou o mesmo sintoma podem ser interpretados de maneiras diferentes por pessoas diferentes o que terá também influência nos comportamentos e na abordagem terapêutica.

Desde 1986, por iniciativa da própria OMS, o conceito originário de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, tem vindo a ceder a perspectivas mais dinâmicas e sistémicas, passando a ser entendida como um recurso inestimável dos indivíduos, famílias e comunidades que lhes permite realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar ou lidar de forma positiva com o meio ambiente, como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da qualidade de vida e não o objectivo da vida em si; uma ideia de saúde enquanto capacidade de adaptação contínua às situações que estão em constante mudança; uma experiência e um processo de equilíbrio que tende a ser percebido pelas pessoas como bem-estar e funcionamento adequado, significando assim, ter controlo sobre os recursos, ter oportunidade e possibilidade atingir o seu potencial total, em função dum grande número de factores, uns factores de vida (comportamentos de saúde individual) e outros, factores sociais, económicos e ambientais. Por sua vez, estes factores dependem da sociedade em que a pessoa vive, (igualitária, autocrática), do tipo de rede de apoios sociais disponíveis, políticas de emprego, salários e habitação (Noack, 1991; Ewles & Simnet, 1999).

Novo (2003) refere a natureza das relações entre saúde mental e saúde física como sendo fundamental para uma melhor compreensão do funcionamento psicológico positivo. Numa perspectiva intra e interpessoal, depende do modo como cada um se sente doente ou não, em função de cada momento da sua vida e da sua história pessoal e grupal.

A saúde é também vista como a capacidade que cada indivíduo tem para lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar, devendo este projecto ser equilibrado e harmonioso dentro dos limites do possível (Dejours, 1995).

O conceito de bem-estar tem sido objecto de análise de um número cada vez maior de estudos, alguns dos quais têm analisado formas de comportamentos propícios à saúde ao invés de, como se fez durante muitos anos, acentuar formas de comportamento nocivas. Nesta perspectiva considera-se comportamento saudável todo o esforço desenvolvido pelos indivíduos para manter ou melhorar a sua saúde e a dos outros, de forma activa e consciente (OMS, 1995).

Ainda nesta área têm sido propostas várias teorias sobre o que determina a satisfação com a vida. Identificaram-se três componentes do bem-estar subjectivo relativamente independentes: o afecto positivo, o afecto negativo e a satisfação com a vida. Os dois primeiros referem-se a aspectos emocionais dos constructos e o terceiro mais a aspectos cognitivos, de julgamento (Neto, 1999).

A satisfação com a vida tem sido considerada como um componente do bem-estar subjectivo que resulta da comparação entre circunstâncias aprendidas pela pessoa e os seus desejos em relação às áreas por si valorizadas, representando esta dimensão o balanço psicológico que cada um faz da sua vida em geral. A satisfação com a vida será tanto maior quanto menor for esta discrepância (Diener, 2000; Novo, 2003).

Como acabamos de verificar pela breve apresentação das diferentes tonalidades do conceito, pensar globalmente a saúde pressupõe a necessidade de se ter em conta uma grande diversidade de pontos de vista, de entender o que individual e colectivamente se pretende dizer ao utilizar a palavra saúde, ter em conta o local e o momento diacrónico e estar ainda atento às variações de sentido.

De que forma o lazer pode constituir um efeito amortecedor e protector contra o stress que determinados acontecimentos de vida – tais como os processos de imigração – podem provocar nos indivíduos ou famílias?

Da revisão da literatura feita por Langlois (2000) sobre a análise dos múltiplos papéis do lazer na sua relação com a saúde/bem-estar,

destacamos a existência de quatro modelos principais de interacção que são caracterizados consoante os diferentes tipos de efeitos do lazer relativamente à saúde. Os mais frequentemente referidos são o *efeito amortecedor do lazer* relativamente ao binómio *saúde-stress*, e o *efeito directo* do lazer na saúde, promovendo a sua melhoria.

O efeito amortecedor do lazer relativamente ao stress é frequentemente analisado em relação à saúde ou ao bem-estar. Quando o nível de stress é baixo, a participação no lazer não tem impacto na saúde. No entanto, quando o nível de stress é elevado, a maior participação no lazer e bons e/ou mais gratificantes resultados, ajudam a manter o nível de saúde ou a travar o aumento dos problemas de saúde, enquanto que baixos níveis de participação embora com resultados positivos no lazer resultam no aumento dos sintomas de doença, se se verificar um aumento do stress. Assim sendo, considera-se que a participação no lazer e os resultados do lazer nesta situação amortecem os efeitos negativos do stress relativamente à saúde.

