

Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise



Organização:

Beatriz Padilla

Sonia Hernández Plaza

Elsa Rodrigues

Alejandra Ortiz



Centro de Investigação em Ciências Sociais
Universidade do Minho

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

CIES IUL
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
E ESTUDOS DE SOCIOLOGIA
Instituto Universitário de Lisboa

Título:

Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno–infantil em tempos de crise

Edição:

Centro de Investigação em Ciências Sociais / CICS – UM

Instituto de Ciências Sociais

Universidade do Minho

Morada | Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Telefone: +351 253 601 752

E-mail: cics@ics.uminho.pt • Sítio: <http://cics.uminho.pt/>

Organização:

Beatriz Padilla

Sonia Hernández Plaza

Elsa Rodrigues

Alejandra Ortiz

Créditos:

Capa: Elsa Rodrigues

Foto: Beatriz Padilla

Revisão:

Elsa Rodrigues

L^AT_EX editor: Elsa Rodrigues
using L^AT_EX's 'confproc' package, version 0.8 by V. Verfaillie.

Edição digital:

ISBN: 978-989-96335-6-8

uri: <http://hdl.handle.net/00000/0000>

Braga, Dezembro 2014

Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno–infantil em tempos de crise

Organização

Beatriz Padilla
Sonia Hernández Plaza
Elsa Rodrigues
Alejandra Ortiz

Agradecimentos

As autoras gostariam de agradecer a todas as mulheres e crianças, às organizações comunitárias, aos profissionais de saúde, assistentes sociais e mediadores interculturais que contribuíram para a realização dos dois projectos de base comunitária em que se baseia este livro, nestes tempos de crise extremamente difíceis, que se vivem em Portugal.

Índice

Introdução

- 1 Saúde e Cidadania: Equidade e diversidade na saúde materno–infantil em tempos de crise
Beatriz Padilla, Sonia Hernández Plaza

I.

Health and citizenship: Gaps and needs in intercultural healthcare to immigrant mothers

- 10 Saúde e Cidadania em tempos de crise: disparidades e necessidades nos cuidados de saúde às mães imigrantes
Beatriz Padilla, Elsa Rodrigues, Alejandra Ortiz
- 47 Necessidades e desigualdades na saúde materno–infantil em contextos de diversidade, crise e austeridade: o caso da Área Metropolitana de Lisboa
Sonia Hernández Plaza
- 72 O Acesso das Mulheres Imigrantes Grávidas à Saúde: Para Além das Barreiras Linguísticas
Cristina Santinho, Erika Masanet, Beatriz Padilla

II.

Equity in maternal–child and women health: international perspectives

- 87 An unsuccessful society: Maternal–child health determinants in Portugal (2007–2013)
Luís Bernardo
- 99 Private and Public Home Births: Comparing access, options and inequalities in Portugal and Denmark
Mário Santos
- 114 Las representaciones sobre las mujeres inmigrantes bolivianas en el sistema público de salud en Mendoza: el rol de las instituciones sanitarias en la reproducción de desigualdades de género
Gabriela Maure
- 122 A Saúde das mulheres imigrantes idosas
Bárbara Bäckström

III.

Policies and practices for the promotion of equity in maternal–child and women health

- 141 Equidade, diversidade e participação dos cidadãos em saúde
Cláudia De Freitas
- 153 Cuidar a parentalidade partilhada
Vasco Caleira, Fernanda Marques, António Marques, Isabel Rebelo
- 163 From Cultural Explanation to Intercultural Dialogue: a Contribution to the Study of Cape Verdean Maternal Health in Portugal
Elisabeth Challinor
- 172 **Lista de Autores**

Introdução

Saúde e Cidadania: Equidade e diversidade na saúde materno-infantil em tempos de crise

*Beatriz Padilla**

Sonia Hernández Plaza†

A actual crise internacional irrompeu globalmente, aproximadamente em 2008, originada nos Estados Unidos e numa crise financeira marcada pela especulação no mercado imobiliário. As suas raízes foram inicialmente de ordem financeira mas o efeito de contágio teve consequências e ramificações em outros âmbitos: económico, social, cultural, ambiental, político, entre outros. No início especulou-se que a crise teria um impacto controlado mas na realidade expandiu-se e desequilibrou o resto das economias do mundo, por estas seguirem as práticas dos Estados Unidos. A crise chegou assim à União Europeia, e instalou-se mais gravemente nos países do Sul. Começou pela Irlanda e alcançou rapidamente a Grécia, Portugal e Espanha. Em cada um destes países, a crise obscureceu as vidas das suas populações marcando os rumos dos estados-providência e das suas políticas públicas. [Silva \(2013\)](#) faz um ponto de situação crítico e preocupante:

A recessão económica que se faz sentir em países do Sul Europeu como Portugal é denotativa de uma crise à escala global, a qual, apresentando uma geometria variável, tem provocado nos referidos países situações de desemprego maciço nomeadamente na sequência de despedimentos colectivos, falências ou encerramentos de empresas (em Portugal cerca de 25 empresas por dia). Consequentemente, verifica-se uma forte redução do poder de compra dos próprios trabalhadores assalariados e um progressivo empobrecimento de centenas de milhares de pessoas designadamente de camadas sociais mais vulneráveis, sendo calculado em 16% o desemprego e a pobreza em 20% da população. ([2013](#), p. 154)

*Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade do Minho. Investigadora no Centro de Investigação em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, CICS – UM: ✉ padilla.beatriz@gmail.com

†Investigadora no Centro de Investigação em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, CICS – UM: ✉ sonia.h.plaza@gmail.com

Portugal é um caso de estudo singular. Embora a crise tenha começado a sentir-se mais tardiamente (desde 2009) só em 2011 Portugal foi confrontado com sérios problemas que levaram à queda do Governo liderado pelo Partido Socialista e à eleição dum novo governo de coligação liderado pelo Partido Social Democrata (PSD) aliado com o Centro Democrático Social – Partido Popular (CDS-PP). A mudança de governo foi acompanhada pela chegada da denominada *Troika* (Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia), enquanto instituição tripartida que «acompanharia» o Estado Português na sua retoma no bom caminho como estado membro da União Europeia (UE). A irrupção da *Troika* implicou um controlo apertado do orçamento de estado e das políticas públicas (financeiras, económicas, sociais e culturais) do governo, durante três anos. Este acompanhamento resultou em drásticos cortes orçamentais (incluindo nos salários dos funcionários públicos e pensões) e austeridade por um lado, e aumento de impostos por outro. Estas medidas tiveram e ainda têm um forte impacto nas políticas de saúde, que afetam em especial as populações mais vulneráveis, entre elas, os imigrantes.

Neste contexto de crise, de incerteza e empobrecimento progressivo da população portuguesa, um dos riscos associados são a deterioração e aumento das desigualdades em saúde, particularmente das populações que vivem em condições de exclusão social. Entre elas, os imigrantes e os seus descendentes e outros grupos sofrem mais severamente as consequências da austeridade como resultado do aumento de desemprego, da instabilidade económica, da precarização das condições de trabalho e das condições de vida, que tem levado ao recuo e enfraquecimento do estado-providência, embora nos países da Europa do Sul este sempre tenha sido mais condicionado e limitado que nos países nórdicos ou da Europa Central.

Neste cenário, as mulheres imigrantes grávidas e/ou com crianças pequenas tem-se tornado num dos grupos mais vulneráveis e em risco de exclusão social. Inclusivamente as mulheres autóctones de escassos recursos, integram também este um grupo de maior vulnerabilidade. Se assumimos que a saúde e o direito ao acesso ao cuidados de saúde são direitos humanos, reduzir as desigualdades de saúde entre as mulheres grávidas e mães, quer imigrantes quer autóctones, é um desafio presente e futuro para a saúde dos portugueses e dos europeus. Embora a literatura, no geral, aponte o efeito do imigrante saudável como uma realidade, esta só se verifica num momento inicial. Existe, na actualidade, evidencia substancial que indica que os imigrantes e as minorias étnicas têm um acesso mais limitado aos serviços de saúde e que seu o estado de saúde é pior do que o das populações autóctones (Ingleby et al., 2012a,b; WHO, 2010). E relativamente à saúde materna, estudos indicam que as mulheres imigrantes apresentam índices mais elevados de mortalidade durante o parto, maior número de gravidezes não vigiadas, mais complicações no parto, e pior estado de saúde mental com maior tendência à depressão pós-parto. Por outro lado, os bebés das imigrantes revelam também maior mortalidade neonatal e infantil, mais casos de desnutrição e bebés de baixo peso (Bartlett et al., 2002; Carballo e Nerukar, 2001; Machado et al., 2007).

Esta área do conhecimento e da investigação está bastante desenvolvido em outros países mas em Portugal apresenta-se como mais recente; estamos pe-

rante o seu desenvolvimento inicial. Este interesse está associado ao aumento dos fluxos migratórios, especialmente na primeira década do século XXI, e aos desafios gerados ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). Os principais desafios abrangem aspectos relacionados com o acesso e a acessibilidade aos cuidados de saúde mas também com a qualidade dos serviços e o impacto na saúde pública, considerando a saúde como um bem público crucial para as sociedades, especialmente pensando no presente e futuro da saúde de quem vive na União Europeia.

Este livro tem como base principal o projecto «*Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*» (PTDC/CS-SOC/113384/2009, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia) coordenado por Beatriz Padilla. No entanto, o projecto foi desenvolvido em conjunto e em paralelo com outros projectos: a) «*Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals*», financiado pelo 7º Programa Quadro da Comissão Europeia (Marie Curie Actions FP7-PEOPLE-2010-IEF) atribuído a Sonia Hernández Plaza (PIEF-GA-2010-272976); b) «*A saúde das mulheres imigrantes: uma questão de cidadania e inclusão*», atribuído a Alejandra Ortiz, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia como bolsa individual de doutoramento; e c) «*Imigração qualificada dos profissionais de saúde em Portugal e Espanha: estudo comparativo das condições de integração nas sociedades de acolhimento*», atribuído a Erika Masanet, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia como bolsa individual de Pós-doutoramento. Estes projectos individuais tiveram em comum a supervisão de Beatriz Padilla. Sem dúvida que as parcerias e sinergias entre os estes projectos e equipas de investigação contribuíram de forma decisiva para os resultados finais da conferência, do presente livro e dos projectos em causa.

A filosofia da equipa do projecto assenta num conceito de cidadania de saúde inclusiva que abrange as populações migrantes, e considera especialmente as mulheres e as suas famílias. A cidadania de saúde inclusiva é encarada como um primeiro passo na concretização dos direitos de cidadania. Neste sentido, assumimos a cidadania como um conceito abrangente e alargado que engloba os direitos e deveres concedidos aos membros duma comunidade e que transcende o conceito de nacionalidade. Este conceito de cidadania pretende avançar a concepção da cidadania como derivada do conceito Estado-nação pós-Vestfália, que introduz diferenças entre os direitos dos cidadãos nacionais e estrangeiros (Aleinikoff e Klusmeyer, 2002). Na actualidade, a abordagem de direitos humanos que garanta a dignidade (Fraser, 1995), sugere que essas diferenças não só geram desigualdades mas são contrários ao usufruto dos direitos humanos, entre eles a saúde. No século XXI é necessário incluir aspectos que enfatizam a dimensão da inclusão (Gargiulo, 2008) e da não diferenciação e discriminação entre categorias de pessoas (Baubock, 2003).

A conferência final organizada em Março de 2014, como marco do projecto mencionado, intitulada «*Saúde e Cidadania: Equidade em saúde materno-infantil em tempos de crise*» pretendeu ser um foro de discussão baseado num *ethos* de inclusão social.

Partindo da apresentação dos resultados do projecto, enriquecida com contribuições de outros estudos e experiências práticas, investigadores, profissionais

de saúde e sociedade civil, mantiveram um debate democrático sobre situação actual da saúde dos imigrantes no actual momento de crise. Parte das discussões e contributos deste debate integram alguns dos capítulos do presente livro.

O livro está dividido em três partes. A primeira parte conta com três capítulos. A primeira apresenta de forma resumida o projecto «*Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*», as actividades desenvolvidas ao longo do mesmo e os resultados obtidos. Os resultados abrangem tanto as estratégias desenvolvidas pelas mulheres como aquelas levadas a cabo pelos profissionais de saúde e a sociedade civil. Ainda neste capítulo se apresenta a análise das deliberações do fórum comunitário, uma estratégia participativa implementada como investigação acção durante o projecto. Finalmente, as conclusões plasmam a triangulação dos dados empíricos e a flexibilidade após a finalização do projecto.

O segundo capítulo sintetiza as necessidades de mulheres em idade reprodutiva, grávidas e mães, enquanto utentes de cuidados primários de saúde, e as desigualdades identificadas no caso específico da Área Metropolitana de Lisboa. Este capítulo integra os resultados do projeto «*Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*» e do projeto paralelo «*Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals*», anteriormente referido (Marie Curie Actions FP7–PEOPLE–2010–IEF). Os resultados sugerem que estratégias como a promoção da competência cultural nos profissionais e organizações de saúde não são eficazes na redução das desigualdades no acesso à saúde nos contextos objecto do nosso estudo, já que as necessidades das mulheres e as desigualdades identificadas vinculam-se principalmente a factores socioeconómicos e condições de desvantagem social estreitamente relacionadas com o desemprego, a precariedade económica e a exclusão social, agravadas no actual contexto de crise; ao aumento das taxas moderadoras imposto pela *Troika*, assim como a deficiências e desigualdades no acesso ao Serviço Nacional de Saúde, também agravadas por causa das medidas de austeridade.

Finalmente, o terceiro capítulo da primeira parte analisa algumas experiências das mulheres imigrantes e refugiadas em Portugal no âmbito da saúde, ilustrando com relatos etnográficos as condicionantes e barreiras que enfrentam quando recorrem ao Sistema Nacional de Saúde. Estes relatos abrangem desde as questões linguísticas até barreiras muito mais subtis associadas às assimetrias entre utentes e profissionais de saúde e ao desconhecimento destes sobre a realidade dos utentes. Ilustra-se como as imigrantes são vistas como o «outro subalterno».

A segunda parte do livro reúne vários trabalhos sobre desigualdades em saúde materno-infantil e saúde da mulher, tanto em Portugal (Bárbara Bäckström e Luís Bernardo), como em outros países, como a Dinamarca (Mário Santos) ou Argentina (Gabriela Maure).

Esta secção começa com o trabalho de Luís Bernardo, que realiza uma análise crítica dos determinantes sociais da saúde materno-infantil em Portugal, du-

rante o período entre 2007 e 2013, definido como «novo regime de austeridade», com base na abordagem teórica proposta por Michèle Lamont e Peter Hall, em que a saúde da população é considerada um indicador chave da «sociedade de sucesso». Este novo regime de austeridade é caracterizado pelo crescente debilitamento do frágil Estado de Bem-estar, com cortes drásticos no sistema público de saúde; aumento do desemprego e as desigualdades sociais como principais determinantes da saúde, tanto objetivos como subjetivos; e uma onda de privatizações, com prioridades na área da saúde. Neste contexto de austeridade, o autor conclui que é possível considerar Portugal como uma sociedade falida, caracterizada pelo deterioro progressivo e grave dos determinantes sociais da saúde materna e infantil como um indicador chave do sucesso ou fracasso de uma sociedade.

A seguir, Mário Santos foca-se especificamente nas desigualdades no acesso ao parto domiciliar como uma opção para o nascimento, através de uma análise comparativa entre os casos de Portugal e Dinamarca. Embora o parto domiciliar como uma opção privada em Portugal e como uma opção pública na Dinamarca mostre algumas semelhanças no que se refere à experiência individual de escolher e planejar o nascimento; uma análise a nível organizacional revela disparidades significativas entre os dois países. No caso de Portugal, o parto domiciliar seguro em condições de baixo risco é acessível a um número limitado de famílias, não só por causa do alto custo económico e a natureza privada desta opção, mas também por causa da escassa qualidade dos cuidados prestados em partos domiciliares, dada a falta de regulamentação e de redes institucionalizadas de pesquisa e prática nesta área. Em contraste, o caso da Dinamarca, onde o parto domiciliar é oferecido como uma opção pública é considerado pelo autor um modelo de sucesso baseado na evidência, garantindo condições adequadas para as famílias que racionalmente escolhem esta alternativa de nascimento.

Gabriela Maure reflete criticamente sobre o papel das instituições de saúde na reprodução das desigualdades de género, através da análise das representações sociais das mulheres imigrantes bolivianas no sistema público de saúde na província de Mendoza, Argentina. A autora mostra que, embora haja um quadro jurídico que estabelece que todos os imigrantes têm direito a cuidados de saúde nas mesmas condições, as instituições públicas de saúde muitas vezes privilegiam uma série de preconceitos de género e culturais sobre mulheres bolivianas. Tais preconceitos são baseados na ignorância de que algumas doenças e experiências em relação ao cuidado do próprio corpo têm uma estreita relação com as condições materiais de vida das mulheres (habitação precária, superlotação, condições de trabalho, etc.). Além disso, são ignoradas com frequência as relações assimétricas de poder que são construídas no seio das famílias, que muitas vezes determinam a forma como as mulheres passam por certas experiências de vida, ao colocá-las em contacto com o sistema de saúde. A autora conclui que essas representações tendem a deslegitimar o direito aos cuidados de saúde, com discursos que enfatizam o suposto uso excessivo dos serviços de saúde públicos.

Para concluir esta secção, Bárbara Bäckström apresenta alguns resultados preliminares de uma investigação qualitativa em curso sobre a saúde das mulheres imigrantes idosas em Portugal, através de entrevistas semi-estruturadas

em dois locais realizadas no contexto de duas associações de imigrantes que lidam com os aspectos da saúde: a AJPAS no Casal da Mira (Amadora), e a Prosaudesc nos Terraços da Ponte (Loures). Um dos principais objectivos do estudo é perceber os canais utilizados para proporcionar bem-estar e cuidados às mulheres imigrantes idosas em relação à saúde. A autora conclui que, na generalidade, o perfil de saúde das imigrantes idosas entrevistadas não se distingue muito do perfil das mulheres portuguesas na mesma situação de pobreza, sendo todas elas mulheres muito vulneráveis economicamente. As imigrantes idosas raramente recorrem a algum dos tipos de prestação de cuidados formais (apoio domiciliário, lares ou centros de dia), sendo estes cuidados assegurados pelas outras mulheres das famílias. As mulheres mais jovens asseguram o cuidar e uma presença contínua traduzida por serviços, bens e suporte material. Neste sentido, a integração social das imigrantes idosas é feita num enquadramento familiar, sendo a reunificação familiar um aspecto fundamental da qualidade de vida e na saúde mental e corporal destas mulheres imigrantes.

Finalmente, na terceira parte do livro examinam-se e propõem-se algumas estratégias e práticas para promover a equidade em saúde materno-infantil em contextos de diversidade e imigração, com especial atenção a experiências e práticas em Portugal. A terceira secção começa com o trabalho de Cláudia de Freitas, no qual se aborda a participação cidadã em saúde como um direito e uma prática essencial da governação participativa, especialmente numa altura em que, como consequência do actual contexto de crise económica e de políticas de austeridade financeira, existe um maior risco de aumento das iniquidades em saúde, especialmente entre os segmentos mais vulneráveis da população. Neste trabalho reflete-se sobre como a participação cidadã pode fomentar um aumento da equidade em saúde e, assim, ajudar ao desenvolvimento de uma cidadania mais plena por parte de todos os cidadãos. Apresentam-se também algumas considerações sobre os fatores promotores da participação cidadã em saúde, dando particular atenção ao caso português, onde apesar do enquadramento legal existente e das sucessivas manifestações de vontade para que se instituassem espaços participativos, a participação cidadã em saúde é ainda muito incipiente.

A seguir, Vasco Caleira, Fernanda Costa, António Marques e Isabel Rebelo apresentam um trabalho de investigação-ação focado na promoção da parentalidade partilhada, consequente da relação protocolada entre a SEIES e a ESS-IPS, instituições preocupadas com a necessidade de tornar mais ágil a sensibilização de pais e mães para a licença da coparentalidade, na promoção da igualdade de género e no incentivo dos/as profissionais de enfermagem a constituírem-se agentes desta sensibilização. O objetivo do projeto é envolver homens e mulheres na parentalidade partilhada, a partir dos serviços especializados na área da saúde. Os autores descrevem o desenvolvimento da pesquisa, desde o estudo exploratório até à construção e validação do Kit «*Cuidar a Coparentalidade*», que se objetiva como ferramenta de trabalho dos profissionais de saúde que têm a mulher e o homem, pais ou futuros pais, como público-alvo das suas intervenções cuidativas.

Finalmente, Elizabeth Challinor propõe o diálogo intercultural como estratégia para promover a equidade na saúde materna e infantil, a partir de um trabalho de investigação etnográfica com mulheres caboverdianas em Portu-

gal. Elizabeth Challinor apresenta uma análise crítica das explicações culturais, muitas vezes realizadas por profissionais de saúde a partir de uma desconstrução do conceito de «cultura»; a adverte sobre os riscos das estratégias baseadas na promoção da competência cultural, dada a sua tendência a promover visões estereotipadas das mulheres imigrantes que enfatizam as diferenças culturais e obscurecer o papel das assimetrias estruturais de poder, não reconhecendo o papel da biomedicina como sistema cultural dominante nos serviços públicos de saúde em Portugal. Em conclusão, a autora propõe uma mudança das explicações culturais para o diálogo intercultural, enfatizando a necessidade de promover melhorias nas condições institucionais e organizacionais do sistema nacional de saúde como um pré-requisito para garantir a qualidade e eficácia do acesso e participação dos utentes, tanto imigrantes como autóctones, nos serviços públicos de saúde em Portugal

Referências

- Aleinikoff, A. e Klusmeyer, D. (Eds.) (2002) *Citizenship policies for an age of migration*, Washington DC: Carvegie. Endowment for International Peace.
- Bartlett, L.; Jamieson, D.; Kahn, T.; Sultana, M.; Wilson, H. e Duerr, A. (2002), «Maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan, 1999–2000» in *Lancet*, Vol. 359, pp. 643–649.
- Baubock, R. (2003), «Towards a political theory of immigrants transnationalism», in *International Migration Review*, Vol. 37, N.º 3, pp. 700–723.
- Carballo, M. e Nerukar, A. (2001), «Migration, refugees, and health risks», in *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 7, N.º 3, pp. 556–560.
- Fraser, N. (1995), «From retribution to recognition? Dilemmas of justice in a “Post-socialist” Age», in *New Left Review*, Vol. 1, N.º 22, pp. 68–93.
- Gargiulo, E. (2008), *Inclusione esclusiva. Sociologia della cittadinanza sociale*, Milão: Franco Angeli.
- Ingleby, D.; Chiarenza, A.; Devillé, W. e Kotsioni, I. (Eds.) (2012b), *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*, Vol. II, Antwerp/Apeldoorn: Garant.
- Ingleby, D.; Krasnik, A.; Lorant, V. e Razum, O. (Eds.) (2012a), *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities*, Vol. I, Antwerp/Apeldoorn, Garant.
- Machado, M.; Santana, P.; Carreiro, H.; Nogueira, H.; Barroso, R. e Dias, A. (2007), «Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes» in *Revista Migrações*, N.º 1, pp. 103–127.
- Silva, M. (2013), «Crise, democracia e desenvolvimento: o lugar periférico de Portugal», in *RES*, N.º 19, pp. 153–168.

WHO, Regional Office for Europe (2010), *How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

I

Health and citizenship: Gaps and needs in intercultural healthcare to immigrant mothers

Saúde e Cidadania em tempos de crise: disparidades e necessidades nos cuidados de saúde às mães imigrantes

*Beatriz Padilla**

Elsa Rodrigues†

Alejandra Ortiz‡

Introdução

A imigração representa uma oportunidade para a União Europeia (UE); ao mesmo tempo que contraria o envelhecimento demográfico da população, atende às necessidades do mercado de trabalho, pelo que ambos aspectos são essenciais para o desenvolvimento económico e sociocultural da UE. A chegada de imigrantes é também um desafio dado que novas necessidades podem surgir quando a população se torna mais heterogénea e diversa. Neste sentido, os processos de acomodação são vários e envolvem tanto a sociedade e o estado de destino, como os próprios migrantes. Enquanto as sociedades de acolhimento se adaptam ao novo contexto de convivência e os Estados garantem a integração de todas as populações, incluindo os imigrantes, os migrantes iniciam um processo de ajustamento à nova realidade social, política, económica e governamental.

Não há dúvida que uma vertente fundamental da adaptação e integração dos imigrantes é o âmbito da saúde. No entanto, até agora muitos dos instrumentos usados para avaliar as políticas de integração não contemplam especificamente o campo da saúde, dado que frequentemente as políticas que visam a integração dos imigrantes e as de saúde, mesmo que direccionadas aos imigrantes, não dialogam. Inclusivamente as políticas de integração e as de saúde estão abrangidas por diferentes ministérios a nível nacional (Ministérios da Presidência e Ministério da Saúde respectivamente), e por diferentes Direcções-Gerais a nível europeu (Direcção-Geral de Assuntos Internos ou DG-Home, e Direcção-Geral de Saúde e Consumo ou DG-Sanco). Em consequência, por não existir uma

*Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade do Minho. Investigadora no Centro de Investigação em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, CICS – UM: ✉ padilla.beatriz@gmail.com

†Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa:
✉ elsamarodrigues@gmail.com

‡CIES – IUL: ✉ aleortizscaglione@gmail.com

planificação transversal nem integrada entre estas políticas, a imigração coloca um grande desafio ao âmbito da saúde: a prestação universal e equitativa dos serviços e cuidados de saúde.

Embora tenha sido afirmado inúmeras vezes que o acesso, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde para a toda a população, independentemente do sexo, etnia ou país de origem, é uma questão de direitos humanos (Fernandes e Pereira Miguel, 2009), que determina a inclusão ou exclusão social dos imigrantes na sociedades e acolhimento (Ingleby et al., 2005), na prática a concretização destes direitos não é um dado adquirido, pelo contrário, já que as experiências constatadas na realidade variam, consoante os contextos específicos (geográficos) e ao longo do tempo. Ou seja, as experiências dos imigrantes com o Serviço Nacional de Saúde, quer no acesso, acessibilidade e qualidade, não é uniforme em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) mas bastante diferenciado, como veremos mais a frente. Por outro lado, aspectos como o acesso, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, têm variado também ao longo do tempo, especialmente a volta do estatuto legal dos imigrantes, com uma tendência ao aumento da exclusão dos indocumentados.

No que diz respeito aos fluxos migratórios, as tendências actuais demonstram a feminização da migração e a crescente participação das mulheres migrantes na demografia europeia e portuguesa. Verifica-se assim uma maior participação das imigrantes na nupcialidade, registada no incremento nos casamentos mistos (Ferreira e Ramos, 2011, 2012) e simultaneamente, na contribuição da manutenção das taxas de natalidade e fecundidade em Portugal, já que se as imigrantes não tivessem filhos, a quebra nas taxas de natalidade seria mais marcada. Neste sentido, o bom estado de saúde das imigrantes é fundamental, sobretudo tratando-se das grávidas e mães, tendo em vista o seu futuro e dos seus descendentes como futuros cidadãos europeus.

Contudo, os estudos sobre a saúde das imigrantes são contraditórios. Enquanto alguns têm demonstrado que as migrantes apresentam piores indicadores de saúde, outros têm mostrado aspectos mais positivos, especialmente ao nível dos indicadores relacionados com os estilos de vida. Por exemplo, as imigrantes apresentam um nível mais elevado de aleitamento materno, hábitos alimentares mais saudáveis, menor consumo de tabaco e álcool durante a gravidez, se comparadas com às mulheres autóctones (Sword, Watt e Krueger, 2006; Machado et al., 2007; Bollini et al., 2009; Fernandes et al., 2009; Zwart et al., 2010; Luque, Bueno e De Mateo, 2010). Em Portugal, a investigação neste âmbito é recente, sendo que pouco se sabe sobre a saúde das mulheres imigrantes (Machado et al., 2007) e sobre o acesso aos cuidados de saúde incluindo a saúde reprodutiva e materno-infantil. Este desconhecimento aponta para a necessidade de desenvolver mais pesquisas nesta matéria, e esta lacuna foi justamente uma das principais motivações para a realização do projecto “Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção em saúde às mães imigrantes”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, sobre o qual esta primeira parte do livro se debruça.

A investigação sobre questões epidemiológicas e médicas é escassa, como mencionado, e existem ainda menos estudos focados nas experiências de mater-

nidade das imigrantes, como vivenciam o contacto com o Sistema Nacional de Saúde (SNS), a que apoios têm acesso, como ultrapassam as dificuldades e que estratégias de saúde delineiam. Por outro lado, também sabemos pouco sobre como os profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiros/as, psicólogos/as e assistentes sociais) lidam concretamente com as populações migrantes, se estão preparados/as e que estratégias desenham para ultrapassar e/ou confrontar os problemas. Estes aspectos também foram integrados no projecto em causa, dado que o principal objectivo não era promover um modelo e uma visão biomédica, mas em adoptar numa abordagem interdisciplinar das ciências sociais e da medicina social, assente numa preocupação sobre as questões vinculadas ao acesso, a acessibilidade e a qualidade, que em conjunto operam sobre a equidade na saúde (Padilla et al., 2013).

Um imponderável que surgiu ao longo da realização do projecto, não previsto na concepção inicial, foi a crise económica que atingiu Portugal desde 2009, embora agudizada a partir de 2011 com a chegada da *Troika* (Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia e Banco Central Europeu). Neste sentido, o projecto conheceu um cenário privilegiado que permitiu observar como as medidas de austeridade e os cortes orçamentais, por um lado, e os aumentos tanto dos custos individuais (taxas moderadoras) e da subcontratação de serviços de saúde com os privados, pelo outro, vieram influenciar o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde. Especificamente, testemunhámos como estas mudanças tiveram um impacto directo no acesso, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde, especialmente entre as populações imigrantes e os seus descendentes.

Simultaneamente, as restrições no contexto do SNS aconteceram em paralelo com a implementação de mudanças estruturais do próprio SNS que em 2009 incorporou uma série de mudanças organizacionais e operacionais. Por um lado, abrangeu uma verticalização dos serviços de saúde (Administrações Regionais e Agrupamentos) e por outro, uma diferenciação entre as entidades locais que prestam cuidados de saúde (diferentes tipos de unidades, i.e. Familiar, Cuidados na Comunidade; Cuidados Personalizados, etc.), que tem tido alguns efeitos perversos quanto aos serviços de proximidade (Padilla et al., 2013).

Desde 2011, que o contexto de crise significou o crescente empobrecimento da população portuguesa e estrangeira, com a evidente consequência da deterioração da saúde e o aumento das desigualdades em saúde, com efeitos mais claros nas populações vulneráveis, já que, como indica a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), os processos de exclusão social são a principal causa de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Consequentemente, o repentino desinvestimento em saúde, especialmente na saúde dos mais vulneráveis, pode custar a Portugal pelo menos uma parte dos 20 anos anteriores de investimento, que o tinham posicionado o país num lugar de destaque com bons indicadores de saúde materno-infantil comparativamente aos níveis europeu e internacional.

Em resposta, o projecto foi ao encontro dessa realidade, reforçando a componente de investigação-acção e o envolvimento dos actores. Assim, a equipa viveu a experiência como um projecto comprometido com o objecto de estudo,

atitude própria da sociologia e da antropologia “implicadas” (Ortiz Mateos, 1998). Pelo que o propósito último foi não só estudar a realidade mas promover a cidadania em saúde dos imigrantes, em particular das mulheres, como primeiro passo para impulsionar os direitos de cidadania em Portugal, enfatizando que a saúde e os cuidados de saúde são direitos fundamentais. Assim, a cidadania em saúde significa “crescente envolvimento do cidadão em assumir mais responsabilidades em saúde e tomar decisões informadas em relação à saúde” (Padilla, 2008), situação que leva a um envolvimento consciente de exercício da cidadania.

Embora Portugal reconheça os direitos dos migrantes relativamente ao Sistema Nacional de Saúde, garantindo o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos independentemente da sua situação legal (Despacho N. 25 360/2001), na prática tem sido comprovado que o acesso está condicionado por uma série de barreiras de diferente índole (Padilla et al., 2013; Padilla, 2013). No quotidiano, persistem uma série de obstáculos à comunicação como o desconhecimento da língua, a falta de informação, a limitada competência cultural por parte dos profissionais de saúde, as resistências administrativas, e ainda as questões económicas, entre outras. Esta situação obrigou-nos a reflectir sobre a interacção entre a cultura e a exclusão social no âmbito da saúde, já que a falta de recursos económicos, as más condições de habitação e a precariedade laboral estão geralmente associados a uma saúde deficitária.

O projecto, de natureza comparativa, analisou o papel das desigualdades, da exclusão social e da cultura na saúde das mulheres imigrantes e autóctones no relativo aos cuidados da saúde reprodutiva e materno-infantil. Considerou os diferentes actores envolvidos: as mulheres imigrantes e autóctones, os profissionais de saúde, os técnicos de apoio social, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as organizações da comunidade. Consequentemente, a população alvo incluiu as mulheres grávidas/mães imigrantes e autóctones; as adolescentes sem e com filhos e ainda os profissionais de saúde, como agentes fundamentais na prestação de cuidados de saúde. Além da abordagem comparativa entre as populações, o projecto adoptou uma abordagem comparativa dos territórios geográficos com o intuito de comparar as práticas, os recursos e as políticas particulares existentes.

Os contextos geográficos seleccionados foram as áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto. No entanto este capítulo alude à Área Metropolitana de Lisboa (AML). Dentro da mesma, vários distritos foram seleccionados: Amadora, Loures, Lisboa, Seixal, Sintra e Oeiras, e dentro destes, alguns territórios foram escolhidos, nomeadamente bairros. Ainda, dentro do território correspondente à Câmara Municipal de Lisboa, o estudo também contemplou a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). Justificamos esta decisão, como um reconhecimento imposto pelo contexto, dado que uma parte da população que acede aos serviços da Santa Casa são populações muito vulneráveis entre as quais os imigrantes. Esta abordagem procurava identificar tanto a diversidade detectada nas diferentes realidades como as estratégias locais desenvolvidas em resposta aos desafios colocados pela população imigrante na prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, o estudo optou por uma aproximação à saúde comunitária, mais próxima das pessoas, pelo que os interlocutores principais foram os centros de saúde (sob várias das denominações dos centros de saúde na actual re-organização do SNS), embora também alguns hospitais fossem considerados

quando a realidade assim o indicasse.

Como se poderá observar mais a frente (no próximo capítulo), este projecto desenvolveu-se em paralelo e em colaboração com um projecto intitulado *“Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psychosociopolitical approach to cultural competence in health professional”*, financiado pelo 7 Programa Quadro da Comissão Europeia (Marie Curie Actions FP7–PEOPLE–2010–IEF), o qual permitiu a incorporação de dados quantitativos recolhidos através de um inquérito. Os resultados do mesmo actuaram como retro-alimentação do presente projecto.

O projecto *“Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrante”* inspirou-se no projecto *“Mães entre duas culturas”* desenvolvido pela Associação Saúde e Família (Catalunha, Espanha) que foi identificado como boa prática. No entanto, o mesmo foi adaptado tanto à realidade portuguesa como às características da equipa investigação, constituída por investigadoras das ciências sociais (da Sociologia, Antropologia, Psicologia Social e Ciências Políticas). Tal situação condicionou o desenvolvimento do mesmo no relacionamento com os profissionais de saúde e com as unidades de saúde, mas facilitou-o junto da sociedade civil. Inicialmente, o ponto de partida foi a saúde das grávidas mas a abordagem posteriormente mudou, abrangendo a saúde materno-infantil e reprodutiva, por permitir uma visão mais integradora não só das mulheres e as suas famílias, mas também na óptica dos profissionais de saúde. Esquemáticamente, o público-alvo foi triplo: a) mulheres (grávidas adultas, grávidas adolescentes, mulheres com crianças pequenas, imigrantes, descendentes de imigrantes e autóctones); b) profissionais de saúde (médicos/as, enfermeiros/as, assistentes sociais, psicólogos/as) e c) associações da sociedade civil. A tabela 1 resume a população-alvo, os sistemas de saúde estudados e os contextos/distritos dentro da AML.

Tabela 1 – Populações alvo e contextos de estudo

População alvo	Sistemas de Saúde	Contextos da AML
– Mulheres	– SNS	– Lisboa
– Profissionais de Saúde e outros	– SCML	– Loures
– Líderes e técnicos de ONG's	– Outros (ONG's, cooperativas, etc.)	– Amadora
		– Seixal
		– Oeiras
		– Sintra

De forma resumida, os objectivos específicos do projecto foram:

- Conhecer as necessidades das mulheres imigrantes e autóctones no que concerne ao acesso e à qualidade da saúde materno-infantil e reprodutiva.
- Identificar barreiras específicas (exógenas e endógenas) que comprometam o acesso e utilização dos serviços de saúde previstos e disponibilizados para a população definida.

- Comparar as percepções das imigrantes relativamente à qualidade e adequação de cuidados de saúde recebidos com a percepção dos profissionais de saúde que prestam esses cuidados.
- Identificar boas práticas em saúde materno-infantil e reprodutiva com vista a desenvolver ferramentas interculturais e modelos de acção passíveis de aplicação noutros contextos.
- Adoptar uma abordagem de investigação-acção, visando promover a cidadania em saúde entre as mulheres, em conjunto com as suas comunidades e com as instituições de saúde.
- Conhecer a acessibilidade das imigrantes aos serviços de planificação familiar e de interrupção voluntária da gravidez (IVG) por comparação com as mulheres autóctones.

Metodologia

O projecto teve um carácter essencialmente qualitativo, que concilia um enfoque interdisciplinar integrando as perspectivas da Sociologia, da Psicologia Comunitária e da Antropologia, assentado na combinação de vários métodos de recolha de informação que incluiu entrevistas com informantes-chave diversos (profissionais de saúde, assistentes sociais, mediadores interculturais, associações, líderes comunitários), observação participante, entrevistas em profundidade a mulheres imigrantes e nacionais (de diversas idades e origens), estudos de caso, grupos focais, aliança comunitária e fórum comunitário. Algumas das actividades realizadas em parceria com a sociedade civil implicaram investigação-acção, tanto com as mulheres envolvidas como com um conjunto de informantes-chave como associações, profissionais de saúde, especialmente através do Fórum Comunitário. Contudo, também contemplou metodologias quantitativas, nomeadamente a aplicação de inquéritos e a análise das estatísticas disponíveis através da parceira com o projecto *“Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals”*, financiado pelo 7 Programa Quadro da Comissão Europeia (Marie Curie Actions FP7-PEOPLE-2010-IEF), como mencionado. Em consequência, no global, o enfoque foi multi-método o que permitiu a posterior triangulação de resultados. A tabela 2 apresenta a informação detalhada dos/as participantes no estudo.

Tabela 2 – Entrevistas segundo a população-alvo

<u>Actores e População</u>	<u>N.</u>
Mulheres	65
Grávidas	15
Mães com crianças <4 anos	38
Mães com crianças >4 anos	8
Mulheres sem filhos	4
Profissionais de Saúde	55
Médicos	25
Enfermeiros	30
Outros profissionais do SNS	25
Assistentes sociais	22
Mediadores interculturais	3
Estado e Sociedade civil	40
Associações – ONG's	22
Agências de governo	1
Câmaras municipais	3
Organizações profissionais	2
Instituições educativas	10
Outros	3
TOTAL	185

Trabalho de campo

Tal como mencionado, a recolha de dados adoptou várias estratégias metodológicas, no entanto a equipa esteve sempre focada nas questões da saúde comunitária desenvolvida nos centros de saúde e nas associações locais, de modo a privilegiar os canais de acesso à informação e às populações alvo: mulheres (grávidas, com filhos pequenos, imigrantes e autóctones) e profissionais da saúde, além dos informantes-chave identificados. Devido ao empobrecimento geral da população no contexto da crise económico-financeira pós-*Troika*, e ao seu impacto sobre os imigrantes, o trabalho de campo também abrangeu os serviços da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) atendendo ao papel relevante desta instituição relativamente à saúde e outros serviços sociais junto das populações mais vulneráveis.

O trabalho junto dos centros de saúde exigiu a autorização da Administração de Saúde – Região Lisboa e Vale do Tejo como primeiro requisito. Uma vez obtido, o processo implicou:

1. Contacto com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais em cada contexto de estudo);
2. Pedido de autorização para fazer entrevistas abertas aos profissionais de saúde;
3. Realização de entrevistas;
4. Pedido de autorização (dirigido aos profissionais) para contacto com utentes alvo do projecto (adolescentes, mulheres grávidas ou não grávidas mas em idade fértil, mães recentes);

5. Entrevistas às mulheres sinalizadas pelos profissionais de saúde (com consentimento informado) e/ou pelas associações e ONG's.

Paralelamente, procedeu-se à elaboração conjunta dos guiões de entrevistas em profundidade e da grelha de observação participante e também dos guiões para os profissionais de saúde e os líderes associativos. A seguir, realizaram-se entrevistas a informantes-chave do sector público e privado, profissionais de saúde e utentes. Foram entrevistados profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que trabalham diretamente no atendimento da população imigrante bem como as próprias mulheres imigrantes, grávidas e/ou com filhos menores de 36 meses, na sua maioria utentes do SNS. Os profissionais da SCML também foram entrevistados.

Desde o início, de forma indutiva e recorrendo à teoria fundamentada (Glaser e Strauss, 1967; Strauss e Corbin, 1998), após as primeiras entrevistas com informantes-chave, profissionais de saúde e utentes, a equipa começou a identificar as dimensões de análise e as principais variáveis. Assim se identificaram diferentes níveis de análise: barreiras ao acesso, estratégias para ultrapassá-las, políticas e práticas no âmbito da saúde.

A aproximação via centro de saúde foi complementada com outros contactos mediados pela sociedade civil (associações, ONG's, etc.), que identificaram mulheres para que participassem no estudo. Com algumas destas mulheres foi possível aprofundar as suas realidades, pelo que foram realizados alguns estudos de casos que envolveram para além da entrevista em profundidade, observação participante durante consultas de rotina, idas ao hospital, durante o internamento para o parto, acompanhamento na realização de meios complementares de diagnóstico (ecografias), idas ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), visitas a instituições de apoio a grávidas, entre outros. Esta estratégia de acompanhamento foi desenvolvida com o consentimento delas, e em várias ocasiões, a pedido das interessadas. Esta abordagem permitiu enriquecer, contextualizar e melhorar a percepção das investigadoras sobre a realidade envolvente das imigrantes, os seus problemas e as estratégias adoptadas para os ultrapassar.

Posteriormente, com algumas destas associações, a equipa organizou duas intervenções como parte da estratégia de investigação-ação. Um dos eventos foi um *workshop* de formação/intervenção com mães jovens sobre nutrição, saúde do bebé e da criança, que foi liderado por uma médica estrangeira, em Sintra. O segundo evento foi realizado em Loures e consistiu na celebração do dia da mãe, com grávidas e mães, num encontro formativo e lúdico que contou com uma equipa de especialistas (médica, dentista, professora de *yoga*) que realizaram conversas formativas nas áreas da especialidade correspondente, seguido da entrega de um enxoval para o bebé, roupas para bebés e crianças (muitas mães tinham filhos mais velhos), roupas para grávidas, brinquedos, e outros elementos, os quais foram obtidos através de uma campanha de angariação de artigos para mães e bebés coordenada pela equipa, realizada nos meses anteriores, envolvendo círculos de amigas e o próprio ambiente académico.

Alguns membros da equipa acompanharam as mães nas consultas de saúde

infantil e materna e realizaram observação participante e não participante durante as actividades de intervenção programadas, nas visitas às Unidades Móveis aos bairros, nas visitas domiciliárias e nas sessões de formação. O acompanhamento das unidades móveis envolveu as várias actividades de intervenção comunitária realizadas nos territórios abrangidos pelos centros de saúde escolhidos (Amadora e Seixal) tais como vacinação, consultas de saúde reprodutiva, distribuição de preservativos, medição da tensão arterial e marcação de consultas com o centro de saúde.

Dado que parte do trabalho de campo foi realizado em parceria e junto das associações e dos centros de saúde, um objectivo fundamental foi a identificação de algumas boas práticas. A seguinte tabela ilustra algumas das boas práticas identificadas no terreno, embora não tenham sido avaliadas sistematicamente como num trabalho realizado anteriormente (Padilla, Hernández-Plaza e Ortiz, 2012). Como se apreciará, várias delas referem-se as unidades móveis e/ou aos serviços de proximidade; outras são intervenções específicas desenvolvidas por associações e entidades da sociedade civil, algumas das quais de afiliação religiosa. Para serem consideradas boas práticas nos contextos considerados, levou-se em consideração que as mesmas seguissem uma filosofia de intervenção de saúde comunitária, que visassem o empoderamento dos usuários, que atendessem às necessidades das populações locais adaptando-se aos contextos, que privilegiassem o serviço de proximidade e a qualidade das equipas.

Tabela 3 – Algumas boas práticas em saúde reprodutiva e materno-infantil

Nome da Prática	Tipo de intervenção	Contexto
Saúde sobre rodas	Unidade móvel	Seixal
Projecto de Intervenção Comunitária	Unidade móvel polivalente	Amadora
Unidade Móvel do ACES Lisboa Oriental	Unidade móvel	Lumiar/Ameixoeira & Marvila
Entre pais entre pares	Formação parentalidade	Sintra
Grupo comunitário	Planificação e implementação conjunta de intervenções comunitárias	Lumiar/Ameixoeira
Espaço Integrar	Apoios vários a imigrantes, banco alimentar	Loures
Ajuda de berço	Apoios às grávidas e bebés	Lisboa
Media Jovem, Nossa Resposta ao VIH/SIDA	Trabalho de prevenção	Amadora
Apoio à vida	Vários apoios à grávida e bebés	Lisboa
Mums&Kids	Integração do agregado familiar (jovens mães e filhos)	Lisboa
Teatro Fórum	Obra de teatro sobre a maternidade precoce	Amadora

Conforme planejado, teve-se uma outra aproximação participativa aos contextos de estudo, envolvendo todas as entidades participantes (centros de saúde, ARS-LVT, associações) na realização do que denominamos Fórum Comunitário. Este visou promover uma estratégia de intervenção focalizada que teve a vantagem de promover o diálogo e a participação dos actores envolvidos ao longo do projeto, ao mesmo tempo que facilitava o contacto direto entre as organizações e profissionais para que pudessem colaborar no futuro, facilitando uma alternativa para a sustentabilidade do projeto a longo prazo. Neste evento, além de partilhar as experiências próprias dos diferentes contextos e realidades, realizaram-se três *workshops* de diagnóstico de necessidades, que abordaram três temáticas diferentes, com o intuito de gerar o debate com e entre parceiros e representantes da sociedade civil, na construção das alianças comunitárias. Para que a equipa estivesse focada na observação, solicitou-se ajuda para a moderação de alguns dos contactos privilegiados. Assim, cada *workshop* foi moderado por indivíduos que tinham sido identificados como relevantes, quer pelas qualidades pessoais, quer pelo âmbito de actuação (uma profissional de saúde, uma académica e uma técnica de uma fundação). A tabela 4 resume as três temáticas abordadas:

Tabela 4 – Temáticas dos *workshops* do Fórum Comunitário

- Workshop 1:** Relacionamentos entre profissionais da saúde e utentes: o diálogo possível
- Workshop 2:** Influências dos factores socioeconómicos no acesso à saúde
- Workshop 3:** O *empowerment* das mulheres nas suas comunidades

O encerramento do Fórum Comunitário contou com a participação de um grupo comunitário de jovens que constituem um grupo de teatro denominado Grupo de Teatro Fórum do Casal da Mira (Amadora). Os jovens fizeram uma performance interpretando uma peça de teatro cujo guião abordava o tema da gravidez na adolescência segundo a experiência duma família caboverdiana.