No que se refere ao efeito directo do lazer, quando a participação é elevada no lazer e/ou os resultados do lazer são positivos, há uma associação a um melhor estado de saúde ou a uma diminuição de sintomas de doença. Considera-se, neste caso, que o lazer tem um efeito directo, principal ou independente relativamente à saúde.

Segundo Siegenthaler (1997), alguns tipos de actividades de lazer parecem contribuir mais para a saúde do que outros.

A participação no lazer social tem chamado a atenção de vários investigadores, como é o caso de Coleman (1993) e Iso-Ahola e Park (1996), sobretudo no que se refere ao estudo dos seus efeitos principais e amortecedores relativamente à saúde e ao bem-estar. Caltabiano (1995) analisou a relação entre stress, participação em diferentes actividades e saúde. Estudou os efeitos principais e amortecedores das actividades de exterior, das actividades de lazer social, e de passatempos (v.g., actividades culturais) e a relação destes com o stress e a doença.

Tal como Coleman, também Caltabiano não provou a existência de efeito principal relativamente aos sintomas de doença e o envolvimento em lazer social. Caltabiano (1995) concluiu que a moderação do impacto do stress na saúde através do lazer é complexa, dependendo da natureza e do nível de participação no lazer.

Também Mannell e Kleiber (1999) referem uma teoria que sugere que as pessoas que estão mais activamente envolvidas com actividades de lazer estão mais imunes ao stress, ou seja, têm menos stress e conseqüentemente

menos doença. Ora o estudo desta relação implica a avaliação do lazer e do stress.

Nesta perspectiva, se considerarmos o lazer como um fenómeno objectivo, poderia observar-se em quantas actividades as pessoas participam, que contextos de lazer frequentaram durante a sua vida, com que frequência participaram e/ou durante quanto tempo desenvolveram estas actividades ou estiveram nestes locais, conferindo, depois, se as pessoas que têm mais lazer têm menos stress.

Esta abordagem parece, no entanto, algo incompleta, pois não refere o que as pessoas que estão a ser estudadas vivenciam, quando realizam actividades ou frequentam espaços de lazer, ou seja, o quanto é agradável, se promove o desafio, se é relaxante ou satisfatório. A complementaridade destas abordagens daria, obviamente, uma melhor perspectiva acerca do impacto que esta participação em lazer pode ter sobre a capacidade das pessoas em lidar com acontecimentos desencadeadores de stress nas suas vidas.

## REFERÊNCIAS

- Caltabiano, M.L. (1995). Main and stress-moderating health benefits of leisure. *Loisir et Société/Society and Leisure*, 18(1), 21-52.
- Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25(4), 350-361.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le Travail Humain*, 58(1), 1-16.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55(1), 34-43
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health: A practical guide*. London: Harcourt Brace.
- Figueiredo, J. (2005). *Fluxos Migratórios e cooperação para o desenvolvimento: Realidades compatíveis no contexto europeus?* Tese de Mestrado
- Fonseca, M.L. (2003). *Integração dos imigrantes: Estratégias e protagonistas*. Universidade de Lisboa
- Fonseca, M.L. (2005). *Migrações Transatlânticas e Transeuropeias. Projecto Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. ISCTE
- Iso-Ahola, S.E., & Park, C.J. (1996). Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *Journal of Leisure Research*, 28(3), 169-187.

- Langlois, S. (2000). *Relationships between chronic stress, leisure, and mental ill-health: an empirical study of nurses*. Dissertação de mestrado. Waterloo: Waterloo University.
- Mannell, R.C., & Kleiber, D.A. (1999). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade, *Psychological*, 22, 55-70
- Noack, H. (1991). Conceptualizing and measuring health. In B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion and research: Towards a new social epidemiology* (pp. 87-89). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Organização Mundial de Saúde. (1995). *Perfis de saúde das cidades: como conhecer e avaliar a saúde da sua cidade*. Copenhagen: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *Rapport sur la santé dans le monde 1998, la vie au 21e siècle: Une perspective pour tous*. Genebra: OMS.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Siegenthaler, K.L. (1997). Health benefits of leisure. *Parks and Recreation*, 32(1), 24-31.
- Sousa, J. (2006). *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais; Universidade Aberta, Lisboa.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.