Vale a pena salientar ainda que um segundo propósito do Fórum Comunitário foi iniciar de forma conjunta a construção das conclusões do projeto, recorrendo à participação de todos tomando em consideração os contributos da discussão pública dos agentes envolvidos. Neste sentido, na conferência final do projeto celebrada em Março de 2014, as conclusões e recomendações do Fórum Comunitário também foram apresentadas, já que desde o início do projeto, se identificou como estratégia a disseminação de resultados não só em publicações científicas mas também de forma mais direta, para os públicos-alvo com quem se assumiu um compromisso.

As principais conclusões dos debates realizados no Fórum Comunitário são apresentadas na secção das conclusões, no fim deste capítulo.

Análise transversal dos dados: questões

Em meados de 2013 as entrevistas com informantes-chave, profissionais de saúde e mulheres foram finalizadas, assim como os estudos de caso, as observações participantes e não participantes e avançou-se para a codificação dos dados recolhidos (transcrição de entrevistas, diários de campo e observações). Recorremos ao programa *MaxQda Plus Version 10*, no qual fizemos em primeiro lugar a codificação e em segundo lugar a análise. Posteriormente, em Dezembro do mesmo ano, procedemos à codificação dos resultados do Fórum Comunitário (transcrição dos três eixos temáticos) e das conclusões apresentadas por cada moderador e posteriormente procedemos à sua análise. A análise do conjunto destes dados constitui a principal fonte de informação para as conclusões e recomendações do projeto que posteriormente apresentamos neste capítulo.

Tal como sugere a teoria fundamentada (Glaser e Strauss, 1967; Strauss e Corbin, 1998), as categorias e códigos foram surgindo de forma natural e intuitiva quando começamos a ler e analisar as entrevistas e diários de campo. Foram contempladas categorias que podiam ser diferentes ou semelhantes, dependendo dos discursos dos diferentes atores analisados: mulheres (imigrantes/autóctones); profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, outros); líderes associativos e autoridades. Neste sentido, identificamos necessidades de saúde em diferentes níveis: pessoal, relacional, organizacional, comunitário, sócio-económico, dos sistemas de saúde e das políticas. Tanto as mulheres como os profissionais de saúde identificaram barreiras de acesso/problemas de acessibilidade e reconheceram diferentes limitações. Muitas decorrem da atual situação de crise marcada pela austeridade e os cortes orçamentais dentro SNS, por um lado, e pelo aumento das taxas moderadoras e o nível de vida, por outro. Os depoimentos ilustram tanto as perspectivas das mulheres e mães como as dos profissionais de saúde.

Objectivos atingidos: temáticos e metodológicos

O projeto atingiu os principais objectivos do estudo, entre eles:

- Caracterizar e conhecer as necessidades interculturais de saúde materno-infantil e reprodutiva, nos contextos estudados.
- Identificar as barreiras e obstáculos no acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.
- Comparar as percepções das utentes (imigrantes e nacionais) e dos profissionais de saúde sobre o acesso e qualidade dos cuidados de saúde.
- Identificar boas práticas no terreno que desenvolvam modelos interculturais.
- Contribuir para a formação/consolidação de redes de apoio e de intervenção nestas matérias envolvendo a sociedade civil e autoridades de saúde.

- Desenvolver abordagens empoderadoras para as mulheres e as suas comunidades, na medida do possível.

Em consequência, o projecto desvendou que já existem muitas práticas e intervenções no terreno mas devido à crise muitas delas estão a ser descontinuadas ou têm sofrido alterações significativas. Muitas destas práticas são de carácter local e dão resposta às realidades locais. No entanto, identificamos também a existência de amplas diferenças quanto ao tipo e número de intervenções nos diferentes contextos geográficos estudados. Foi possível identificar tanto Câmaras Municipais como ACES mais activas e comprometidas com a intervenção no âmbito da saúde dos imigrantes e outras menos activas. A diferença entre umas e outras parece responder a uma conjugação entre a ideologia dominante nas mesmas (tendência e orientação partidária) que se mostram mais ou menos preocupadas com a situação dos seus residentes, e o papel que as organizações da sociedade civil assumem nesses territórios.

Metodologicamente o projecto também atingiu os seus objectivos. Contudo, foi necessária uma adaptação do modelo inicial (boa prática de Barcelona) à realidade local, especialmente ao nível da planificação das intervenções (investigação-ação) e do próprio acesso à população-alvo, devido às dificuldades em chegar às mulheres grávidas. O acesso ao objecto de estudo esteve condicionado pelo facto da equipa não contar com profissionais de saúde, nomeadamente médicos/as e/ou enfermeiras/os.

Por outro lado, verificou-se que nem sempre é possível ou desejável realizar intervenções ou investigação-ação em todos os contextos, já que quando estes são muito ativos e participados, uma tentativa de intervenção pode resultar numa duplicação (desnecessária) de programas existentes ou numa aparente concorrência, que seria menos desejável ainda. E pode acontecer que as próprias comunidades ou entidades não manifestem interesse nas atividades. Neste sentido, deve-se destacar que um aspecto chave da investigação-ação é que os envolvidos concordem com a participação. Em qualquer caso, a equipa do projeto conseguiu desenhar uma estratégia para ultrapassar as dificuldades, especialmente as que resultaram das contingências do trabalho de campo, que normalmente implica contornar vicissitudes de forma e conteúdo.

Resultados

Os resultados de um projeto tão abrangente são complexos. Para uma melhor leitura dos mesmos, agrupamos os resultados por categorias. Por um lado, as estratégias de promoção da equidade em saúde por parte das mulheres imigrantes, por outro, as estratégias de promoção da equidade por parte da sociedade civil e dos profissionais de saúde, de modo a abarcar as perspectivas dos principais públicos-alvo. E apresentamos os resultados do Fórum Comunitário como produto de um processo deliberativo com estes públicos-alvo.

Cada secção de resultados resulta duma análise específica dos dados, pelo que o número de entrevistas e tipo varia conforme a categoria, se comparada

com a tabela geral apresentada (tabela 2) e com os dados das sessões temáticas do Fórum Comunitário. No entanto, antes de passar à análise apresentamos uma versão resumida de resultados preliminares, alguns dos quais já publicados (Padilla, 2013; Padilla et al., 2013), sobre as barreiras no acesso aos cuidados de saúde que classificamos como barreiras endógenas ou internas, exógenas ou externas e de auto-exclusão (Padilla, 2013, p. 59). As endógenas referem-se às barreiras inerentes ao sistema de saúde e seus diferentes níveis (profissionais de saúde, centros de saúde, etc.) e estão relacionados com os processos de desempenho do sistema de saúde, as infraestruturas do sistema, a alocação interna de recursos e a eficácia da cobertura. As exógenas convocam outros aspectos da sociedade e do contexto geográfico, social e económico, não diretamente relacionados com o sistema de saúde, mas que têm um impacto sobre a deterioração da saúde e falta de acesso aos cuidados de saúde. E finalmente as de auto-exclusão que refletem uma situação que condiciona o acesso aos serviços ou cuidados por situações como o estigma social ou pessoal que leva à patologização (Padilla, 2013, p. 60). Contudo, os três tipos de barreiras identificadas são influenciadas pela situação de crise caracterizada pelos cortes orçamentais mas isso é mais evidente nos dois primeiros tipos. Dado o impacto destas barreiras, tanto as mulheres como a sociedade civil (associações) e o próprio SNS desenham e articulam estratégias e recursos para minimizar as limitações impostas.

A – Estratégias de promoção da equidade em saúde das mulheres imigrantes da Área Metropolitana de Lisboa

Nesta secção apresentam-se as principais estratégias identificadas entre as mulheres imigrantes em relação ao acesso aos cuidados de saúde. No início, realiza-se uma breve descrição do perfil das utentes consideradas e que fizeram parte do estudo, seguido da análise das estratégias por elas utilizadas para ultrapassar as barreiras no acesso à saúde. Finalmente, apresentam-se as considerações e reflexões finais.

1) Caracterização das utentes imigrantes e nacionais:

Na recolha dos dados foram utilizadas, como já mencionámos, técnicas de investigação qualitativa, nomeadamente entrevistas em profundidade. As mesmas foram realizadas em diversas zonas da Área Metropolitana de Lisboa, na Amadora, Lisboa, Sintra, Seixal e Loures. Algumas decorreram nos bairros de Santa Filomena, Cova da Moura e Bairro 6 de Maio na Amadora; Mira Sintra em Sintra; Amora e Torre da Marinha no Seixal; Apelação e Quinta da Fonte em Loures e no Lumiar/Ameixoeira em Lisboa. O trabalho de campo começou Março de 2012 e finalizou em Junho de 2013.

Do total de 65 entrevistas, para esta análise consideramos 61 entrevistas em profundidade com mulheres imigrantes, nacionais e descendentes de imigrantes: 10 nacionais, 10 descendentes de imigrantes de países africanos de língua

oficial portuguesa (PALOP) e 41 mulheres imigrantes dos países de maior imigração residentes nos contextos estudados: Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Angola e Brasil. As tabelas descrevem a amostra e oferecem uma caracterização sócio-demográfica segundo alguns aspectos relevantes.

Tabela 5 – Distribuição das mulheres por origem e zona de residência

Origem	Total	61
	Nacional	10
	Angola	9 (6+3)
	Brasil	6
	Cabo Verde	14 (8+6)
	Guiné Bissau	10
	São Tomé e Príncipe	7 (6+1)
	Outro	5
Zona	Total	61
	Lisboa	12
	Amadora	11
	Sintra	15
	Loures	17
	Seixal	6

Relativamente às idades das mulheres, as mesmas encontram-se compreendidas entre os 17 e os 47 anos. A maioria pertence ao grupo entre os 25 e 34 anos. O grupo das mulheres menores de 25 anos é considerável, das quais 8 são menores de 21 anos (ver tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das mulheres por grupo etário e origem

Grupo etário	Total
15-20	4
21-24	18
25-34	21
> 35	14
N.R.	4

Os determinantes sociais da saúde sugerem que existem vários fatores sociais que têm um impacto no estado de saúde dos indivíduos, entre eles o emprego e as condições laborais. Neste estudo, a situação laboral mostrou ser decisiva, dado que metade das entrevistadas encontrava-se desempregada no momento da entrevista, como ilustra a tabela 7. Muitas delas recebem o abono de família e o rendimento social de inserção. A maioria que se encontra no desemprego, não tem direito ao subsídio de desemprego por ter estado em condições de trabalho precárias. Aquelas que trabalham fazem-no nas limpezas, na sua maioria em empresas ou como empregadas domésticas, na restauração como empregada de balcão ou na cozinha, em fábricas, como empregada fabril e em alguns serviços,

como é o caso dos cabeleireiros.

Constatarem-se ainda vários casos nos quais as mulheres passaram a ser a única fonte de rendimento da família ou agregado familiar porque o marido (companheiro/pai da criança) ficou no desemprego, maioritariamente aqueles que trabalhavam no sector da construção civil que foi fortemente afectado pela crise económico-financeira. A situação de desamparo de muitas famílias evidenciava-se na ausência de recursos para comprar alimentos e medicamentos e para poder ter acesso aos transportes públicos.

Tabela 7 – Distribuição das mulheres por situação laboral e origem

Situação laboral	Angola	Brasil	Cabo Verde	Guiné Bissau	Portugal	São Tomé e Príncipe	Total
Desempregada	3	2	5	7	7	2	26
Empregada	2	3	2	1	2	1	11
N.R.	4	1	7	2	1	4	19*

*Algumas são estudantes e outras nunca trabalharam, por isso não estão desempregadas.

Quanto ao número de filhos, a maioria tem filhos menores de 5 anos. No que se refere ao agregado familiar morando na mesma habitação, existe uma grande diversidade de casos, desde mulheres com famílias alargadas até mulheres sozinhas. Embora a maioria das mulheres resida com algum familiar, em especial com a mãe, irmãs, sobrinhos, observam-se também casos onde o contacto com familiares é escasso.

Tabela 8 – Distribuição das mulheres por número de filhos e origem

Situação familiar	Angola	Brasil	Cabo Verde	Guiné Bissau	Portugal	São Tomé e Príncipe	Total
Grávidas	–	1	1	3	5	–	10
Com filhos < 5 anos	3	4	5	7	10	5	34
Com filhos > 5 anos	3	1	1	–	2	1	8
Sem filhos	–	–	1	–	3	–	4

Relativamente ao contexto comunitário e às condições de habitação, observa-se que a maioria mora em bairros sociais e inclusive alguns de barracas com condições de habitação muito precárias, como é o caso de Santa Filomena, Bairro 6 de Maio, Bairro dos Chícharos e num bairro de génese informal no Catujal

(Loures), como descrito pelas enfermeiras das unidades de saúde: “*Vivem em bairros sociais, com grandes carências, a nível dos serviços básicos*” (Enfermeira USF Venda Nova). As más condições de moradia favorecem a aparição de certas patologias como infecções respiratórias, asma, entre outras.

São de salientar as importantes diferenças existentes entre os bairros, em relação às infraestruturas e à proximidade. Embora muitos deles estejam bastante degradados, a centralidade dos mesmos (localização perto ou na cidade), a rede de transportes (frequência e custos), a existência de associações e instituições de apoio (paróquias, igrejas, centros comunitários, gabinetes de apoio social, etc.) e de equipamentos sociais como creches, infantários, farmácias, somado à existência de zonas de recreação como parques, zonas verdes, parques infantis, significam uma grande diferença entre os contextos. Todos estes aspectos, resultam em divergências significativas entre os contextos e os recursos disponíveis, quer no sentido positivo quer no negativo.

2) Estratégias das mulheres utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

As estratégias utilizadas pelas utentes para ultrapassarem as dificuldades e as barreiras no acesso ao Serviço Nacional de Saúde resultam da disponibilidade e/ou habilidade de aceder a capital social. Por outras palavras, na capacidade das mesmas de utilizarem os recursos existentes para seu benefício e na acessibilidade a estes recursos. Neste caso usamos o conceito de capital social no sentido de [Bourdieu \(1986\)](#) que o define como o conjunto de recursos reais ou potenciais ligados à posse de uma rede de relações de conhecimentos e reconhecimentos mútuos mais ou menos institucionalizados. Neste sentido, as redes familiares e comunitárias são fundamentais. Como referido anteriormente, o contexto comunitário enquanto detentor de recursos constitui um factor diferenciador, mas a componente pessoal relacionada com as características da personalidade de cada mulher também influi nas suas atitudes para resolver as questões que têm a ver com a sua saúde.

Seguidamente, dividem-se as estratégias nestas três dimensões de análise: as características pessoais, as redes familiares e afins e o contexto comunitário.

a) Características pessoais

As características pessoais correspondem a atitudes e comportamentos de algumas mulheres que procuram soluções face a situações que não compreendem ou que tentam resolver. Algumas inclusive baseiam-se em atitudes pró-activas, “desafiando” o estabelecido. No geral, as mulheres não entram em conflito na relação com os profissionais de saúde, tendo uma atitude mais voltada para a aceitação do que para a reacção.

No entanto, algumas mulheres assumem uma atitude mais assertiva no que se refere a questões de discriminação ou quando consideram o atendimento mau ou deficiente. Através, por exemplo, da realização de uma queixa formal ao médico,

ou ao hospital, ou fazendo um pedido expresso de mudança do médico.

A médica anterior era muito mal-educada, não mostrava nenhum interesse, não explicou-me nada sobre a amniocentese... , aí eu esperei que essa médica falasse mas ela não disse nada. Eu fiquei descontente e mudei de médica. Fiz o meu comentário e mudei de médica. (Brasileira, Seixal)

Nós dissemos: temos que fazer queixa, vais para os sem-médico... E então tive que sair do centro de saúde porque ela [a médica] errou muitas coisas. Errou muita medicação, errou muitas coisas. (São-tomense, Amadora)

Tirando isso, em termos de racismo, não sei se eu consigo separar muito quando as pessoas falam comigo e porque eu não admito que me façam isso. Não admito que me tratem diferente porque eu sou um ser humano como outro, em qualquer lugar. Como não admito que me deitem abaixo, então consigo. Também vai muito da maneira como falamos porque nós também temos que ser acessíveis. O meu ponto de vista é esse. (Brasileira, Cacém)

Quanto às dificuldades de comunicação – por vezes relacionadas com a língua portuguesa, mas também com a própria linguagem médica – as principais atitudes das mulheres são perguntar ao médico ou à enfermeira, ou às amigas quando não percebem alguma questão relacionada com o tratamento, insistindo na procura duma resposta.

Mas eu desenrasco-me bem. Se não for para um lado, vou para o outro. E pergunto e resolvo. Não sou pessoa de ficar à espera, calmamente: aí, isso está resolvido, pronto. (Cabo-verdiana, Lisboa)

Constata-se ainda que procuram outras fontes de informação, como a *Internet*, a linha *Saúde 24*, outros profissionais de saúde ou inclusive recorrem à farmácia.

Se é uma informação sobre saúde peço mesmo aos funcionários da saúde ou com a médica do trabalho. (Angolana, Amadora)

A primeira coisa que eu faço é recorrer à Internet (risos)... Depois disso, e se achar que é algo que tenha que ter uma informação mesmo mais específica, às vezes até me dirijo à farmácia. (Portuguesa, Cacém)

Constata-se alguma diferença entre a origem das mulheres. Em geral, as que mais assumem uma atitude pró-ativa são as mulheres brasileiras e portuguesas,

bem como as mulheres imigrantes com maior tempo de permanência em Portugal.

As atitudes também referem a importância de ter médico de família. E verificam-se ainda várias situações de mulheres que não mudam de Centro de Saúde, para não perderem o seu médico de família.

... estive uns tempos em casa da minha mãe e depois quando vim para aqui não troquei, porque ao trocar de Centro de Saúde automaticamente ficava sem médico de família e por isso continuei no mesmo Centro. (Portuguesa, Amadora)

b) Redes familiares e afins

Em relação às redes familiares e afins observa-se uma intensa utilização generalizada das mesmas – quer sejam familiares, de amizade e/ou de vizinhança – no que respeita a uma diversidade de questões relacionadas com a saúde materna e com o acesso aos cuidados de saúde. Esta diversidade de questões vai desde o esclarecimento de dúvidas até ao apoio afectivo e material, por exemplo, no cuidado dos filhos.

... a mulher quando está grávida está mais necessitada de carinho. Por isso às vezes venho para ao pé da minha mãe... Meus pais ajudam-me bastante com o meu filho. Nas férias ficam-me com ele e quando estou a trabalhar também. Não tenho que me preocupar em levar comida, sopa, iogurtes. A minha mãe tem lá sempre tudo. Agora sou eu que o venho buscar porque estou de baixa, se não, é o meu irmão ou o meu pai. (Caboverdiana, Loures)

As mulheres entrevistadas mencionam diferentes estratégias para poderem ir às consultas. Algumas preferem ir acompanhadas por alguém que resida há mais tempo no país e pedem apoio, outras requerem o apoio dos familiares para cuidar dos outros filhos, e ainda algumas solicitam o apoio das colegas para mudar o dia de folga, quando a consulta é num dia de trabalho, dado que os direitos formais de flexibilidade horários para questões médicas, nem sempre podem ser exercidos. De modo geral, muitas delas não desempenham um papel passivo e colocam questões.

Cheguei cá, encontrei amigos que me indicaram, que vieram comigo. Eu quando tenho dúvidas ou estou desconfiada ou as coisas não estão bem, sempre falo. (Caboverdiana, Amadora)

Constata-se também um forte apoio relativo às questões económicas, que podem ir desde o empréstimo de dinheiro por parte da família e/ou amigos para pagar o transporte e medicamentos, até ao pedido de bens essenciais para o bebé.

E tenho que pedir aos vizinhos... Porque o meu marido foi ao Algarve à procura de trabalho, também não consegue. (Cabo-verdiana, Loures)

Como agora também o medicamento fica muito mais barato, e pronto, uma pessoa vai tendo apoio dos amigos. Sim. Às vezes, por acaso, tenho problema com isso [com o pagamento dos medicamentos]. Mas não... Graças a Deus os meus amigos me ajudam. (Guineense, Loures)

Por outro lado, verificam-se situações de apoio por parte de familiares, no que respeita a pessoas com estatuto legal não resolvido que implica que mulheres (e jovens) recém-chegadas não tenham cartão de utente. Neste sentido a inscrição esporádica dentro do agregado familiar possibilita o acesso ao médico de família do utente “regular”, é ainda a inscrição no mesmo IRS já isento de pagos de taxas moderadoras por motivos de “carência económica”, situação que permite o livre acesso aos cuidados de saúde (ou pelo menos permitia anteriormente, dado que nos últimos anos esta situação mudou).

Porque na época em que eu vim, eu não tinha residência então o meu tio quis-me dar um médico através dele. Ele tinha um médico familiar aí, falou com o médico e ele aceitou que eu estivesse mesmo dentro do grupo familiar dele. Depois, como eu engravidei, comecei a fazer a consulta lá. (São-tomense, Mira Sintra)

Por outro lado, verifica-se uma rede importante de entre-ajuda entre as mulheres, que se ajudam umas às outras nas questões relativas ao conhecimento e partilha de informação dos apoios sociais, da documentação e de recursos materiais. Identificaram-se também hábitos de partilha de informações práticas e sugestões sobre questões quotidianas, tais como como mudar a fralda, como acalmar o bebé, quais as melhores papas e até o uso partilhado dos objectos dos bebés.

c) Contexto comunitário

Algumas destas estratégias são acompanhadas e incentivadas pelos próprios profissionais de saúde e pelas associações e organizações sociais que trabalham directamente com as mulheres.

Recebo as chamadas sempre para não esquecer a consulta, quando não está o meu médico, faço o atendimento com outro, mas sempre me avisam... (Guineense, Mira Sintra)

Algumas associações tornam-se, assim “mediadoras” de processos que promovem a saúde. Existe uma diversidade de associações que trabalham a nível comunitário no apoio à saúde das mulheres imigrantes. Algumas delas, como a

linha *Saúde 24*, a Santa Casa da Misericórdia, *Ajuda de Mãe e Alerta Médico*, foram as mais referidas pelas mulheres entrevistadas.

Às vezes quando tenho uma dúvida, ligo para a Saúde 24... Eu vou lá muitas vezes (risos) a informação é boa. (Angolana, Amadora).

Assim, as associações do bairro funcionam para algumas mulheres como uma forte fonte de empoderamento e de mobilização do capital social. Neste sentido, algumas delas recorrem às associações também para outros assuntos, sendo a saúde muitas vezes, a porta de entrada para outras questões críticas para as mulheres imigrantes.

Há muitos apoios para a gravidez, é questão de procurar, eu não preciso de dinheiro, preciso de apoios. (Caboverdiana, Amadora).

No entanto, e embora menos frequentemente, algumas mães tiveram más experiências com algumas das entidades que normalmente dão esses apoios. Algumas foram discriminadas ou excluídas de receber assistência por serem “reincidentes” na maternidade, ou seja, por já terem recebido apoio anteriormente, e por não ser esperado que as mulheres voltassem a engravidar.

Conheço essa associação [excluímos o nome da entidade], já me socorreu quando foi do meu filho mais novo, mas desta vez disseram que eu era reincidente, que não me podiam ajudar, que devia procurar apoio com outra instituição. (...) Mas eu não queria engravidar, engravidei à espera da consulta para colocar o implante, demorou mais de um ano, quando consegui a consulta, já estava grávida. (Caboverdiana, Loures).

B – Estratégias de promoção da equidade em saúde dos profissionais de saúde e da sociedade civil na Área Metropolitana de Lisboa

A análise aos resultados qualitativos das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde e outros atores da sociedade civil permitiu classificar as estratégias utilizadas pelos diferentes actores em dois tipos de estratégias: as estratégias enraizadas no SNS e as estratégias mistas, que reflectem uma estreita cooperação – dentro das limitações existentes – entre o SNS e a sociedade civil (*stakeholders* e ONG’s). Neste contexto, a denominação “sociedade civil” refere-se em específico aos profissionais entrevistados que exercem funções em organizações tão diversificadas como grupos/associações de apoio à maternidade e/ou infância, associações de imigrantes, grupos/associações de bairro, agências governamentais, câmaras municipais e grupos profissionais.

a) Estratégias do SNS

São as estratégias que identificámos – postas em prática maioritariamente pelos profissionais de saúde do SNS – que promovem a adaptação e flexibilização dos serviços de saúde aos perfis diversificados dos utentes. Estão baseadas em modos de operar **não ditados pelas regras institucionais**, mas que fazem parte das práticas dos diversos actores, no intuito de facilitar o processo de acesso aos cuidados de saúde (i.e. o “*dar o jeitinho*”). Apesar de se desenvolverem “dentro dos limites do sistema”, tentam de alguma forma flexibilizar esses mesmos limites. Este processo de flexibilização reflecte-se sobretudo no “contorno” de alguns dos padrões instituídos, e na interpretação das directivas a seguir apenas como “sugestões” que podem ser adaptadas à realidade dos utentes. No entender de alguns profissionais, as regras definidas não só podem, como devem ser adaptadas, enquanto parte integrante do seu processo de relacionamento particular com os utentes. Esta “adaptação das regras” é especialmente visível nos procedimentos adoptados para facilitar o acesso dos utentes ao SNS e podemos classificá-los como **estratégias de eficácia profissional**, entre os quais destacamos:

- A simplificação, a expensas próprias, do processo de marcação/agendamento de consultas dos utentes ao SNS:

Depois em termos dos cuidados, muitas vezes eles têm dificuldade em vir porque trabalham, porque não podem faltar. Depois o trabalho ou é ilegal ou não é contrato e portanto se faltam são despedidas. Às vezes não é muito fácil mas tentamos furar nós próprias umas certas barreiras aqui dentro e dizer “Olhe, só vem naquele dia, vai ter com a pessoa X e é logo atendida” para a pessoa não perder muito tempo. (Enfermeira de Centro de Saúde, Lisboa)

- A marcação de “consultas oportunistas”:

Eu, o que eu ainda faço em relação a isso é, às vezes, na mesma consulta, porque senão... [...] As tais consultas oportunistas que não é especificamente este dia, planeamento familiar ou isto... Mas já que estão cá, apanhadas e a conversa, no fundo, já está um pouco mais... Então vamos aproveitar, tu queres já fazer isso? Eu vou ver. Ah, mas então não custa? Não, vamos ver. Então ficam já todas satisfeitas, incentivadas e já passam lá, tentar... No dia seguinte ou dois, se conseguirem fazer o exame [citologia], já estão cá com a resposta. (Médica, Lisboa)

- Facilitar a continuidade no atendimento, de forma a colmatar a escassez e falta de médicos de família:

Mas nesse aspecto eu acho que há estratégias da instituição que facilitam. Uma delas é que muitas pessoas conseguem marcar

*para o mesmo médico. O primeiro impacto, o conhecer como é que funcionam as consultas e as marcações é que é mais difícil para as pessoas. Quem já entrou, depois consegue, aqui neste caso específico, **ser atendido pelo mesmo médico, mesmo não tendo médico de família.** E neste momento, a nível de consultas, posso dizer que muitas ficam por marcar. Neste momento temos vagas. É fácil, mesmo que não seja para amanhã, na próxima semana consegue uma consulta para o médico. (Enfermeira de Unidade Móvel de Saúde, Lisboa)*

Outro tipo de estratégias dos actores do SNS, são classificadas como **estratégias “individuais” baseadas nas competências humanas e relacionais dos profissionais**, que fomentam a humanização da prestação de cuidados de saúde, entre as quais destacamos:

- A empatia para com as dificuldades e problemas dos utentes:

*Estas pessoas têm uma dificuldade de lidar com a frustração. Se neste momento é oportuno atender, o melhor é a gente tentar hoje ou amanhã arranjar uma consulta porque daqui a 15 dias já podem não estar disponíveis para... **Às vezes isto não é tão entendido nas próprias unidades, dentro das nossas organizações.** “Ah, mas toda a gente marca e espera!” Pois mas **estas pessoas são especiais**, se a gente não as apanha assim, nunca mais as apanha! **O primeiro atendimento tem que ser um pouco assim para as cativar porque depois já se consegue que elas esperem, que seja através das marcações normais**, mas no início, pelo menos para termos um primeiro diagnóstico... (Enfermeira de Centro de Saúde, Lisboa)*

- A compreensão para com as diferenças do “outro”, especialmente em termos de diferenças que consideram enraizadas numa cultura diferente, como os hábitos alimentares. Nota-se por parte dos profissionais de saúde um esforço generalizado de adaptação das directivas vigentes sobre alimentação infantil de forma a enquadrar os hábitos alimentares das populações que atendem:

Há diferenças no tipo de hábitos [alimentares] mas em todas elas não são muito adequados. Na etnia cigana, por exemplo, nós temos uma facilidade: por norma elas amamentam o máximo possível. Assim, em termos de outro tipo de alimentação elas não são muito de fazer grandes erros alimentares porque elas têm enraizado na cultura a amamentação. As africanas também. O problema das africanas é que trabalham... em limpezas, em áreas normalmente muito pouco qualificadas que são empregadas de limpeza, de restaurante, de cozinha, que têm uns horários que não se coadunam com uma série de coisas!

Trabalham de noite e os meninos ficam ou com a vizinha, com a avó, com o pai, temos muitas situações em que há meninos a ficarem com os irmãos durante a noite enquanto as mães estão a trabalhar. Depois de manhã chegam a casa e dormem e depois às vezes ainda têm um segundo trabalho à tarde para pagarem mais algum dinheiro porque senão não conseguem sustentar a família. Temos então estas crianças que muitas vezes as refeições são as que elas comem nas escolas e essas acabam por ser as mais adequadas que essas têm. Em hábitos alimentares é assim: cada nacionalidade tem hábitos um pouco diferentes e nós na altura sentimos um pouco a necessidade de perceber porque é que... Uma vez a enfermeira da saúde infantil chamou-me e disse-me: “Olha o que é que eu digo a uma mãe que diz que dá lentilhas à criança. Isso faz mal ou faz bem?” Eu não fazia a menor ideia porque isso são outros hábitos que nós não conhecemos muito e portanto neste momento o que temos que fazer é ir saber. Quando temos alunos de enfermagem pedimos que nos façam uma investigação sobre hábitos alimentares de outros países para nós percebermos o que é que vamos dizer às pessoas sem ferir susceptibilidades, sem entrar muito em contradição com as culturas, mas de acordo com uma alimentação saudável. (Enfermeira, Centro de Saúde de Lisboa)

A gente em geral tenta perceber o que é que eles fazem [em termos alimentares]. Depois depende muito das etnias e dos hábitos. Nos indianos, têm hábitos indianos, mas desde que seja uma alimentação diversificada, sem erros alimentares, não vejo razão para estarmos a interferir. (Médica pediatra, Lisboa)

- O cuidado e esforço no seguimento das utentes no contexto da realização das visitas domiciliárias que permite a manutenção de uma certa continuidade entre o seguimento da utente durante a gravidez, feita na instituição de saúde (CS, USF) e o período pós-parto, quando o seguimento na própria instituição de saúde se torna mais espaçado e menos abrangente:

Sou eu que acompanho a família, sou eu que tenho relação com a família. Portanto, quem tem que ver, quem deveria ver sou eu, a família in loco para poder compreender melhor também aquilo. A família. E adaptar-me. Porque a realidade é esta: é que aqui eu consigo fazer os ensinamentos de uma determinada maneira, mas conhecendo a família lá, eu adapto os meus ensinamentos àquela família. (Enfermeira do Centro de Saúde do Lumiar)

Todas estas estratégias ilustram as competências desenvolvidas pelos profissionais (e em especial a preocupação e empatia para com as dificuldades dos utentes), no sentido de promover uma maior equidade em saúde. Embora reflitam por um lado, a capacidade dos actores individuais de introduzir flexibilidade no sistema, são também reflexo da **rigidez da própria estrutura organizativa e normativa do SNS** e do seu funcionamento altamente centralizado e

burocrático. E neste contexto, as estratégias dos profissionais de saúde embora muitas delas em linha com as boas práticas reconhecidas, mostram-se claramente insuficientes na medida em que funcionam apenas como “medidas paliativas” e “circunstanciais” que tentam solucionar os problemas à medida que os mesmos vão surgindo. A área da saúde materno-infantil surge inúmeras vezes retratada como uma “ilha de excelência” no contexto do SNS, mas que não se encontra numa situação de imunidade em relação às reformas do mesmo, que muitas vezes se materializam nas dificuldades de articulação com outras áreas do SNS que não tratam especificamente de saúde materno-infantil.

Finalmente, a utilização recorrente deste tipo de estratégias evidencia uma clara desadequação dos padrões estabelecidos, em termos de acessibilidade e disponibilidade dos recursos, e das regras de funcionamento do SNS à realidade das utentes. E o hiato entre a normatividade do funcionamento do SNS (que acaba por condicionar o acesso de populações em situação de *outreach*) e as condições efectivas de fornecimento dos serviços de saúde a esses utentes acaba por ser abreviado pelo desempenho dos profissionais de saúde.

b) Estratégias mistas do SNS/sociedade civil

As estratégias que definimos como mistas, são sobretudo estratégias de **cooperação/articulação entre as diferentes instituições** através do estabelecimento de intervenções integradas que permitam proporcionar um maior apoio aos utentes em situação de vulnerabilidade. Do conjunto destas estratégias, destacamos o **estabelecer de redes transversais** de apoio aos utentes, para ajudar a minimizar o impacto das condições económicas no acesso à saúde. Estas redes transversais actuam em várias frentes:

- O esclarecimento/ajuda aos utentes em situação de vulnerabilidade de forma a obterem o acesso gratuito ou ao menor custo possível ao SNS:

[...] acho que há uma grande probabilidade dessas pessoas reduzirem muito a sua vinda ao centro de saúde [devido ao aumento das taxas moderadoras], principalmente as pessoas que não ficam isentas. O que temos feito é há medida que vamos encontrando pessoas no bairro que vemos que são situações de saúde crónica, que têm alguma necessidade de vir com alguma frequência ao centro de saúde, que estão em carência, pedimos suporte a outras redes de apoio social para ajudarem as pessoas a fazerem o IRS para depois poderem ter esse tipo de benefícios. Mas é um processo lento. (Enfermeira de Unidade Móvel de Saúde, Lisboa)

E outras vezes também, pela questão que os técnicos, médicos e enfermeiros, também nos encaminham. Ah... Pelas razões culturais, não é? Às vezes o acompanhamento que nós temos aqui definido em termos de programas, ah... Não vai muito de encontro à experiência que as pessoas já tiveram, já tive-

ram quatro ou cinco filhos, sem terem gravidezes acompanhadas... Ah... E aí, é essa parte que temos que trabalhar. E às vezes são muito encaminhadas também por aí. Sendo situações mal vigiadas, ou mau entendimento do que é que é necessário fazer. Depois com as crianças também... Mas eu acho que sim. ã, essencialmente são mulheres oriundas dos PALOP que nos chegam. (Assistente social de centro de saúde, Lisboa)

As pessoas estão habituadas a outras realidades, não é? E tudo o que, às vezes, é tratar de documentos, de papéis, é uma grande confusão. Pronto, tentamos também dar apoio a esse nível. (Assistente social de centro de saúde, Lisboa)

É uma espécie... Este programa é assim... É uma espécie de protocolo de articulação dos cuidados de saúde primários com o hospital. Nós temos uma colega aqui que, que representa o serviço social do agrupamento e que vai às reuniões, e quando é... Quando há alguma situação mais específica depois também nos passa. Mas é uma forma... Estes protocolos depois, na prática, servem muito para facilitar as articulações e os contactos bilaterais. (Assistente social de centro de saúde, Lisboa)

- O facilitar a acessibilidade das utentes a determinados bens, tais como medicamentos ou alimentação infantil sobretudo por duas vias, fornecendo informação:

Eu oriento para o SNS para por exemplo terem direito aos cheques dentista. Para fazerem o rastreio de saúde oral. Sei que há lá uma dentista que trata bem as grávidas que mando para lá. Este cheque de saúde é o centro de saúde que deve dar, mas às vezes há algumas que dizem: vá pedir o cheque onde está a ser assistida... No Domingos Barreiro, também temos saúde oral, mas se elas têm esse direito, porque não aproveitá-lo? (Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia, Lisboa)

Portanto, situações de carência económica, e por isso fomos fazendo aqui um panfletinho para as pessoas e começámos por enunciar aquilo que fazemos cá e o que é que não fazemos. Mas estamos a falar das pessoas com carência económica. Para estas situações fizemos o panfleto muito na base da pergunta resposta. O sítio de apoio económico, medicamentos, roupa, leites, despesas de habitação, onde se devem dirigir. (Assistente social, Amadora)

E encaminhando as mulheres mais desprotegidas para estas instituições, estabelecendo uma corrente de complementaridade entre as mesmas:

[Aqui] pedimos muito ajuda à Ajuda de Mãe que estão na Apelação. Todas as segundas-feiras. Por exemplo hoje, tive que encaminhar para lá porque elas [utentes grávidas ou com bebês/crianças]

estavam a necessitar de apoio a nível da alimentação. (Funcionária de associação, Loures)

Começa a existir cada vez mais e é cada vez mais complicado porque o Centro de saúde não tem... Nós tivemos, mas isto foi uma forma de improvisar porque não temos autorização de todo, um género de uma farmácia social. As pessoas aperceberam-se que nós aplicávamos medicação que estivesse dentro da validade e que estando dentro da validade, nós pudéssemos dispensar a outras pessoas que nos apresentassem a receita, apesar de termos aqui os médicos ao lado, e certificávamos-nos sempre disso. Queríamos ver a receita, a dosagem e só mesmo com o mesmo laboratório, mesmo que a substância fosse igual, porque é um risco muito grande. [...] No entanto, há muitas outras e aparecem-nos cada vez mais, que nos vêm pedir medicamentos daqueles que toda a gente toma... Para a diabetes não tanto porque muitos deles são gratuitos ou muito acessíveis, mas por exemplo para a hipertensão, para o colesterol. Há muita gente que necessitaria ter esse apoio. Temos aqui uma instituição que está muito próxima que tinha autorização para ter um género de uma farmácia social mas tinha outro tipo de autorizações, e mesmo assim não conseguia dar resposta, nem ao concelho todo obviamente, e é uma gama muito reduzida também de medicamentos. (Assistente social, Amadora)

- O estabelecer de pontes entre as diversas instituições que trabalham na área da saúde, ou seja, entre organismos com projectos na área da saúde comunitária, mas cuja área de actuação primária não é a da saúde *per se*, e as próprias instituições de saúde (CC, USF):

[Articulamos] com as unidades de saúde familiar. Com os projectos das carrinhas, não é? Portanto, fazemos esta ponte sempre com os técnicos, que é para perceber se as pessoas estão a ser vigiadas... Se a mãe fez a consulta médica ou não. Portanto, há sempre esta articulação. Se a mãe, por exemplo, que não conseguiu ainda fazer um acompanhamento médico, fazer a ponte para que esta mulher consiga fazer as consultas médicas. Podendo ser gratuitas ou não. Porque depois depende se ela estava em situação regular ou não. (Técnica da instituição Ajuda de Mãe)

Portanto, é um projecto muito, muito interessante. Que é muito bem acolhido na comunidade pelas pessoas porque, de facto, estas populações estão muito fragilizadas e que têm um contacto difícil com o centro de saúde. Algumas porque estão ilegais, porque têm vidas complicadas ou porque não têm médico de família, enfim... Não é? Esta unidade vai a estes locais, as pessoas já sabem, estão à espera dela, são muito bem acolhidas e, de

facto, tem tido grandes resultados ao nível da saúde. (Técnica da Câmara Municipal do Seixal)

Estes dois tipos de estratégias (do SNS e mistas), não obstante revelem no seu conjunto resultados positivos, não passam de “**medidas avulsas**”. Dependem em larga medida dos actores envolvidos nos processos, o que leva ao reverter dos benefícios dessas mesmas estratégias quando os actores em questão deixam de poder continuar a implementá-las (porque mudam de local de trabalho, por exemplo). O recurso a estas estratégias aponta para a falta de propostas de acção claras e bem definidas ao nível macro (e sobretudo a inexistência de formas alternativas de agir que, idealmente deveriam ter sido definidas de cima-para-baixo, face a uma menor disponibilidade de recursos do SNS).

Em ambos os contextos – SNS e *stakeholders*/ONG’s – as estratégias seguem a mesma tendência **discricionária**. No caso do SNS pelas razões que acabámos de enunciar, e no caso das restantes instituições e ONG’s, porque são poucas (ou nenhuma) as que têm capacidade efectiva de implementação de estratégias de cariz estrutural para a resolução dos problemas com que são confrontadas. Apesar de nesta secção nos termos dedicado sobretudo ao levantamento e caracterização das estratégias desenvolvidas pelos vários actores para tentar colmatar as dificuldades e as barreiras de acesso dos utentes aos serviços de saúde e consequente promoção da equidade em saúde, a esmagadora maioria dos profissionais indica sobretudo as principais dificuldades existentes:

Por exemplo agora há uma senhora que o bebé já nasceu e tem uma doença crónica e a senhora não tem nada. Portanto aqui só podemos providenciar ajuda no banco alimentar, encaminhamos para a Segurança Social. O que nós trabalhamos aqui muitas vezes, é os recursos que elas têm entre famílias. Mas depois nós sentimos-nos impotentes. Muitas vemos mandamos para a Segurança Social mas não temos respostas, não temos. (Funcionária de associação, Loures)

Muito embora as organizações da sociedade civil façam um notável trabalho de apoio aos utentes no terreno, não dispõem de recursos que permitam desenvolver ou instituir mudanças “reais”, que funcionem no longo prazo ou que tenham um impacto definitivo na promoção da equidade, seja ao nível do acesso aos serviços de saúde, seja ao nível de outro tipo de respostas sociais.

C – Estratégias de Participação: Fórum Comunitário

Tal como indicado, o estudo adoptou um enfoque que visava a participação comunitária, enfatizando a colaboração dos diversos *stakeholders*, desde o SNS, ONG’s e outras organizações da sociedade civil. Ao longo do projecto esta participação e diálogo foram salientados e reforçados, tentando trabalhar em conjunto. O objectivo final deste enfoque participativo era fomentar o intercâmbio e dar alguma continuidade e sustentabilidade às redes constituídas ao longo do

processo de investigação.

Contudo, a participação pode usufruir de momentos especiais, o qual foi facilitado com a organização do Fórum Comunitário, a 26 de Novembro de 2013. O mesmo envolveu um momento especial de colaboração entre as alianças comunitárias dos diferentes contextos geográficos e organizacionais, desenvolvidas ao longo do projeto, ou seja todos os *stakeholders* (profissionais de saúde e outro pessoal sanitário, membros de organizações não-governamentais, entidades governamentais, associações de imigrantes, líderes comunitários, fundações focadas em questões de saúde e pobreza, entre outros) e a própria academia.

O Fórum Comunitário decorreu com uma agenda planificada para promover a participação e o envolvimento. Num primeiro momento, houve apresentações sobre alguns projectos comunitários e do SNS e de algumas boas práticas identificadas ao longo do processo de investigação. Num segundo momento, o grupo participante foi dividido em três subgrupos, de forma voluntária, de modo a organizar três *workshops* em paralelo, para discutir diferentes aspectos considerados chave e relacionados com a saúde, a diversidade e a situação sócio-económica, tal como foi mencionado anteriormente. Cada *workshop* contou com a moderação de um ator-chave, seleccionado para o efeito, e neles participaram também como observadores participantes, pelo menos dois membros da equipa de investigação. Num momento final, apresentaram-se as conclusões de cada *workshop* e a seguir, os trabalhos foram encerrados com a apresentação dum peça de teatro que utiliza o teatro do oprimido como metodologia de trabalho. O grupo de teatro estava integrado por jovens de um dos contextos estudados.

Em síntese, o Fórum Comunitário pretendeu: a) articular o processo de construção da aliança comunitária num momento específico de “conjunto” para construir/fortalecer uma rede a nível da AML; b) debater e dialogar com os parceiros; c) salientar algumas práticas identificadas no terreno para gerar uma massa crítica de bons exemplos e intercâmbios; d) fazer um diagnóstico conjunto, partilhando responsabilidades e desafios sobre os temas emergentes mais relevantes, gerando debate e discussão. Como indicado anteriormente, os *workshops* focaram-se em: 1) relacionamentos entre profissionais da saúde e utentes: o diálogo possível; 2) influências dos factores sócio-económicos no acesso à saúde; e 3) o *empowerment* das mulheres nas suas comunidades. A seguir apresentamos os resultados do Fórum Comunitário considerando questões transversais que surgiram naturalmente nas discussões de todos os *workshops*, as questões sócio-económicas e as vinculadas aos profissionais de saúde.

a) Questões transversais

Durante o debate gerado nos três *workshops* paralelos, surgiram algumas questões transversais e opiniões partilhadas pelos três grupos, as quais resumimos nos seguintes aspectos.

Em primeiro lugar, houve consenso em avaliar a evolução natural do novo modelo do Serviço Nacional de Saúde para ACES como perversa, especialmente para a saúde comunitária e para os cuidados primários. Neste sentido, o objectivo de procurar a promoção da instituição em causa (centro de saúde) dentro do sistema dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) leva a que todas as

unidades procurem tornar-se Unidades de Saúde Familiar (USF) o que pressupõe mais recursos para o centro, mas ao mesmo tempo, implica um afastamento dos serviços de proximidade com os utentes, dado que os serviços comunitários ficam desligados dessa unidade (Unidade de Cuidados na Comunidade ou UCC; e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados ou UCSP). Esta situação é controversa, já que naturalmente os centros pretendem evoluir organizacionalmente e profissionalmente, mas este processo prejudica a saúde comunitária, a qual resulta implicitamente desvalorizada. Assim, por exemplo, um centro de saúde ao evoluir para USF já não pode atender imigrantes indocumentados, os quais só podem ser atendidos por unidades de menor hierarquia num regime esporádico. Esta situação é transversal e impacta tanto nas questões socioeconómicas como nas relações entre os profissionais de saúde e os utentes, e na própria situação da saúde materno-infantil, já que fica desarticulada entre vários tipos de unidades.

Neste sentido, o que acontece é que entre as unidades do SNS (USF, UCC e UCSP) se cria uma concorrência que não é saudável para o funcionamento do serviço no seu todo, e menos ainda para os utentes. Para os profissionais de saúde dos ACES esta concorrência leva à frustração profissional e pessoal, dado que as unidades que não conseguem a promoção a USF sentem-se desvalorizadas, mas por outro lado, quando conseguem a promoção a USF, os cuidados de proximidade e personalizados são afastados da competência dos mesmos, quando era este aspecto a sua mais-valia. No global, o sistema de promoção acaba por desvalorizar os cuidados personalizados e na comunidade, já que são inferiorizados.

Um outro aspecto que foi salientado nos *workshops*, também transversal, é que o SNS utiliza e recorre a estratégias discricionárias para resolver problemas (também salientado na secção anterior). Se bem que a resolução concreta de um problema pode ser interpretada com um aspecto positivo, na realidade ao não ser uma regra de funcionamento igual para todos, acaba por discriminar quem não tem acesso a uma decisão discricional, dependendo do ACES, da USF ou das UCC e UCSP, e mais comumente, do “jeitinho” de algum profissional de saúde concreto que pode parecer importante no particular, mas que coloca questões de iniquidade e ética no geral. No global, o que acontece é que a implementação da última reforma do SNS, com ACES e Unidades, leva a exasperar a segregação do próprio sistema o que é negativo tanto para os profissionais de saúde como para os utentes. Esta é uma consequência não intencional da reforma, mas sobre a qual não existe uma tentativa de adequação, nem de levar em consideração o *know-how* pré-existente no sistema, entre os profissionais de saúde.

Continuando com este raciocínio, podemos perguntar o que aconteceria se todas as unidades evoluíssem para USF. Em resposta a esta questão, apresentaram-se no debate diversos cenários que referem o desperdício da experiência anterior (de proximidade e continuidade) o que se traduz numa pior situação para os imigrantes indocumentados, incluindo as grávidas, bebés e crianças. No concreto, o sistema de reencaminhamento previsto nem sempre funciona devidamente.

Um outro tema transversal que veio à superfície no debate, e foi detectado como um problema grave, é o das deficiências da plataforma informática SAPE,

a qual não resulta apta para a atenção comunitária pois tem o problema de não facilitar a comunicação entre centros de saúde e hospitais, dado que estes últimos utilizam outras plataformas informáticas não compatíveis. Ainda, a informatização do sistema de receitas não contempla as diferentes características dos utentes, já que ignora o nível de literacia do utente, que pode não estar familiarizado com o sistema informático de receitas ou com as mudanças que implicam não ter um papel nas mãos para ler as especificações do médico. Especialmente se consideramos que muitos utentes imigrantes podem ter problemas na compreensão da linguagem, não só por uma questão de língua portuguesa, mas também de compreensão do conteúdo da mensagem dos profissionais de saúde quanto aos medicamentos, aos cuidados, etc. Algumas destas questões também se colocam para os idosos e outros públicos autóctones vulneráveis. A modernização do sistema informático é também uma elitização do SNS que pode excluir, mais do que incluir, fazendo com que o mesmo seja menos democrático.

O último assunto transversal que foi salientado, foi a mudança registada nos últimos anos que implica um desinvestimento em acções de promoção da saúde e prevenção da doença, que são abordagens comprovadamente mais baratas e eficientes, quer em acções de consciencialização, de formação e educação, que geralmente são desenvolvidas pela saúde comunitária (nos bairros, em escolas, etc., que são as actividades que tem sido reduzidas nos contextos comunitários).

b) Factores socioeconómicos

Tratando-se de aspectos socioeconómicos, no contexto da actual crise, o primeiro assunto que foi colocado na discussão foi a insuficiência do estatuto outorgado às populações vulneráveis que visa a isenção das taxas moderadoras. Embora seja uma ajuda e facilite o acesso, não garante o acesso a uma atenção de conjunto e integrada, que deveria abranger tanto a consulta quanto o tratamento, no caso de ser necessário, e ainda os meios complementares de diagnóstico, dado que na actualidade está em vigor uma restrição a alguns tipos de testes e análises. Entre as imigrantes, especialmente as indocumentadas, verifica-se uma falta de acesso justamente aos medicamentos e suplementos, aos testes complementares de diagnóstico, entre outros. Embora a isenção seja uma alternativa, a sua implementação é um processo demorado e burocrático que pode adiar o acesso, prejudicando justamente a prestação de cuidados imediatos a quem mais precisa. Inclusivamente, uma estratégia identificada pelos participantes foi o aumento do recurso à urgência hospitalar (contrariamente ao esperado pelo SNS) como estratégia para obter medicamentos e outros diagnósticos de forma centralizada e sem realizar pagamentos extras, situação que não é possível nos centros de saúde, devido a que cada vez mais os centros de saúde tendencialmente contratam serviços (e meios de diagnóstico) com o sector privado (*outsourcing*).

Finalmente, existem um conjunto de situações e barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, muitos não relacionados directamente com os mesmos, mas indirectamente influenciados pelas distâncias que devem percorrer para aceder aos cuidados. Por exemplo, muitas imigrantes não podem pagar o transporte para chegar ao centro de saúde, sendo que em muitos casos, a evolução dos tipos de centros para USF alterou a acessibilidade (distância)

e agora muitas mulheres devem deslocar-se até mais longe para poderem ser atendidas no tipo de centro determinado legalmente. A situação resulta mais complicada quando o acesso às consultas é muito restrito, e devem esperar demasiado tempo para as obter ou para os filhos serem vistos e atendidos por um profissional de saúde.

Outro aspecto relacionado com a condição sócio-económica geral é a descontinuidade de boas práticas existentes, as quais começam a ser restritas ou terminadas devido à falta de recursos. Das principais, a redução das unidades móveis que prestam serviços de proximidade é das mais graves, dado que populações ficam sem serviços essenciais como visitas e seguimento de casos mais complexos, sem apoios à contraceção (distribuição de preservativos e outros métodos contraceptivos), sem intermediação para a marcação de consultas das grávidas e dos bebés.

Este panorama leva a um aumento do sofrimento psicológico causado pela pobreza e pela falta de recursos. Os participantes do *workshop* (assim como no nosso trabalho de campo) constataram inúmeras situações de má e insuficiente alimentação das mães e das crianças, que se traduz em cansaço, pouca produtividade escolar e desmotivação. Em resposta a esta realidade, algumas escolas têm introduzido o pequeno-almoço e um reforço de lanche nas escolas, como medida paliativa e temporal. No entanto, a falta de recursos é uma ameaça mesmo às medidas paliativas. Por outro lado, as mulheres cada vez mais vivem a gravidez com medo e preocupação devido ao temor de serem despedidas uma vez que se conheça a sua condição, dado que maioritariamente trabalham em empregos precários que não seguem as pautas legais.

Se bem que várias ONG's realizam atendimentos e facilitam alguns serviços de saúde, não asseguram o acesso a todos os serviços necessários e muito menos aos medicamentos. Em consequência, verifica-se um uso indiscriminado da auto-medicação através do uso de medicamentos de outras pessoas para assegurar o acesso a alguma medicação, ou a adopção de medicamentos mais baratos.

Por último, os participantes sugeriram que outro problema associado à crise e ao SNS é que este está focado nos tempos e indicadores estabelecidos pelo sistema e não nos utentes. Procura-se a redução indiscriminada dos tempos de consulta o que em muitos casos redundará num pior e insuficiente atendimento, especialmente no caso das populações imigrantes que podem precisar de mais tempo para se fazerem entender e/ou compreender os profissionais de saúde, ou que podem precisar de outros tipos de apoio como serviço de tradução e acompanhamento. No seu todo, o SNS penaliza o atendimento prolongado dos utentes, mesmo quando este é necessário. Por outro lado, o SNS só enfatiza atingir certos indicadores de produtividade, não relacionados com a qualidade nem com a adequação cultural dos serviços, o que leva a um afastamento do ideal de uma consulta humanizada.

c) Relações entre os profissionais e utentes

O debate sobre esta matéria foi extremamente interessante, dado que o ponto de partida foi invertido pelos protagonistas. Os profissionais de saúde presentes

colocaram a questão da seguinte forma: como é possível um bom relacionamento com os utentes, quando as relações entre os profissionais de saúde (médicos/as e enfermeiros/as e outros profissionais) e entre as unidades do SNS estão em curto-circuito, quando há falta de comunicação resultante do desconhecimento e da desinformação? Neste sentido, abordaram-se primeiro as relações entre os profissionais para posteriormente se discutirem as relações com os utentes.

O ponto de partida foi a relação disfuncional entre os profissionais do SNS, que impossibilita a comunicação com os utentes, uma vez que entre eles não existe comunicação. Os participantes apontaram a falta de diálogo entre profissionais da saúde do SNS e entre as unidades do SNS, que neste momento trabalham de costas viradas uns para os outros e não visam colaboração ou cooperação. E levantam-se várias barreiras comunicacionais entre profissionais e unidades.

De entre as barreiras de comunicação identificadas, a primeira salientada foi o lugar central que ocupa actualmente a competitividade na carreira (como já mencionado em relação à promoção entre as unidades de saúde), que favorece o trabalho individual e desvaloriza e desincentiva o trabalho em rede, que é fundamental para trabalhar com as comunidades vulneráveis. Dentro das unidades de saúde não se promove o trabalho em equipas e em/com redes. Pelo contrário, favorece-se a performance individual do profissional de saúde, que deve atingir indicadores e números esperados, sempre no individual. Em consequência, o trabalho individual não promove a coordenação e cooperação, para a qual sempre falta tempo.

Um outro aspecto relacionado, é que a nova organização do SNS não leva em conta as competências profissionais individuais e de equipas para desempenharem um melhor papel na prestação de cuidados. A nova organização não valoriza o conhecimento da comunidade, e não se apoia no modelo enfermeiro/a – médico de família, pois não se favorece esta articulação tão necessária.

O facto dos profissionais serem obrigados a focar o trabalho na melhoria dos indicadores, não permite que estes desenvolvam boas relações com os utentes. Em todo caso, as relações estabelecidas são sempre assimétricas, o tratamento é contrário à humanização da consulta, sem tempo real para estabelecer um diálogo que permita o “olhar” e o “ouvir”. Tornando impossível saber, no brevíssimo tempo de consulta mediado pelo computador, se o utente percebeu qual é o problema, a medicação e o tratamento. O utente muitas vezes fica alheio ao problema de saúde que o aflige. E o profissional de saúde, acaba por desconhecer qual é o contexto e a realidade do utente, situação referida tanto pelas mulheres entrevistadas como pelos profissionais e líderes comunitários. Em consequência, a condição e condicionamento do utente passam despercebidos aos profissionais, e as recomendações de saúde que podem fazer acabam por ser mais desajustadas das realidades concretas, resultantes da crise, dado o desconhecimento e falta de informação.

No global, os três *workshops* avaliaram positivamente as práticas que são empoderadoras da população—alvo, aquelas que pressupõem o envolvimento do interessado, como umas das melhores estratégias para obter melhores resultados,

e por ser também uma forma de fomentar a cidadania em saúde e as tomadas de decisão por parte dos interessados.

Considerações finais e reflexões

Olhando retrospectivamente, podemos afirmar que os dados empíricos obtidos utilizando as várias metodologias (qualitativas e quantitativas) apontam na mesma direcção e se complementam. Esta triangulação tem a vantagem de oferecer maior validade e fiabilidade aos resultados que reforçam a importância de considerar os diferentes olhares e experiências (mulheres, profissionais de saúde e sociedade civil) uma vez que, como temos apontado, as perspectivas de uns e outros são complementares, umas ajudam a explicar as outras.

Por um lado, constatámos que os diferentes capitais sociais que as mulheres possuem as posicionam em diferentes lugares em relação ao acesso, acessibilidade e qualidade nos cuidados de saúde materna, infantil e reprodutiva. Factores como a origem, a trajectória migratória e as experiências anteriores de saúde também são considerados factores-chave no tipo de estratégias utilizadas pelas mulheres. Relativamente às mulheres mais novas, constata-se a importância determinante das relações e apoios familiares. O amparo que as redes familiares oferecem constitui um elemento diferenciador entre as adolescentes e jovens mães; sendo aquelas com redes mais fortes, as que melhor se desenvolvem na procura de informação, apoios materiais, etc., se comparadas com as jovens com escasso apoio familiar.

Em consequência, as intervenções que visam fortalecer o capital social destas atoras, pode tornar-se numa fonte de empoderamento quer para as mulheres, quer para a comunidade onde residem. Daí que as estratégias de ajuda sejam fundamentais nas comunidades locais, como uma forma de vencer os obstáculos. Pelo contrário, as intervenções vitimizadoras conduzem a resultados negativos, fomentando uma maior dependência e levando-as a desenvolver atitudes passivas. Assim, o contexto comunitário é também crucial no que se refere à acessibilidade aos serviços e recursos, podendo as instituições que trabalham a nível local virem a tornar-se agentes privilegiados na promoção da saúde. Neste sentido, é possível que as vontades individuais se transformem em vontades colectivas.

Ainda no contexto comunitário, é essencial o desenvolvimento de parcerias, colaborações e redes sociais locais, dado que permitem uma melhor adaptação das iniciativas às necessidades reais das populações dos diferentes contextos. Este aspecto salienta que as características específicas de cada território são fundamentais, podendo contribuir para uma melhor identificação de respostas adequadas, tanto da população como dos profissionais de saúde. O enfoque comunitário permitiu reconhecer a existência de diferentes necessidades complementares no âmbito da saúde e de educação para a saúde como programas de formação e apoio à parentalidade e maternidade precoce, nutrição, promoção da cidadania e das responsabilidades cidadãs.

Dando continuidade ao tema das necessidades específicas, também se identificou como indispensável o desenvolvimento de um maior *outreach* das unidades de saúde para chegar efectivamente as populações mais vulneráveis, existindo uma necessidade crucial de incorporar serviços de pediatria e outras especialidades como saúde sexual e reprodutiva nas unidades de saúde. Estes aspectos foram também identificados pelos próprios profissionais de saúde, que demonstraram um alto grau de consciência sobre os problemas locais e reconheceram a urgência de implementar ajustes no SNS, baseados em práticas mais humanas, de proximidade e continuidade.

Neste sentido, os dados empíricos obtidos quer através das entrevistas, quer através do Fórum Comunitário colocam em evidência que a mudança e evolução do SNS nos últimos tempos não tem levado em consideração o *know-how* dos profissionais de saúde, especialmente daqueles que trabalham em contextos mais vulneráveis. A experiência deles em saúde comunitária, o seu conhecimento das realidades e das instituições locais tem sido desperdiçado, com consequências graves para os utentes e para os próprios profissionais de saúde que são desempoderados e desvalorizados no novo modelo de SNS que responde mais a regras neoliberais (ainda mais reforçadas pela intervenção da *Troika*) do que às necessidades dos utentes, agudizadas pela crise.

O estudo de diferentes contextos territoriais e burocrático-administrativos foi útil para identificar diferenças claras tanto a nível da realidade de cada contexto, como das respostas da sociedade civil e do próprio SNS. Os resultados evidenciam que existem comunidades mais preparadas e prontas para fazer face à adversidade, e outras menos interessadas ou capazes de responder às necessidades das populações que acolhem. Por exemplo, Amadora, Seixal e Lisboa (Lumiar/Ameixoeira) demonstraram uma maior capacidade organizativa e de resposta mas em outros contextos identificamos maiores carências, não só em termos de recursos do SNS mas também da própria sociedade civil. Verificámos a existência de um círculo vicioso da exclusão. Entre os factores mais determinísticos identificámos a distância e a disponibilidade da infraestrutura de transportes, mas também o papel da sociedade civil e do próprio Estado local (Câmara Municipal, ACES) são importantes para desenvolver ou fortalecer a capacidade de resposta. Neste sentido, podemos salientar a importância da coordenação das intervenções e a partilha de informação com vista a evitar a duplicação de esforços e o desperdício dos poucos recursos existentes.

A leitura cruzada dos resultados apresentados na secções anteriores indica que os dados empíricos obtidos nas entrevistas às mulheres, profissionais de saúde e sociedade civil são complementares, uns reforçam os outros. Identificaram-se barreiras e obstáculos ao acesso, acessibilidade e qualidade aos serviços de saúde e resultou também reveladora a identificação de barreiras institucionais provocadas pelo próprio SNS e pelas mudanças incorporadas que têm tido consequências não previstas nem intencionadas, mas que até agora se têm mostrado lesivas para o SNS e para os profissionais e utentes. As regras da nova administração pública – pelo menos na sua aplicação no âmbito da saúde, em conjunto com o agravamento da crise no contexto da intervenção da *Troika* – têm resultado num deterioro que pode trazer consequências negativas no estado de saúde das populações residentes em Portugal.

Em relação à utilização e recurso às metodologias qualitativas e participativas e nomeadamente ao método de investigação-ação na investigação em saúde, salientamos a sua utilidade e potencialidade especialmente se consideramos os tipos de resultados passíveis de serem obtidos e desenvolvidos. Contudo, não podemos deixar de ressaltar que as metodologias participativas e a investigação-ação implicam um maior desgaste dos investigadores, o maior peso que supõe o compromisso com o objecto de estudo e que pode gerar algum desassossego na equipa de investigação, especialmente quando assume a perspectiva “implícada”, como já assinalado. As metodologias participativas exigem um nível de planificação mais intenso, uma maior dedicação tanto no desenho como na negociação com os *stakeholders* envolvidos, dado que os passos devem ser negociados e consensuados. Muitas vezes, os passos ou determinados aspectos da intervenção devem ser repensados e reorganizados, respondendo tanto às mudanças políticas como às dificuldades do próprio terreno, neste caso, muito marcado pela crise económica e pela austeridade. Paralelamente, a investigação-ação pode gerar alguma desconfiança ou medo da crítica, se não for percebida como um momento de debate conducente a uma melhoria ulterior com benefícios para todos os envolvidos, mesmo que suponha críticas construtivas.

No geral, os resultados da pesquisa ilustram, de formas diferentes, um aumento das desigualdades em saúde tanto no acesso como na acessibilidade aos cuidados de saúde reprodutiva e materno-infantil. Que também redundam numa diminuição na qualidade, que corresponde com uma maior iniquidade, vinculadas tanto à crise económica e financeira e às medidas de austeridade adotadas directamente no SNS.

Por outro lado, apesar de existir um conjunto de estratégias criativas desenvolvidas pelas mulheres, pela sociedade civil e pelos próprios profissionais de saúde do SNS para ultrapassar as limitações e barreiras do próprio SNS, estas não podem ser aceites como soluções dado que não passam de medidas parciais que sobrecarregam os indivíduos e a sociedade e que libertam o Estado das suas responsabilidades. Se os direitos são assegurados e garantidos pela Constituição e pelo Estado, o seu usufruto não pode depender da criatividade e vontade dos indivíduos, sejam utentes ou profissionais de saúde, ou da sociedade civil, caso contrário, o contrato social perde valor.

O impacto negativo que se tem verificado nos últimos anos no SNS merece uma reflexão profunda. O agravamento das barreiras socioeconómicas já existentes, entre elas o acesso aos serviços de saúde, ameaçam a universalidade e a equidade do Sistema Nacional de Saúde, colocando em causa as próprias características do Serviço Nacional de Saúde português. Por outro lado, as alterações verificadas no SNS, planificadas ou não, numa direcção oposta à promoção da igualdade e equidade, descuidando as necessidades das populações mais vulneráveis, mostra um certo autismo sistémico. Em qualquer caso, o resultado é idêntico: um maior risco de retrocesso do progresso que Portugal conquistou nos últimos 20 anos evidenciados na melhoria dos indicadores de saúde, especialmente nos de saúde materno-infantil. Daí que um retrocesso nesta direcção deva ser levado muito a sério. Não pode ser percebido como um assunto menor e momentâneo resultante da crise, já que os ganhos e perdas em saúde não são

mudanças menores mas sim alterações na qualidade de vida e no estado de saúde com impactos a longo e mediano prazo.

Referências

- Bollini, P.; Pampallona, S.; Wanner, P.; e Kupelnick, B.(2009), “Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature” in *Social Science & Medicine*, Vol. 68, N. 3, pp. 452–461.
- Bourdieu, P. (1986), “The forms of capital”, in Richardson, J. (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Greenwood Press, pp. 241–258.
- CEMACH (2007), *Saving mother’s lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003–2005*, London: CEMACH.
- Fernandes, A. e Pereira Miguel, J. (2009), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Fernandes, A.; Dias, S.; Gomes, I.; Padilla, B.; Dias, A. e Oliveira da Silva, M. (2009), *Maternal and child healthcare for immigrant populations. Background Paper*, Brussels: International Organization for Migration (IOM).
- Ferreira, C. e Ramos, M. (2011), “Casamentos Mistos em Portugal: Evolução e Padrões” in *Revista Sociologia On-Line*, N. 2, Abril, pp. 61–99.
- Ferreira, C. e Ramos, M. (2012), “Padrões de casamento dos imigrantes brasileiros residentes em Portugal”, in *Revista Brasileira Estudos de População*, Vol. 29, N. 2, pp. 361–387.
- Glaser, B. e Strauss, A. (1967), *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Chicago: Aldine Publications.
- Ingleby, D.; Chimienti, M.; Hatziprokopiou, P.; Ormond, M.; Freitas, C. (2005) “The role of health in integration”, in Fonseca, M. e Malheiros, J. (Eds.) *Social integration and mobility: education, housing and health: IMISCOE Cluster B5 State of the Art Report*, Lisboa: Centro de estudos geográficos da Universidade de Lisboa, pp. 88–119.
- Luque, M.; Bueno, A. e De Mateo, S. (2010), “Differences in the reproductive pattern and low birthweight by maternal country of origin in Spain, 1996–2006”, in *European Journal of Public Health*, Vol. 21, N. 1, pp. 104–108.
- Machado, M.; Fernandes, A.; Padilla, B.; Dias, S.; Gomes, I.; Dias, A. e Da Silva, M. (2009), *Maternal and child healthcare for immigrant populations (Background Paper)*, Brussels: International Organization for Migration (IOM).

- Machado, M.; Santana, P.; Carreiro, H.; Nogueira, H.; Barroso, R. e Dias, A. (2007), “Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrante” in *Migrações*, N. 1, pp. 103–127.
- Ortiz Mateos, M. (1998) “Hacia una antropologia implicada: una propuesta de discusión” in *Antropológicas* (Edição Especial), Universidade Fernando Pessoa, pp. 133–137.
- Padilla, B. (2013), “Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal” in *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana - REMHU*, Vol. 21, N. 40, pp. 49–68.
- Padilla, B.; Hernández-Plaza, S.; De Freitas, C.; Masanet, E.; Santinho, C. e Ortiz, A. (2013), “Cidadania e Diversidade em saúde: Necessidades e estratégias de promoção da equidade nos cuidados” in *Revista Saúde & Tecnologia*, Suplemento de Julho de 2013, pp. 57–64.
- Padilla, B.; Hernández-Plaza, S. e Ortiz, A. (2012), “Avaliando as boas praticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política”, in *Fórum Sociológico. Série II*, N. 22, pp. 33–41.
- Padilla, B. (2008), “Saúde dos imigrantes: Protegendo direitos e assumindo responsabilidades”, in Vitorino, A. (Coord.), *Migrações: Oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*, Fórum Calouste Gulbenkian, Lisboa: Principia.
- Strauss, A. e Corbin, J. (1998), *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*, Thousand Oaks: Sage.
- Sword, W., Watt, S. e Krueger, P. (2006), “Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women” in *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, Vol. 35, N. 6, pp. 717–727.
- Zwart, J.; Jonkers, M.; Ritchers, A.; Ory, F.; Bloemenkamp, K.; Duvekot, J. e Roosmalen, J. (2010), “Ethnic disparity in severe acute maternal morbidity: a nationwide cohort study in the Netherlands”, in *European Journal of Public Health*, Vol. 21, N. 2, pp. 229–234.

Necessidades e desigualdades na saúde materno-infantil em contextos de diversidade, crise e austeridade: o caso da Área Metropolitana de Lisboa

*Sonia Hernández Plaza**

Objectivos

Os principais objetivos do trabalho detalhados neste capítulo são:¹ (1) analisar as necessidades das mulheres em idade reprodutiva, grávidas e mães, enquanto utentes de cuidados primários de saúde em contextos de diversidade associada à imigração; (2) identificar as desigualdades existentes no acesso aos cuidados de saúde materno-infantil, focadas num contexto específico, a Área Metropolitana de Lisboa, caracterizado pela concentração dos mais altos níveis de diversidade associados à imigração em Portugal.²

A recolha dos dados qualitativos e quantitativos ocorreu entre 2011 e 2013,³ período em que Portugal sofreu de forma particularmente severa as consequências da crise e as medidas de austeridade impostas pelo governo da nação e da chamada *Troika*, constituída pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Central Europeu (BCE) e a Comissão Europeia (CE).

*Investigadora no Centro de Investigação em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, CICS – UM: ✉ sonia.h.plaza@gmail.com

¹ Os resultados apresentados neste capítulo são parte integrante de dois projetos de investigação paralelos sobre a equidade em saúde em diversos contextos: (1) «Saúde e cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes», financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PTDC/CS-SOC/113384/2009); e (2) «Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professional» (PsySPOCUC), financiado pela Comissão Europeia, Marie Curie Actions FP7-PEOPLE-2010-IEF (PIEF-GA-2010-272976).

² A Área Metropolitana de Lisboa concentra mais de metade da população estrangeira (53,4%) residente em Portugal (SEF, 2012).

³ Ver o capítulo metodológico para saber mais detalhes sobre os participantes, os municípios objeto do estudo, a abordagem metodológica multi-método, as técnicas de recolha e as ferramentas de análise de dados utilizadas.

Necessidades e desigualdades em saúde materno-infantil: uma abordagem qualitativa

A análise qualitativa das narrativas obtidas através das entrevistas realizadas com mulheres em idade reprodutiva – grávidas e mães, tanto autóctones como imigrantes – bem como profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), outros profissionais do SNS (assistentes sociais, mediadores culturais⁴), sociedade civil (associações de imigrantes, organizações não governamentais, ONGs e associações comunitárias), entidades governamentais e outros actores no âmbito da saúde em contextos de diversidade associada à imigração, revela a existência de dois conjuntos de factores, intimamente relacionados, enquanto dimensões centrais na articulação das necessidades identificadas: (1) factores exógenos associados com a crise financeira, o aumento do desemprego e aumento da pobreza; e (2) factores endógenos ao SNS, principalmente relacionados com a insuficiência de recursos humanos e financeiros, agravados pelo aumento dos cortes do governo nos orçamentos anuais dedicados à saúde pública, de acordo com as medidas de austeridade impostas pela *Troika*.

Factores exógenos: a crise e o aumento do desemprego e da pobreza como determinantes socioeconómicos da saúde materno-infantil

A primeira dimensão emergente das entrevistas revela necessidades severas, relacionadas com a **deterioração dos determinantes sociais da saúde**, resultado da crise financeira que Portugal atravessa nos últimos anos. O aumento do desemprego⁵ e a pobreza⁶ em agravado problemáticas habitualmente associadas a condições de exclusão social, observando-se graves problemas de acesso a alimentação adequada, completa e saudável para as mulheres grávidas, bebés e crianças, mães e famílias; e entraves importantes ao acesso a bancos de alimentos por famílias em necessidade, devido ao crescimento significativo da demanda nos últimos anos. Esta realidade é especialmente preocupante, dadas as graves consequências da alimentação **insuficiente e inadequada** durante a gestação e primeiros anos de vida quer no desenvolvimento da criança, quer para a saúde e capacidades das gerações futuras.

⁴ A figura do mediador intercultural em centros de saúde e hospitais, foi identificada como boa prática em saúde e migrações em Portugal (Da Silva e Martingo, 2007; Padilla et al., 2009) desaparece como tal, com a implementação de medidas de austeridade no âmbito da saúde e actualmente o SNS já não recorre aos mediadores interculturais. No momento presente, a figura do mediador intercultural existe apenas no âmbito dos serviços sociais comunitários em alguns municípios da Área Metropolitana de Lisboa, como parte do «projecto de mediação intercultural em serviços públicos» (MISP), promovido pelo Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), actual Alto Comissariado para as Migrações (ACM), em parceria com Câmaras Municipais e Associações de Imigrantes.

⁵ De acordo com dados do EUROSTAT, o desemprego em Portugal praticamente duplicou durante os anos de crise, de 8,6% em 2006 para 16,4% em 2013.

⁶ Da mesma forma, o EUROSTAT mostra um aumento da população em risco de pobreza e exclusão social, durante os anos de crise, de 25% em 2006 para 27,4% em 2013.

«A nível local, há um conjunto de instituições que dão apoios mínimos, o Banco Alimentar, por exemplo, algumas instituições dão apoio para a compra de medicamentos, mas as portas vão-se fechando porque o número de pessoas aumentou e não aumentou a capacidade de ajuda das instituições, pelo contrário, as instituições queixam-se que vêm menos alimentos. Portanto se há menos alimentos, há menos apoio às famílias e se há mais famílias a serem apoiadas, será com menos alimentos. A situação torna-se portanto bastante dramática. Neste período em que as escolas estão fechadas, em que não há escolas onde os miúdos possam comer, também se nota a aflição das famílias à procura de alternativas». *(Representante de ONG)*

São numerosos os casos de mulheres e famílias cujos membros perderam seus empregos durante estes anos de crise, e acabaram envolvidas num processo permanente de **exclusão social** com dificuldades graves em termos de alimentação como relata uma mulher caboverdiana, com quatro filhos, desempregada desde 2009, assim como o marido:

«Estou a receber 239 euros do subsídio de inserção que é uma porcaria de dinheiro, não é? Não dá para nada. Eu fui lá falar com a senhora que isso é muito pouco, não dá para uma família de 6 pessoas, inclusive com 2 bebés. Precisa de fraldas, precisa de leite, de papas não é? Isso sem falar da roupa porque a roupa dá para pedir porque há pessoas que me têm dado roupinha e por isso eu não tenho comprado roupa aos bebés. Se não fosse por isso, andávamos nus! (...) Eu fui lá à igreja, que o meu filho vai lá ajudar nisso do Banco Alimentar, ela vai ajudar na recolha de alimentos e agora eu fui ali à igreja pedir para a senhora que eu precisava mesmo duma ajuda do Banco Alimentar e disseram-me que tenho que ficar na lista de espera. Eu entreguei os documentos todos mas só não entreguei o recibo da renda de casa porque não tenho recibo da renda.» *(Mulher caboverdiana, nacionalidade portuguesa, Alto Cova da Moura, Amadora)*

Outra consequência do aumento do **desemprego** é a **deterioração das condições de habitação** – outro determinante social da saúde. Dada a necessidade de procurar/recorrer a habitação de baixo custo, tal como relata a mesma entrevistada, que se viu forçada a mudar-se com seus quatro filhos e marido para o Bairro Alto da Cova da Moura (Amadora), depois de perder o emprego e seu rendimento familiar ter reduzido drasticamente:

«Na altura necessitávamos mudar de casa, por causa do desemprego, foi por causa do desemprego que viemos para cá (Alto Cova da Moura) (...), mas nós estamos arrependidos de ter vindo para aqui! (...) Aqui tem muita humidade. Tem muito, muito mofo (...). É que isto não tem condições de nada.» *(Mulher caboverdiana, mãe de 4 meninos, desempregada, nacionalidade portuguesa, Alto Cova da Moura, Amadora)*

«Uma coisa comum neste corredor ali junto à linha do comboio, entre Queluz e Sintra, é que as casas normalmente são muito partilhadas. As famílias chegam e não têm condições para alugar logo a casa para a sua família e então vão alugando quartos. O quarto é a casa para muita gente. Muitas vezes uma casa representa várias casas. São várias famílias na mesma casa. E no quarto têm tudo, muitas vezes têm o frigorífico, o fogão e cozinham ali (...). Eu neste momento sinceramente acho que a habitação é o problema principal e que vai ser o problema mais grave nos próximos anos, dos imigrantes e dos portugueses. Não só porque as pessoas não têm dinheiro para comprar casas, o sistema de arrendamento não funciona porque arrendar ou comprar é igual, as rendas são altíssimas, e quem já tem as casas não vai ter capacidade de as manter e não vai conseguir pagá-las tendo em conta o agravamento das condições de vida. O que é que vai acontecer? Não sei (...) As pessoas vão-se agrupando nas casas, nos quartos. Eu não sei que solução é que isto vai ter nos próximos tempo e preocupa-me bastante. A habitação que é um direito consignado na nossa constituição, na realidade não está acessível a toda a gente, cada vez está mais longe de ser um direito de todos os cidadãos (...). Quem tem 400 euros de renda para pagar, se não trabalha, como é que vai poder usufruir deste bem? Como é que vai conseguir pagar a casa?» *(Representante de ONG)*

As precarização das condições de vida é generalizada entre os que estão a perder os seus empregos, mas afecta particularmente as mulheres e famílias de imigrantes que tendem a ocupar os postos de trabalho mais precários e que devido à elevada vulnerabilidade do seu estatuto jurídico, estão mais dependentes da disponibilidade de um contrato de trabalho. Consequentemente, no caso específico da população imigrante, o crescimento do desemprego tende a estar associado a uma maior **instabilidade legal** e aumento do número de imigrantes em situação irregular. Esta relação de consequência agrava assim os processos de exclusão social, num ciclo vicioso de deterioração progressiva dos determinantes sociais da saúde, conforme é descrito na seguinte narrativa:

«O aumento da carência económica é geral. Notamos mais provavelmente nas famílias imigrantes (...). Os imigrantes são os mais frágeis, são os que estão mais sujeitos à exploração, ao trabalho precário, no fundo à falta de todo um conjunto de direitos (...). Os empregos são mais precários, o facto do título de residência, para se renovar, ter que ter um contrato de trabalho e rendimentos mínimos obrigatórios etc, isso dificulta e por vezes passam períodos longos em que voltam a ficar indocumentados. Tiveram um título de residência mas não o renovaram por não terem trabalho ou porque o ordenado não chega para provar junto do SEF que tem condições para o renovar, e durante esse período as coisas complicam-se bastante mais. É os subsídios de desemprego que não se pode pedir, é a própria inscrição no centro de emprego, o acesso ao emprego... Se têm um documento caducado, já ficam mais portas fechadas, portanto isto tudo se vai agravando. Nas famílias portuguesas notámos também

bastante o agravamento das condições de vida das pessoas. O desemprego, obrigando mesmo a reestruturações familiares, em que os filhos casados voltam à casa dos pais por não terem condições de pagarem as casas, e trazem muitas vezes consigo também os próprios filhos e netos para viverem na casa dos pais e os pais não se sentem muitas vezes em condições de suportar as despesas de todos.» (*Representante de ONG*)

O aumento no número de imigrantes em situação legal irregular, associado ao aumento do desemprego, dá também lugar à **deterioração das condições de acesso aos cuidados de saúde**, conforme detalhado na secção seguinte sobre os factores endógenos ligados ao Serviço Nacional de Saúde. Neste contexto de crescente precariedade económica, os entrevistados também descrevem as **dificuldades em pagar as deslocações em transportes públicos** até aos centros de saúde e hospitais, devido ao aumento dos preços, com um número crescente de pessoas, incluindo mulheres grávidas e mães que não têm acesso aos centros de saúde e hospitais em casos de necessidade, porque não podem pagar o transporte.

«Muitas vezes não vêm porque são dependentes de outras e não têm dinheiro para o transporte. As pessoas abandonam os tratamentos porque não têm como pagar.» (*Enfermeira, Seixal*)

Factores endógenos: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em tempos de austeridade

A segunda dimensão emergente revela a existência de barreiras relacionadas com as necessidades e deficiências no Serviço Nacional de Saúde, agravada pela actual implementação de **medidas de austeridade e cortes** nos orçamentos de Estado para a saúde pública em resposta à imposição de *Troika*, com sérias implicações no campo da saúde materna e infantil.

Em primeiro lugar, identificam-se as **graves barreiras económicas no acesso aos cuidados de saúde no contexto da saúde materno-infantil** relacionadas com o aumento das taxas moderadoras imposto pela *Troika*, e as dificuldades em lidar com os custos totais dos cuidados de saúde (identificados no actual contexto de crise) e crescente insegurança económica em estreita relação com os factores endógenos descritos na secção anterior. É de especial importância destacar os graves problemas para pagar os medicamentos e as taxas moderadoras das consultas médicas e testes de diagnóstico, observando-se uma erosão grave da universalidade do SNS em Portugal. Na prática, são cada vez mais as pessoas que não podem exercer o seu direito universal aos cuidados de saúde devido à falta de recursos financeiros suficientes para aceder aos cuidados de a saúde (medicamentos, consultas, exames de diagnóstico, urgências hospitalares).

As narrativas que se seguem mostram como as severas dificuldades de acesso aos medicamentos associados à crescente precariedade económica, são especi-

almente graves no caso de grupos vulneráveis, tais como as mães com doenças crónicas e crianças com problemas de saúde:

«Há muitas pessoas que, porque não tem dinheiro suficiente, têm que cortar em muitos medicamentos (...). Muitos não tomam os medicamentos, e na verdade muitos pararam de vir à consulta precisamente por isso (...). Por causa da sua situação financeira não têm dinheiro para fazer exames, não têm dinheiro para comprar medicamentos... Não têm dinheiro para comer...» (*Médico, Amadora*)

«Já vai fazer 4 anos que comecei com o problema de diabetes. A tensão alta comecei agora e o colesterol também já tem 1 ano ou 2 anos (...). Para comprar medicamentos fico com dificuldades (...). O medicamento do colesterol é que não posso ficar sem ele e às vezes fico 2 ou 3 meses sem comprar esse medicamento. Insulina não porque eles dão mas para o colesterol e tensão alta é um medicamento quer não pode faltar (...). Comprar medicamentos, eu nem tenho para comprar (...). Quando não tenho dinheiro para comprar medicamentos não compro, quando tiver compro.» (*Mulher de São Tomé, mãe com 7 filhos, desempregada, com autorização permanente de residência, bairro 6 de Maio, Amadora*)

«No início ele me passava outros medicamentos e às vezes ficava lá a receita um bom tempo, só depois é que eu ia comprar. Graças a Deus também que não afecta logo nada.» (*Mulher grávida da Guiné-Bissau, desempregada, autorização permanente de residência, Loures*)

«A Carolina precisa de medicamentos, as pomadas para os olhos. Ela agora tem uma prótese experimental. Tem microftalmia. O olhinho dela é 4 vezes mais pequeno do que o nosso. É mais a nível estético, porque depois os olhinhos da cara não crescem normalmente. Só que ela fez infecção. Tenho que comprar outras pomadas, soro fisiológico, etc. Teve uma época em que teve um problema de pele, tive que comprar pomada atrás de pomada e não tenho qualquer tipo de ajuda para nada. Temos meses que só em pomadas para ela vai à volta de 300 euros, fora as fraldas, as sopas, etc.» (*Mãe portuguesa, Apelação, Loures*)

«Eu tenho lá em casa as receitas e eu não tenho condições de comprar (...). Lá em casa eu tenho duas receitas para levantar e eu perguntei ao médico se ele podia-me dar alguma informação de como é que eu podia levantar aquelas receitas porque eu não tinha dinheiro naquela altura e ele não me respondeu. Não disse nada. Queria saber se tinha algum apoio (...). Sofro de tensão alta (...). Eu não compro os medicamentos e depois fico mal e tenho que ir ao hospital (...).» (*Mulher caboverdiana, mãe de 11 filhos, desempregada, indocumentada, bairro Santa Filomena, Amadora*)

Esta mesma mulher, doente com hipertensão, desempregada desde 2009, e em situação irregular – como resultado do desemprego, uma vez que tinha autorização de residência, enquanto se encontrava no activo – depois de relatar a

sua fraca adesão ao tratamento devido à incapacidade de comprar os medicamentos de que necessita, refere que tem de se deslocar à urgência do hospital, pois encontra-se em risco de sofrer um acidente vascular cerebral, resultado da tensão arterial elevada.

Revela-se assim, uma possível relação entre a sua situação económica precária, depois de se encontrar desempregada e conseqüente situação legal irregular durante os anos de crise, a deterioração do acesso aos cuidados de saúde enquanto imigrante indocumentada e a sua falta de adesão ao tratamento face à sua impossibilidade de comprar os medicamentos indispensáveis para a hipertensão, e o episódio em que se deve deslocar à urgência do hospital num episódio de tensão arterial elevada e em grave risco de um acidente vascular cerebral, e o conseqüente perigo vida, sendo mãe de onze filhos (sete dos quais vivem com ela, dois deles menores, com dez e quatorze anos, e dois com quinze e dezassete anos):

«Quando eu fui lá para o centro de saúde com a tensão bem alta, ele não me explicou (...). Cheguei lá e ele viu e ele disse para pôr o comprimido debaixo da língua mas não explicou nada. Se eu não fosse para o hospital podia ter um AVC mas ele não explicou nada.» (*Mulher caboverdiana, mãe de 11 filhos, desempregada, indocumentada, bairro Santa Filomena, Amadora*)

As narrativas ilustram também as **dificuldades de acesso às consultas médicas e aos exames de diagnóstico** devido ao **aumento das taxas moderadoras** que os utentes têm de pagar por estes serviços de saúde, outra barreira económica derivada das medidas impostas pela *Troika*.⁷

«Muitos deixaram de vir à consultar precisamente por isso, por causa do aumento das taxas moderadoras, porque claro, agora pagam 5 euros ... E gente que tem que ao controle mês a mês, qualquer um diria que 5 euros não é muito, mas para uma pessoa que tem uma pensão de 250 euros... (...) Nos últimos três meses tem sido terrível, porque vêm todos e queixam-se a nós, e lamentavelmente não podemos fazer nada (...). Por causa da sua situação económica não têm dinheiro para fazer exames, não têm dinheiro para comprar os medicamentos... Não têm dinheiro para comer.» (*Médico, Amadora*)

«Já fiquei doente e não fui à consulta porque não tinha dinheiro para a consulta (...). Já fiquei uma ou duas vezes sem consultar porque eu não tinha dinheiro para pagar (...). Já chegou até a minha tia

⁷ Entre as medidas de austeridade impostas pela Troika (FMI, BCE, CE) encontra-se o aumento das taxas moderadoras que os utentes têm de pagar pelo uso dos serviços médicos do SNS (*Portugal: Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality, 3 May 2011*). Em resposta às exigências da política económica estabelecidas no Memorando de entendimento assinado pelo Governo Português com o FMI, BCE e CE em 2012, procedeu-se ao aumento significativo das taxas moderadoras (portaria N.º 306-A/2011): nas consultas de atenção primária em centros de saúde o valor a pagar passou de 2,25 euros em 2011 para 5 euros em 2012, valor que continua em vigor actualmente; e para consultas de urgência nos hospitais 9,6 euros em 2011 a 20 euros, em 2012; 20,6 euros em 2013 e 20,65 euros em 2014.

me dar porque eu não tinha nem 50 cêntimos em casa, a minha tia é que me deu dinheiro para ir consultar.» (*Mulher de São Tomé, mãe com dois filhos, com incapacidade laboral por acidente de trabalho, autorização permanente de residência, Alto Cova da Moura, Amadora*)

Em simultâneo com o aumento das taxas moderadoras, outra das medidas impostas pela *Troika* foi a revisão dos critérios e categorias de isenção do pagamento.⁸ Embora as novas condições mantenham a isenção das taxas por insuficiência económica para os indivíduos e famílias de baixos rendimentos,⁹ tanto as narrativas recolhidas no contexto deste projecto como os resultados quantitativos que apresentaremos na secção seguinte, mostram como esta regulamentação de isenções é insuficiente para garantir o acesso aos cuidados de saúde a todas as pessoas que vivem em dificuldades económicas. Os resultados da nossa pesquisa mostram que o aumento das taxas moderadoras a partir de 2012 ergueu uma barreira económica grave que está a impedir o acesso de muitas mulheres e famílias aos cuidados de saúde de que necessitam, porque não conseguem arcar com os custos associados às consultas, exames de diagnósticos e medicamentos, situação que compromete seriamente o princípio de universalidade do SNS.

«As coisas agora estão mais caras e por isso também muitas pessoas deixam de ir ao médico porque não têm como pagar. Há pessoas que acabam por ficar em casa porque não têm condições de ir ao médico.» (*Mulher descendente de caboverdianos, mãe com quatro crianças, nacionalidade portuguesa, Sintra*)

No campo específico da saúde materna e infantil, as novas regulamentações mantêm a isenção das taxas moderadoras durante a gravidez, o nascimento e para crianças até aos 12 anos, considerados grupos particularmente vulneráveis. Esta isenção constitui um direito universal que se estende às mulheres imigrantes quer possuam estatuto jurídico regular ou irregular.¹⁰ No entanto, na prática, os resultados da nossa pesquisa mostram que o acesso às consultas médicas de **mulheres indocumentadas** tem sido dificultada nos últimos anos, com a implementação de um sistema informático que exclui imigrantes em situação legal irregular por falta de número de utente do SNS, um dado essencial no novo sistema. No caso das mulheres grávidas, esta exclusão impede que os profissionais de saúde possam prescrever medicamentos e exames de diagnóstico,

⁸ A alteração dos critérios e condições de isenção do pagamento de taxas moderadoras, imposta pela *Troika* (FMI, BCE, CE), está regulamentada no Decreto-Lei N.º 113/2011 e Decreto-Lei N.º 128/2012.

⁹ Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direcção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS) seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do indexante de apoios sociais (IAS), correspondente, em 2014, a 628,83 euros (ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde, Revisão de categorias de isenção e actualização de valores das taxas moderadoras, 2014).

¹⁰ Despacho N.º 25360/2001; Decreto-Lei N.º 173/2003 de 1 de Agosto; Circular Informativa N.º 12/DQS/DMD 07/05/09; Decreto-Lei N.º 113/2011.

de acordo com as condições de gratuidade estabelecidas por lei. Assim, estas mulheres são obrigadas a pagar o custo total dos testes e exames complementares de diagnóstico necessários ao acompanhamento médico da gravidez, criando uma barreira económica importante a que as mulheres indocumentadas usufruam do seu direito a cuidados médicos gratuitos durante a gravidez. Como resultado, muitas não podem fazer um seguimento adequado da sua gravidez, devido à sua situação de precariedade económica aguda e ao elevado custo dos testes de diagnóstico, com o conseqüente risco para a sua saúde e dos seus bebés.

«Depois é isento da taxa moderadora, isento de qualquer pagamento se for uma grávida, se for planeamento familiar, se for uma criança até aos 12 anos (...). Nas mulheres em situação irregular, outro problema é que a senhora pode eventualmente já estar grávida, vamos imaginar que já tem 2 ou 3 meses de gestação, o médico acha que ela precisa de fazer uma série de exames de rotina, como não tem o número de utente, e neste momento é obrigatória a prescrição electrónica, exames complementares de diagnóstico e de receituário, acontece que não há forma de dar a volta. Os pedidos, as credenciais para os exames complementares de diagnóstico saem a pagar. Se não se introduz o número de utente no sistema informático, sai a pagar. As pessoas não têm dinheiro para pagar! (...) As próprias clínicas de diagnóstico não aceitam ninguém que não tenha o número de utente porque depois têm dificuldade em ir cobrar o dinheiro à ARS.» (*Técnico de agência governamental*)

«Outro problema sério é a saúde materna (...). Não têm seguimento. O parto, pois, acabam a ser atendidos no hospital, mas conheço partos atendidos em trabalhos... Mas não fazem controlos porque não têm dinheiro, porque muitos não têm papéis... Eu dei conta disto, de que muitos não têm papéis, então não fazem o seguimento que têm que fazer.» (*Médico, Amadora*)

Após o parto, ao perderem o direito à isenção das taxas moderadoras embora se mantenham em situação de precariedade económica, as **mães de recém-nascidos** voltam a conhecer barreiras graves no acesso aos cuidados de saúde, renunciando, muitas vezes às consultas médicas de que necessitam. Passam a priorizar as despesas associadas com as necessidades dos bebés, deixando em segundo plano a sua própria saúde, durante um momento crítico, em que desempenham um papel fundamental como cuidadoras, aliado ao aumento das dificuldades em encontrar emprego. Esta situação observa-se tanto entre mulheres em situação regular como irregular, apesar de afectar de forma mais grave estas últimas, que devem pagar o custo total de consultas e tendem a recorrer aos serviços médicos somente em casos de urgência, com o conseqüente risco de agravamento e cronicidade das doenças que possam ter.

«O cidadão em situação irregular, para ter acesso à saúde, tem que se fazer acompanhar dum atestado de residência, comprovativo de que reside em território nacional há mais de 90 dias e um documento de identificação que comprove que aquela pessoa é aquela pessoa. Este cidadão em situação irregular tem que pagar os cuidados de saúde

por inteiro porque é-lhes feita uma inscrição esporádica, sem direito a número de utente do Serviço Nacional de Saúde. Esta pessoa, nos cuidados de saúde primários tem que pagar por uma consulta 35 euros ou 33 euros. Se for à urgência de um hospital depende daquilo que lhe for feito: se fizer umas análises, se fizer uma radiografia, se fizer um raio X pode ir para os 200–300 euros não sei.» (*Técnico de agência governamental*)

«No período que estava grávida, não. Ilegal ou não, você não paga. Agora a partir do momento que venceu a minha isenção já passo a pagar a taxa que todo o imigrante paga. Neste caso só vou ao centro de saúde em último caso (...). Eu pago acho que 30–35 euros porque aqui imigrante ilegal paga isso (...). Então o que é que acontece? Só vou em último caso porque nem sempre quando você se sente mal tem 30 ou 50 euros para ir ao médico. E depois pagar a totalidade de tudo! (...) A partir do mês passado, se tenho alguma necessidade não vou porque tenho que pagar a taxa total.» (*Mulher brasileira, mãe de 3 meninas, desempregada, indocumentada, Sintra*)

Juntamente com as barreiras económicas associadas com o aumento do custo dos cuidados de saúde, os entrevistados destacam lacunas relacionadas com importantes **deficiências do Serviço Nacional de Saúde**, quando surge uma necessidade de saúde devido às *listas de espera excessivas*, às **dificuldades para marcar consultas** e aos **elevados tempos de espera** nos centros de saúde.

«Porque aqui tu tens... Estás doente, mas tens que marcar para daqui a um mês, dois meses. E eu sempre estou a perguntar: mas a doença espera? Eu faço sempre essa pergunta. Porque os dois meses que vamos esperar para ficar atendida, não vou estar melhor... Por exemplo, agora eu estou... Vim fazer uma consulta porque tenho uma pequena infecção e marcaram-me a próxima consulta para Setembro. então, eu me pergunto... Esse tempo, como é que fica o problema? Vai ficar parado? Claro que não, vai evoluir. Sinceramente para mim, não está bom.» (*Mulher angolana, autorização de residência, estudante, Lumiar*)

«Já vi consultas a demorarem um mês ou mais.» (*Mulher portuguesa, mãe de quatro meninos, desempregada, Amadora*)

«Porque temos que nos levantar às 5h da manhã para ir lá marcar consulta e depois demora muito tempo e às vezes temos que esperar até chegar a nossa vez. Sim, há tanta gente!... Há muita gente mesmo. É muito cansativo. Uma pessoa às vezes está doente e tem que ir para lá às 5h. Não há uma casa para ficarmos lá à espera, temos que ficar na escada. É horrível. É mesmo do piorio. É a única coisa, é a parte má. Do resto não tenho assim muita razão de queixa.» (*Mulher descendente de pais de origem africana, mãe de uma menina, nacionalidade portuguesa, empregada a tempo inteiro, Sintra*)

«É experimentar marcar uma consulta! Temos muitas barreiras (...). Não nos atendem o telefone, se eu for ligar lá para baixo, para o geral, não me atendem o telefone nunca! Recentemente temos uma telefonista mas é raro atenderem o telefone. Portanto as pessoas querem marcar consulta pelo telefone e não conseguem por um lado por esta barreira de que não há disponibilidade, mas também porque não há vaga. Depois quem tiver que se dirigir aqui quem que estar aqui às 6 da manhã e quem é que está para isso? Às vezes é mais fácil irem para o hospital! Lá fazem logo análises, fazem o raio X.» (*Médico, Amadora*)

«O tempo de espera lá naquela sala é que é muito. Posso ter marcado a consulta para as 10 horas. Eu corro para chegar lá antes das 10. Chego lá e sento-me e esquece... Meio-dia e ela nada. Chego a esperar duas horas para ser atendida, ou mais. Vou cedo para tirar a senha. Espero uma meia hora para fazer a marcação. Como eu moro cá perto eu vou até casa uns minutinhos para comer qualquer coisinha para voltar para lá, com uma garrafa de água, é claro... Sentava-me e aí era para esquecer o dia todo.» (*Mulher caboverdiana, nacionalidade portuguesa, Alto Cova da Moura, Amadora*)

Por outro lado, são muito numerosos os **utentes sem médico de família**, o que dá lugar a uma falta de continuidade na relação com os profissionais de saúde, imprescindível para que estes a cheguem a conhecer as circunstâncias pessoais, laborais e socioeconómicas das mulheres e suas famílias, o seu historial médico assim como as suas necessidades de saúde. Esta falta de continuidade no relacionamento entre médicos e utentes impedindo assim o desenvolvimento de um relacionamento de confiança, particularmente importante na área da saúde reprodutiva e materna e infantil. Na ausência desta relação de continuidade e confiança, os utentes sem médico de família recebem um atendimento completamente despersonalizado, baseado no desconhecimento do utente, do seu contexto social e familiar e histórico de saúde.

«Há uma barreira que é a inexistência de médicos de família para milhares de pessoas. Muitas vezes as pessoas nem sequer, mesmo mudando de freguesia, nem sequer mudam a inscrição no centro de saúde para não perderem o médico de família. Aqui nesta zona são muitos milhares de doentes que não têm médico de família. Claro que podem ir ao centro de saúde e há sempre um médico que lhes faz a consulta mas não é a mesma coisa! Não é alguém que acompanha o percurso familiar, que vai percebendo de umas consultas para as outras quais são as fragilidades da família, que vai mostrando os recursos que existem. Da outra forma, não há capacidade de prevenir, e mesmo a assistência médica acaba por ser em condições já muito avançadas da doença.» (*Representante de ONG*)

«Muitos não têm médico de família (...). Há muita população para os médicos. Eu acho que esta é a principal barreira (...). Não há

médicos para atender tanta população e por isso, para as consultas são tão espaçadas, por isso há pessoas que não têm médicos, que não podem ter consulta há muito tempo... Porque não há médicos, colocando a questão de forma simples, essa é a resposta.» (*Médico, Amadora*)

«Aqui não temos médico de família. Aqui a gente vai à consulta... Um dia tem médico, outro dia tem outro, outro dia tem outro. É uma coisa muito chata!» (*Mulher caboverdiana, nacionalidade portuguesa, Alto Cova da Moura, Amadora*)

Este tratamento despersonalizado pode dar lugar a **comportamentos discriminatórios** caracterizados por uma total falta de sensibilidade para questões tais como a língua materna, inclusive em situações de urgência, possivelmente com consequências graves sobre a saúde das mulheres, como ilustra a seguinte narrativa de uma mulher caboverdiana sem médico de família:

«Ele diz para nós falarmos em português porque ela não está a perceber nada. Ela estava a falar com o meu filho... O meu filho estava-me a perguntar para onde é que ela me queria mandar, que me estava a mandar para o hospital. Só que eu estava a falar com o meu filho em crioulo e ela disse para nós falarmos em português! Que nós não estávamos na nossa terra! Depois eu disse a ela que eu estava a falar com o meu filho sobre isso e ela não disse mais nada. Disse que a gente tinha que falar português porque não estava lá na nossa terra.» (*Mulher caboverdiana, mãe de 11 filhos, desempregada, indocumentada, bairro Santa Filomena, Amadora*)

O tratamento despersonalizado também se relaciona com a **ausência de conhecimento e falta de sensibilidade para com a situação socioeconómica das mulheres** e suas famílias, particularmente importante no âmbito da saúde materno-infantil, dadas as suas implicações na alimentação e cuidados de saúde da mulher durante a gravidez, pós-parto e na infância dos filhos, particularmente no contexto de crise actual, como foi descrito na secção anterior e como ilustra de forma clara a seguinte narrativa de uma mulher brasileira sem médico de família:

«A enfermeira disse assim: “Olha daqui a um mês tem que fazer um tipo de sopa no almoço, no jantar.” Eu pensei porque é que eu tenho que fazer dois tipos de sopa por dia? Uma com carne e uma com peixe. Eu acho que desde que eu cheguei a Portugal eu nunca comi peixe porque é bem mais caro e como a situação, como eu disse, não é boa. Eu faço uma quantidade de sopa, tipo com carinha, que dá para 3 dias. Ele come ela no almoço e no jantar. Quando acaba, eu faço de frango e que dê para 3 dias. Eu disse-lhe que eu não posso estar a fazer dois tipos de sopa (...). Só dizem: “tem que fazer de carne, de peixe, tem que dar papinha disto, papinha daquilo”, mas nem sabem se a gente tem condições para comprar (...). A questão da limitação financeira eles podiam escrever isso ali na página, sei lá, porque como eu disse, é constrangedor para a gente estar a dizer

sempre: “Ah, doutor, eu não tenho condições para comprar tal medicamento porque é muito caro!”» (*Mulher brasileira, mãe de um bebé, desempregada, com autorização de residência, Amadora*)

Finalmente, é importante destacar que durante a implementação das medidas de austeridade impostas pela Troika foram terminados ou drasticamente reduzidos inúmeros projectos e **boas práticas em matéria de saúde materno-infantil** e reprodutiva, tais como os programas de saúde comunitária de proximidade que funcionavam através de unidades móveis ou visitas domiciliárias, especialmente necessários em bairros socialmente degradados de particular vulnerabilidade, no actual contexto de crise e deterioração progressiva dos determinantes sociais da saúde.

«O sistema nacional de saúde está um bocadinho complicado... Ah... Entretanto, também pelo meio achei necessidade de fazer as visitas domiciliárias às famílias que eu acompanho (...). O meu dia de fazer visitas era sempre quinta-feira à tarde, depois com a limitação de pessoal, deixei muitas vezes, de poder ir.» (*Enfermeira, Lisboa*)

Necessidades e desigualdades em saúde materno-infantil: uma abordagem quantitativa

Nesta secção apresentamos os resultados da avaliação das necessidades de uma amostra de mulheres em idade reprodutiva, na sua qualidade de utentes de cuidados primários de saúde na Área Metropolitana de Lisboa, baseados nos resultados da aplicação de um inquérito. Conforme detalhado na metodologia, o questionário consistiu de um total de 117 itens, dos quais apresentamos os resultados de três secções: (1) perfil sociodemográfico e trajectória migratória: 14 itens extraídos da versão portuguesa do *European Social Survey (ESS)*; (2) situação socioeconómica: 10 itens extraídos da versão portuguesa do *European Social Survey (ESS)* e o Inquérito Nacional de Saúde (INS); e (3) avaliação das necessidades: 2 itens nos quais as entrevistadas deviam indicar quais as três dificuldades mais importantes no acesso aos cuidados de saúde primários (da experiência com o seu centro de saúde) e na relação com os profissionais de saúde. As opções de resposta basearam-se na informação qualitativa obtida na primeira fase da pesquisa, incluindo ainda um item aberto que permitia referir qualquer outra necessidade ou dificuldade sentida pelas mulheres. A recolha de dados ocorreu entre Abril e Junho de 2013, período que correspondeu à implementação das medidas de austeridade impostas pela *Troika*.¹¹

Perfil socioeconómico e migratório das participantes

Desta fase do projecto de investigação participaram um total de 125 mulheres adultas em idade reprodutiva, entre os 18 e os 49 anos; das quais 70 residem

¹¹ Os dados obtidos através do inquérito foram analisados através do *software IBM SPSS Statistics, Versão 20*. Ver secção metodologia para mais detalhes.

na Amadora, 43 em Sintra, 10 em Lisboa e 2 em Cascais. Em relação ao país de nascimento, a amostra é composta por uma representação homogénea dos principais países de origem de imigração nos contextos que foram objecto de estudo: 24 mulheres oriundas do Brasil, 24 de Cabo Verde, 32 de outros PALOP (Angola, São Tomé e Guiné Bissau), e 45 mulheres nascidas em Portugal, das quais 22 são de origem africana. A maioria das entrevistadas têm filhos (69,6%), com maioria de mulheres jovens (de 18 a 28 anos). Para mais detalhes sobre o perfil sociodemográfico das participantes, ver a tabela 1. A selecção da amostra foi efectuada através da monitorização constante da amostragem, procurando manter quotas equilibradas em relação ao país de origem, contexto de residência e tempo de residência em Portugal.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da amostra

Váriáveis sociodemográficas	%	n
País de nascimento		
Portugal, autóctone	18,4	23
Portugal, descendente	17,6	22
Cabo Verde	19,2	24
Outros PALOP	25,6	32
Brasil	19,2	24
Município (Área Metropolitana de Lisboa)		
Amadora	56	70
Sintra	34,4	43
Outro	9,6	12
Idade		
18–30 anos	50,4	63
31–40 anos	30,4	38
41–49 anos	19,2	24
Nível de estudos		
Sem estudos	4,1	5
Estudos primários	48,7	59
Ensino secundário	26,4	32
Formação profissional	1,7	2
Estudos universitários (não concluídos)	3,3	4
Estudos universitários (concluídos)	6,6	8
Estudos de pós-graduação	9,1	11
Situação laboral		
Com emprego	41,5	51
Desempregado	47,2	58
Estudante	8,9	11
Incapacidade laboral	0,8	1
Trabalho doméstico (não remunerado)	1,6	2

N = 125

Váriáveis migratórias

Anos em Portugal		
<5 anos	22	30,1
5–10 anos	26	35,6
>10 anos	25	34,2
Situação legal		
Autorização de residência	54	62,8
Nacionalidade portuguesa	18	20,9
Vista de estudante	7	8,1
Em tramitação	4	4,7
Indocumentado	3	3,5

N = 80

No que se refere especificamente às entrevistadas imigrantes (n=80), a maior parte possui autorização de residência (62,8%) ou nacionalidade portuguesa (20,9%); com uma representação equilibrada em função do tempo de residência em Portugal e com aproximadamente um terço da amostra para cada um dos períodos de permanência diferenciados (menos de 5 anos; entre 5 e 10 anos; mais de 10 anos).

Em relação ao nível educativo, predominam as mulheres com estudos primários (1º, 2º ou 3º ciclo básico: 48,7%), e, em seguida, mulheres com o ensino médio (26,4%). Em função do país de origem, o nível de estudos primários predomina em todos os grupos analisados, à exceção das brasileiras, que têm maioritariamente estudos universitários (ver tabela 2).

Tabela 2 – Nível de estudos por país de origem

	Total	Autóctones	Descendentes	Brasil	Cabo Verde	Outros PALOP
	N = 125	N = 23	N = 22	N = 24	N = 24	N = 32
	%	%	%	%	%	%
Sem estudos	4,1	4,3	–	–	4,8	9,4
Estudos primários	48,7	47,8	63,6	13	66,7	53,2
Ensino secundário	26,4	17,4	31,8	26,1	23,8	31,3
Formação profissional	1,7	–	–	–	4,8	3,1
Estudos universitários (não concluídos)	3,3	4,3	–	8,7	–	3,1
Estudos universitários (concluídos)	6,6	17,4	4,5	13	–	–
Estudos de pós-graduação	7,4	8,7	–	30,4	–	–
Doutoramento	1,7	–	–	8,7	–	–

No que diz respeito às condições laborais, predominam as mulheres em situação de desemprego, que representam quase 50% da amostra (47,2%). Em função do país de origem, as mulheres desempregadas predominam em todos os grupos examinados, novamente, à exceção das brasileiras, que na sua grande maioria trabalham (82,6%), tal se como pode observar na tabela 3.

Tabela 3 – Situação laboral por país de origem

	Total	Autóctones	Descendentes	Brasil	Cabo Verde	Outros PALOP
	N = 125	N = 23	N = 22	N = 24	N = 24	N = 32
	%	%	%	%	%	%
Com emprego	41,5	27,3	27,3	82,6	33,3	37,5
Desempregada	47,2	54,5	68,2	8,7	45,8	56,3
Estudante	8,9	9,1	4,5	8,7	16,7	6,3
Incapacidade laboral	0,8	–	–	–	4,2	–
Trabalho doméstico (não remunerado)	1,6	9,1	–	–	–	–

Tabela 4 – Situação económica por país de origem:

Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento actual das pessoas que vivem nesta casa?

	Total	Autóctones	Descendentes	Brasil	Cabo Verde	Outros PALOP
	N = 125	N = 23	N = 22	N = 24	N = 24	N = 32
	%	%	%	%	%	%
1. O rendimento actual permite viver confortavelmente	5,7	4,3	–	20,8	–	3,1
2. O rendimento actual dá para viver	33,3	34,8	40,9	58,3	31,8	9,4
3. É difícil viver com o rendimento actual	31,7	34,8	27,3	16,7	31,8	43,8
4. É muito difícil viver com o rendimento actual	29,3	26,1	31,8	4,2	36,4	43,8

Em relação estreita com a alta taxa de desemprego, observam-se elevados níveis de vulnerabilidade socioeconómica: cerca de 60% das inquiridas (61%) considera difícil (34,3%) ou muito difícil (29,3%) viver com os limitados rendimentos que auferem actualmente. Os maiores níveis de precariedade económica observam-se entre os imigrantes procedentes de Angola, Guiné-Bissau e São Tomé (outros PALOPs), grupo em que quase 90% dos entrevistados considera difícil ou muito difícil viver com os reduzidos rendimentos do seu agregado familiar. Nas mesmas condições encontramos as caboverdianas, com percentagens em torno dos 70%. Entre as mulheres autóctones e descendentes, cerca de 60% considera difícil ou muito difícil viver com os baixos rendimentos do seu agregado familiar. No pólo oposto encontram-se as mulheres brasileiras, em que uma percentagem próxima dos 60% considera os seus rendimentos suficientes para viver (ver tabela 4). Mas é importante recordar a este propósito, que neste grupo, a maioria das inquiridas encontra-se empregada.

Necessidades percebidas

As necessidades consideradas prioritárias pelas mulheres participantes no estudo são:¹²

1. Dificuldades para obter uma consulta médica quando é necessária, devido às longas listas de espera (33,1%);
2. Não ter médico de família (32,5%);
3. Dificuldades de acesso aos medicamentos, por não poder pagar o seu custo (32,3%);
4. Dificuldades nas consultas (31,5%);
5. Falta de continuidades na relação com os médicos, por não ter médico de família (29,2%);
6. Elevado tempo de espera nos centros de saúde (26,6%);
7. Dificuldades para pagar os exames complementares e testes de diagnóstico (21%);
8. Dificuldades para pagar as consultas médicas (20,2%);

¹² Destacam-se aqui as necessidades prioritárias relatadas por mais de 20% das inquiridas. Para uma análise psico-sociopolítica mais detalhada das necessidades percebidas descritas na presente secção de análise, ver: Hernández Plaza, S.; Padilla, B.; Ortiz, A. e Rodrigues, E. (2014) «The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal-child health-care in contexts of diversity: a psycho—sociopolitical approach» in *Psychosocial Intervention*, 23, pp. 125–133.

Tabela 5 – Avaliação das necessidades das mulheres em idade reprodutiva

Necessidades percebidas	Amostra total	Autóctones	Descendentes	Brasil	Cabo Verde	Outros PALOP
	N = 125 Rank - %	N = 23 R - %	N = 22 R - %	N = 24 R - %	N = 24 R - %	N = 32 R - %
Dificuldade em ter a consulta quando precisa/Listas de espera	1 - 33,1	2 - 26,1	2 - 33,3	1 - 70,8	5 - 29,2	8 - 12,5
Não ter médico de família	2 - 32,5	7 - 4,5	3 - 30	2 - 62,5	7 - 17,4	2 - 41,9
Dificuldade em pagar a medicação	3 - 32,3	3 - 21,7	4 - 23,8	8 - 12,5	1 - 45,8	1 - 50
Dificuldade em marcar consulta	4 - 31,5	1 - 34,8	4 - 23,8	3 - 54,2	6 - 20,8	4 - 25
Falta de continuidade na relação com os médicos	5 - 29,2	6 - 9,1	1 - 55	4 - 41,7	7 - 17,4	3 - 25,8
Elevado tempo de espera no centro de saúde	6 - 26,6	2 - 26,1	4 - 23,8	5 - 37,5	3 - 37,5	8 - 12,5
Dificuldade em pagar os exames complementares	7 - 21	5 - 13	4 - 23,8	10 - 4,2	2 - 41,7	5 - 21,9
Dificuldade pagamento consultas médicas - taxas moderadoras	8 - 20,2	5 - 13	4 - 23,8	10 - 4,2	4 - 33,3	4 - 25
Não se sentir à vontade com o médico	9 - 15,8	4 - 18,2	3 - 30	8 - 12,5	8 - 8,7	7 - 12,9
Duração insuficiente das consultas médicas	10 - 14,2	6 - 9,1	5 - 20	6 - 25	7 - 17,4	11 - 3,2
Falta de informação sobre o CS ou SNS	11 - 12,1	8 - 4,3	6 - 19	6 - 25	10 - 4,2	9 - 9,4
Comunicação insuficiente nas consultas médicas	12 - 10,8	4 - 18,2	7 - 15	9 - 8,3	8 - 8,7	10 - 6,5
Consulta pouco humana	13 - 9,2	6 - 9,1	8 - 10	7 - 16,7	8 - 8,7	12 - 3,2
Dificuldades com a língua	14 - 5	... ..	9 - 5	... ..	... ..	6 - 16,1
Distância do CS	15 - 4,8	8 - 4,3	... ..	... ..	10 - 4,2	8 - 12,5
Não ter em conta a sua situação económica	16 - 3,3	7 - 4,5	9 - 5	10 - 4,2	9 - 4,3	12 - 3,2
Discriminação por raça ou cor de pele	17 - 2,5	... ..	8 - 10	... ..	... ..	12 - 3,2
Discriminação por viver num bairro social	18 - 1,7	... ..	9 - 5	... ..	9 - 4,3	... ..
Discriminação por ser imigrante	18 - 1,7	... ..	... ..	10 - 4,2	9 - 4,3	... ..
Dificuldade em pagar o transporte para o CS	19 - 1,6	... ..	... ..	... ..	10 - 4,2	13 - 3,1
Encontrar-se em situação ilegal	19 - 1,6	... ..	... ..	... ..	10 - 4,2	13 - 3,1
Discriminação pela sua situação económica	20 - 0,8	... ..	... ..	... ..	... ..	12 - 3,2
Não ter em conta a sua cultura	20 - 0,8	... ..	... ..	10 - 4,2	... ..	... ..
Discriminação (geral)	21 - 0	... ..	... ..	... ..	... ..	... ..
Discriminação pela língua	21 - 0	... ..	... ..	... ..	... ..	... ..
Não ter em conta a sua condição de imigrante	21 - 0	... ..	... ..	... ..	... ..	... ..

Tabela 5 – Avaliação das necessidades das mulheres em idade reprodutiva (continuação)

Indicadores das necessidades prioritárias	Média (d. t.)	%	Média (d. t.)	%	Média (d. t.)	%	Média (d. t.)	%	Média (d. t.)	%	Média (d. t.)	%
Tempo de espera (em dias) para uma consulta de cuidados de saúde primários	26,37 (23,8)		35,95 (28,1)		27,33 (27,2)		21,37 (18,6)		30,88 (27,1)		16,6 (11,3)	
1-7 dias		22,3		9,5		38,9		15,8		12,5		35
8-15 dias		17		14,3		5,6		31,6		12,5		20
16-30 dias		46,8		52,4		38,9		36,8		62,5		45
>30 dias		13,8		23,8		16,7		15,8		12,5		–
X ²		16,48										
Mulheres sem médico de família		35,2		4,3		22,7		66,7		41,7		37,5
X ²		22,03***										
Mulheres que não compram medicamentos por não poder pagá-los (não compram às vezes, frequentemente ou nunca compram)		44,7		34,8		42,6		17,4		62,6		59,4
X ²		29,49*										

Os problemas que menos preocupam as mulheres são: (1) a falta de sensibilidade cultural dos profissionais de saúde (0,8%) e (2) a discriminação devido à sua situação económica (0,8%). Nenhuma das mulheres inquiridas referiu como problema a falta de sensibilidade face à imigração, a discriminação por questões linguísticas, ou a discriminação em geral.

Portanto, as necessidades percebidas como prioritárias pelas mulheres em idade reprodutiva, enquanto utentes de cuidados de saúde primária relacionam-se com: (1) **factores económicos** estreitamente ligados às condições de desvantagem socioeconómica anteriormente descritas, agravadas pela actual crise; e com (2) as **limitações do sistema de saúde** que sugerem a insuficiência de recursos, em especial de recursos humanos, para responder às necessidades de saúde da população.

Desigualdades nas necessidades percebidas

A análise das necessidades percebidas em função do país de nascimento revela um padrão ligeiramente diferenciado, tal como detalhamos na tabela 5. No caso particular das **mulheres autóctones**, os problemas que levantam mais preocupação são:¹³

1. Dificuldades com os procedimentos de marcação de consulta (34,8%);
2. Impossibilidade de obter uma consulta médica quando se precisa, devido às listas de espera e elevado tempo de espera no centro de saúde (26,1%);
3. Dificuldades para pagar a medicação/os medicamentos (21,7%);

Seguidamente destacam questões como a comunicação insuficiente e o facto de não se sentirem cómodas (pouco à vontade) durante as consultas (18,2%), sentimentos vinculados à qualidade da relação com os profissionais de saúde. As dificuldades relacionadas com o facto de não ter médico de família atribuído, não representam uma preocupação prioritária para as mulheres autóctones participantes no inquérito, já que foram mencionadas em apenas por 4,5% das respostas.

No grupo de **mulheres descendentes**, nascidas em Portugal com pais imigrantes, os problemas que levantam mais preocupações são:

1. A ausência de continuidade na relação com os médicos (55%), em geral por não ter médico de família atribuído;
2. Dificuldades para obter uma consulta médica quando necessária (33,3%);
3. Não ter médico de família atribuído e não se sentir cómoda (pouco à vontade) na relação com os médicos durante as consultas (30%);
4. Dificuldades para pagar os custos das consultas médicas, os testes de diagnóstico e a medicação (23,8%);
5. Dificuldades relacionadas com os procedimentos de marcação de consultas e o elevado tempo de espera nos centros de saúde (23,8%);

Deste modo, as mulheres descendentes de origens africanas são as mais preocupadas, juntamente com as mulheres autóctones, com a relação com os profissionais de saúde durante as consultas e eventuais problemas de comunicação com os mesmos.

¹³ Mais uma vez, destacamos como prioridades as necessidades relatadas por mais de 20% das inquiridas.

No grupo das **mulheres brasileiras** as preocupações prioritárias são:

1. Dificuldades para obter consulta quando necessário, devido às longas listas de espera (70,8%);
2. Não ter médico de família atribuído (62,5%);
3. Dificuldades com os procedimentos de marcação de consulta (54,2%);
4. Falta de continuidade na relação com os profissionais de saúde (41,7%), facto estreitamente relacionado com o facto de não ter médico de família atribuído;
5. Elevado tempo de espera nos centros de saúde (37,5%);
6. Duração das consultas considerada insuficiente das consultas e falta de informação sobre o centro de saúde, o SNS e os direitos dos utentes (25%);

Uma particularidade das necessidades referidas pelas mulheres brasileiras é a sua menor preocupação com questões económicas relativas ao pagamento de medicamentos, taxas moderadores e exames complementares. Tal pode dever-se ao facto da maioria das mulheres brasileiras estar empregada no momento da resposta ao inquérito, como se verifica na descrição das características socioeconómicas do grupo.

Por seu lado, as **mulheres caboverdianas** destacam as seguintes necessidades como prioritárias:

1. Dificuldades para pagar a medicação (45,8%);
2. Dificuldade para pagar os exames complementares e testes de diagnóstico (41,7%);
3. Elevado tempo de espera nos centros de saúde (37,5%);
4. Dificuldades para pagar o custo das consultas (33,3%);
5. Impossibilidade de ter uma consulta médica quando se precisa devido às listas de espera (29,2%);
6. Problemas para marcar consulta (20,8%);

De seguida destacam as dificuldades associadas a não ter médico de família atribuído e a duração insuficiente das consultas (17,4%). As mulheres caboverdianas são o grupo com maiores problemas de acesso quer às consultas, quer aos testes e exames complementares de diagnóstico por motivos económicos, o que coloca este grupo específico da população em uma situação de grave risco, dada a importância das consultas e exames regulares no contexto da prevenção de doenças como o cancro da mama, o cancro do colo do útero e outras doenças específicas da saúde da mulher.

Finalmente, as **mulheres procedentes de outros PALOP** referem as seguintes necessidades como prioritárias:

1. Dificuldades para pagar a medicação (50%);
2. Não ter médico de família atribuído (41,9%);
3. Falta de continuidade na relação com os profissionais de saúde (25,8%), associada à falta de atribuição de médico de família;
4. Dificuldades para marcar consulta e para pagar o custo das consultas médicas (25%);
5. Problemas para pagar o custo dos testes e exames complementares de diagnóstico (21,9%).

Embora semelhante à situação descrita pelo grupo de mulheres caboverdianas, as necessidades das mulheres procedentes de outros PALOP estão, não obstante, estreitamente relacionadas com a sua situação de maior desvantagem e precariedade socioeconómica.

No que se refere aos problemas com menor relevância para as mulheres inquiridas, verifica-se uma total concordância, independentemente da sua origem, e destaca-se claramente a menor preocupação com: (1) a falta de sensibilidade face à imigração; (2) a falta de sensibilidade cultural dos profissionais de saúde; (3) e a discriminação por razões económicas, por ser imigrante, por questões linguísticas ou por residirem num bairro social. Estas questões não surgem como preocupações prioritárias para as participantes no inquérito, independentemente do seu país de origem.

Indicadores de desigualdade nos cuidados de saúde primários

Para concluir este capítulo, analisamos os indicadores correspondentes às três necessidades prioritárias identificadas pelas mulheres.¹⁴ Como se observa na tabela 5, as entrevistadas referem um período de espera médio de mais de 26 dias ($M = 26,3$, $D.T. = 23,8$) para serem atendidas numa consulta de atenção primária; 35,2% não têm médico de família; e 44,7% não podem comprar os medicamentos prescritos pelos médicos (às vezes, com frequência, ou nunca compram) devido à sua situação de precariedade económica.

As comparações em função país origem revelam a existência de diferenças estatisticamente representativas em relação ao acesso ao médico de família e medicação. Por um lado, as mulheres brasileiras são o grupo com menor acesso a

¹⁴ Para uma análise psico-sociopolítica dos indicadores descritos na presente secção, ver: Hernández Plaza, S.; Padilla, B.; Ortiz, A. e Rodrigues, E. (2014), «The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal-child healthcare in contexts of diversity: a psycho-sociopolitical approach» in *Psychosocial Intervention*, 23, pp. 125-133.

médico de família de todos os grupos analisados, em concreto, 66,7% das inquiridas deste origem não têm médico de família. Seguidamente, encontram-se as mulheres de Cabo Verde e as procedentes de outros PALOPs, com percentagens de 41,7% e 37,5% respectivamente, que não têm médico de família atribuído. É igualmente estatisticamente muito significativo, que as mulheres menos afectadas por esse problema são as mulheres autóctones, das quais apenas 4,3% é afectada pela falta de médico de família (ou seja, uma 95,7% das mulheres autóctones inquiridas têm médico de família atribuído).

Por outro lado, são as mulheres caboverdianas e procedentes de outros PALOPs as que sofrem em maior escala com os problemas de acesso à medicação de que necessitam por carência económica. As mulheres autóctones e descendentes também são seriamente afectadas por estas dificuldades; reportadas com menor frequência pelas imigrantes brasileiras, provavelmente devido ao facto de a maior parte das mulheres brasileiras que responderam ao inquérito, se encontrava em situação de emprego.

Conclusões

A análise das necessidades percebidas pelas mulheres nos contextos objecto do nosso estudo permite concluir que as principais dificuldades experimentadas no âmbito dos cuidados de saúde primários relacionam-se com: (1) factores económicos, observando-se importantes problemas de acesso à medicação, às consultas médicas e aos exames complementares de diagnóstico, por não poder suportar esses custos; e (2) factores relacionados com o sistema de saúde, principalmente com a insuficiente dotação de médicos de família, as grandes dificuldades para obter atenção médica em caso de necessidade, devido aos elevados tempos de espera para poder ter uma consulta e os tempos de espera excessivos nos centros de saúde.

Por um lado, as necessidades das mulheres vinculam-se a **factores socioeconómicos e condições de desvantagem social** estreitamente relacionadas com o desemprego, a precariedade económica e a exclusão social (CSDH, 2008; SEKN, 2008), agravadas no actual contexto de crise (Hernández Plaza, 2014; Hernández Plaza et al., 2014; Masanet et al., 2014; Padilla et al., 2013). A desvantagem socioeconómica afecta particularmente as mulheres caboverdianas e as originárias de outros PALOPs, com especial destaque para a grave situação de risco em que se encontram as caboverdianas, por ser o grupo que apresenta maiores dificuldades de acesso à medicação, aos exames complementares de diagnóstico e às consultas, por não poderem pagar os seus custos. Dada a importância da realização regular de consultas e exames na prevenção de doenças como os cancro de mama e colo do útero e outras doenças específicas da saúde da mulher, as mulheres caboverdianas parecem ser, portanto, um grupo em especial risco nos contextos objecto do estudo, devido à sua situação de extrema vulnerabilidade socioeconómica.

Por outro lado, as necessidades das participantes no estudo encontram-se estritamente relacionadas com **factores ao nível do sistema de saúde**, forte-

mente associados com o aumento das taxas moderadoras a partir de 1 de Janeiro de 2012 e a insuficiente dotação de recursos do SNS, que também foi agravada no actual contexto de crise (Figueiredo, 2012; Hernández Plaza, 2014; Hernández Plaza et al., 2014; OPSS, 2014). Necessidades, tais como não atribuição de médico de família, não poder obter uma consulta médica quando se precisa, os excessivos tempos de espera no centro de saúde, o a falta de continuidade na relação com os médicos, estão fortemente relacionados com esta insuficiente dotação de recursos do SNS (Masanet et al., 2014). Este insuficiência afecta todos os utentes, embora sejam as mulheres imigrantes que conhecem as maiores dificuldades para aceder a médico de família, como condição absolutamente necessária para poder garantir a continuidade na relação com os profissionais de saúde e a qualidade dos cuidados de saúde.

Os resultados da nossa investigação rompem também com a imagem que surge com regularidade na literatura científica sobre barreiras no acesso aos cuidados de saúde, que habitualmente tende a responsabilizar o utente, por este não dispor de informação suficiente sobre saúde o sobre o sistema de saúde (o que se tem vindo a caracterizar por falta de «literacia em saúde»), ou por não dominar o idioma do contexto receptor; ou tende a responsabilizar o profissional de saúde, por não ter competência cultural ou por mostrar preconceito e discriminar os utentes imigrantes de diferentes origens.

Ao contrário, os resultados aqui apresentados responsabilizam o sistema de saúde, pela insuficiente dotação de recursos humanos (principalmente médicos), e as desigualdades sociais geradoras de condições de enorme precariedade e vulnerabilidade, que colocam em grave risco a saúde das pessoas. Portanto, os resultados sugerem que estratégias como a formação de profissionais em competência cultural (Campinha-Bacote, 2001; Cross et al., 1989; Dana e Allen, 2008; Lenburg, Lipson e Demi, 1995), não seriam eficazes na redução das desigualdades no acesso à saúde nos contextos objecto do nosso estudo, já que as questões relacionadas com a sensibilidade cultural ou a discriminação por parte dos profissionais de saúde, não são preocupações prioritárias para os utentes dos ditos contextos.

Referências

- Campinha-Bacote, J. (2001), «A model of practice to address cultural competence in rehabilitation nursing» in *Rehabilitation Nursing*, Vol. 26, N.º 1, pp. 8-11.
- Cross, T.; Bazron, B.; Dennis, K. e Isaac, M. (1989), *Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*, Volume I, Washington, DC: CASSP.
- CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health*, Geneva: World Health Organization.

- Da Silva, A. e Martingo, C. (2007), «Unidades de saúde amigas dos imigrantes: uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal» in *Migrações*, N.º 1, pp. 155–159.
- Dana, R. e Allen, J. (2008), *Cultural competency training in a global society*, New York: Springer.
- Figueiredo, G. (2012), «Cuts in Portugal’s NHS could compromise care» in *The Lancet*, N.º 379, p. 400.
- Hernández Plaza, S. (2014), *Final Report Summary: PSYSPOCUC “Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals”*. Marie Curie Actions FP7-PEOPLE-2010-IEF (Ref. 272976), 7th Research Framework Programme, European Commission, European Union.
- Hernández Plaza, S.; Padilla, B.; Ortiz, A. e Rodrigues, E. (2014), «The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal–child healthcare in contexts of diversity: a psycho–sociopolitical approach» in *Psychosocial Intervention*, N.º 23, pp. 125–133.
- Lenburg, C., Lipson, J. e Demi, A. (1995), *Promoting cultural competence in and through nursing education: A critical review and comprehensive plan for action*, Washington, DC: American Academy of Nursing.
- Masanet, E.; Padilla, B.; Ortiz, A.; Hernández Plaza, S. e Rodrigues, E. (2014), «Barreiras Socioeconómicas no acesso à Saúde Materno–Infantil das Mulheres Imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa» in Martins, M.; Marques, A.; Costa, N. e Matos, A. (Orgs.), *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*, Braga: CICS–UM, pp. 17–29.
- OPSS (2014), *Saúde, Síndrome de Negação. Relatório de Primavera 2014*, Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Padilla, B.; Hernández Plaza, S.; De Freitas, C.; Masanet, E.; Santinho, C. e Ortiz, A. (2013), «Cidadania e diversidade em saúde: necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados» in *Saúde & Tecnologia*, Supl., pp. 57–64.
- Padilla, B.; Portugal, R.; Ingleby, D.; De Freitas, C. e Lebas, J. (2009), «Health and migration in the European Union: Good practices» in Fernandes, A. e Miguel, J. (Orgs.) *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- SEF (2012), *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2011*, Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
- SEKN (2008), *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network*, Geneva: World Health Organization.

O acesso à saúde das mulheres imigrantes grávidas: para além das barreiras linguísticas

*Cristina Santinho**

Erika Masanet†

Beatriz Padilla‡

Resumo

O presente artigo tem como objectivo analisar as diversas barreiras que se interpõem no acesso das mulheres imigrantes à saúde, dando particular atenção aos aspectos linguísticos-culturais, enquanto eixo central de dificuldades. O mesmo tem como base empírica o Projecto *Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção em saúde às mães imigrantes*, que adoptou metodologias qualitativas de carácter etnográfico, com recurso a entrevistas em profundidade, observação participante, recolha de histórias de vida e também, realização de grupos focais, na Área Metropolitana de Lisboa (nos municípios de Lisboa, Amadora, Loures, Sintra e Seixal); e cujo grupo alvo foi constituído preferencialmente por mulheres imigrantes e/ou refugiadas, em idade fértil.

Palavras-chave: Mulheres; imigrantes; acesso; saúde; barreiras.

*Centro em Rede de Investigação em Antropologia, CRIA – IUL:

✉ cristina.santinho@gmail.com

†Departamento de Sociología y Antropología Social Universidad de Valencia:

✉ erikamasanet@gmail.com

‡Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade do Minho. Investigadora no Centro de Investigação em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, CICS – UM: ✉ padilla.beatriz@gmail.com

Introdução: contexto da pesquisa e caracterização da população

A saúde como um direito humano reconhecido não é um tema controvertido na União Europeia nem em Portugal, no entanto, quando se explora como é garantido e alcançado na prática, a realidade mostra-se mais complexa e taxativa. No geral, na consideração, avaliação e apreciação sobre quem deve ter acesso à saúde, uma população alvo que não é contestada é a das grávidas e as crianças, constituído como grupo vulnerável, no entanto, se analisarmos concretamente a implementação do direito à saúde nestas populações, também se encontram inconsistências que questionam a universalidade do mesmo. Dai, que o projecto «*Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção em saúde às mães imigrantes*» (financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia), tivesse entre os seus objectivos, aprofundar sobre este tema. O objectivo do presente artigo é analisar as diversas barreiras que se interpõem no acesso das mulheres imigrantes à saúde, dando particular atenção aos aspectos culturais, em particular linguísticos, enquanto eixo central de dificuldades.

Assim, o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde, e as barreiras que tornam difícil o uso pleno e informado por parte dos vários utentes, em particular os imigrantes, diversos, abrangendo um conjunto complexo de variantes relacionadas com o contexto histórico, geográfico, e político, enquadrando neste último, determinantes sobre as políticas de saúde governamentais, que incluem, por exemplo, alterações económicas, nomeadamente, a alteração do princípio tendencial de gratuitidade de usufruto dos serviços para um outro que aplica taxas de utilização dos mesmos, mais ou menos dispendiosas, de acordo com a capacidade financeira do utente.

Como resultado do trabalho de campo efectuado, várias questões se colocam à discussão: 1) Traduzir o idioma dos utentes, não implica, só por si, criar diálogos que levem a consensos; 2) Resolver o problema da língua convocando familiares ou conhecidos, pode contribuir para a quebra do sigilo médico/paciente, para além de poder inibir o próprio paciente; 3) A partilha de idioma (profissional de saúde/paciente) não garante o diálogo, porquanto existem outras barreiras mais complexas e que necessitam reflexão aprofundada (sistema de saúde intrincado, hegemonia da profissão médica, aspectos culturais; de género; religiosos; etários; de classe, entre outros); 4) Se por um lado o desconhecimento da língua pode não significar o desconhecimento de direitos, por outro lado, verificamos que o desconhecimento dos direitos dos utentes da saúde, por parte do próprio sistema configura-se, frequentemente, como uma barreira muito mais significativa e atentatória aos direitos da cidadania.

Metodologia

O projecto com uma forte componente etnográfica, desenvolveu-se simultaneamente em Lisboa e no Porto, embora com equipas distintas. No caso do distrito de Lisboa, o trabalho de campo foi realizado nos municípios de Lisboa, Amadora, Loures, Sintra e Seixal, por estes possuírem entre os seus residentes uma população imigrante bastante significativa.

A pesquisa qualitativa é composta por observação participante, entrevistas em profundidade e, também, grupos focais e a construção de aliança comunitária

que envolveu investigação ação participativa com mulheres e outros stakeholders (profissionais de saúde, associações, etc.). Assim a pesquisa pretendeu incluir diversas sensibilidades em torno do acesso à saúde e dos cuidados prestados às mulheres grávidas e mães recentes, bem como as respectivas experiências destas, como utentes dos serviços de saúde. Visamos também perceber as percepções dos profissionais e técnicos desses serviços, no atendimento a estas mulheres. As instituições onde o trabalho de campo foi desenvolvido são de quatro tipos, extravasando a função prestadora de cuidados de saúde. Isto é, percebemos, através da pesquisa empírica, que as mulheres nem sempre utilizam os circuitos institucionais associados à prestação de cuidados de saúde, sendo que, porém, são utilizadoras frequentes de outros serviços públicos, como é o caso, por exemplo, dos jardins de infância, para onde levam, diariamente, os seus filhos ainda pequenos. Em muitos casos, foi pois nesses contextos que desenvolvemos a pesquisa. Assim sendo, as instituições e cenários onde o estudo se desenrolou, foram as seguintes: 1) hospitais e maternidades; 2) centros de saúde 3) unidades de saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; 4) associações de imigrantes; Organizações Não-governamentais, escolas e jardins de infância.

Perfil das pessoas entrevistadas

Os profissionais entrevistados são também de vários quadrantes, nomeadamente: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, directores de serviços de saúde, mediadores culturais, professores e educadores. Quanto ao universo feminino, sendo que o nosso grupo privilegiado é o das mulheres imigrantes (incluindo refugiadas) ou descendentes de imigrantes, em idade fértil, com ou sem filhos pequenos, incluímos igualmente mulheres não imigrantes, uma vez que fazem parte dos mesmos circuitos territoriais e institucionais, cruzando-se com as primeiras, com o intuito de ter uma perspectiva comparada. As proveniências quanto à origem são também variadas, sendo que existe um maior número de mulheres vindas da Guiné Bissau, Cabo Verde e Angola. Quanto ao estatuto, a maioria possui uma situação regular, embora também haja diversos casos de mulheres entrevistadas com situação de residência irregular. Em termos de rendimentos, podemos afirmar que a esmagadora maioria pertence a uma classe mais desfavorecida, utentes do Rendimento Social de Inserção ou desempregadas e também, nalguns casos, sem quaisquer rendimentos. Quanto aos locais de residência, variam entre bairros tradicionalmente populares de Lisboa, como o Castelo ou a Mouraria, até bairros de realojamento nas periferias, como o Bairro do Armador (Chelas), o da Quinta da Fonte (Loures), Catujal (Loures), ou mesmo bairros de barracas já em processo de desalojamento, como o da Quinta da Serra (Prior Velho).

É importante salientar, que em quase todas as entrevistas realizadas pelo grupo de investigadoras e dirigidas aos profissionais de saúde, a temática das dificuldades de diálogo e compreensão entre profissionais e mulheres imigrantes, surgiu como algo inevitável, tendo os profissionais atribuído estas dificuldades, quer às diferenças linguísticas, quer também às diferenças culturais. Porém, segundo reconheceram, a causa geradora de maiores barreiras entre o acesso ou o uso dos serviços de saúde, e a eficácia dos serviços prestados pelos mesmos deve-se, em particular, à condição social extremamente desfavorecida em que a maior parte destas mulheres e suas redes familiares e sociais de apoio, se

encontram, actualmente.

Desconstruindo a noção de «diferenças culturais»

Do nosso ponto de vista, no que diz respeito ao conceito de cultura abordado ao longo do texto, consideramos que esta se pode definir como o espaço das práticas e representações significativas, construídas e reconstruídas pelas pessoas, em diversos contextos espaciais e históricos. Tal sugere que a cultura, não é apenas um conjunto de mensagens, um repertório de signos prontos para ser projectados num cenário mental neutral. A cultura está em permanente transformação, nasceu na acção e também no pensamento e, por conseguinte, é dinâmica e transformável. Ao longo do texto, podemos verificar que muitas das diferenças na acessibilidade e uso dos serviços de saúde, são atribuídos pelos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais...) a «diferenças culturais» que percebemos como próximas do sentido atribuído por Verena Stolcke (1995, p. 4). De acordo com esta autora, a «retórica culturalista» é distinta do racismo, no sentido em que reifica a cultura concebida como compacta, delimitada, localizada e historicamente situada em tradições e valores, transmitidos de geração em geração.¹ Ao apontarem-se, portanto, diferenças culturais, tende-se a referir os «outros», os imigrantes, como grupos específicos possuidores de outros referentes de entendimento do mundo, por oposição a um «nós – cidadãos nacionais», igualmente com um corpo de valores que nos une. Contudo, sabemos que nem sempre é assim: para além das diferenças supostamente culturais, plasmadas nos incontornáveis e distintos sistemas de significados, existem outras bastante mais reveladoras que interligam o «nós» ao «eles». Essas diferenças têm origem na classe social, género, religião, idade ou mesmo instrução, no contexto até, de uma mesma cultura. Refere ainda Stolcke: «o assunto crucial que deve preocupar-nos é, então, as circunstâncias sob as quais a cultura deixa de ser algo que necessitamos enquanto seres humanos para se tornar em algo que impede comunicar-nos como seres humanos. Não é a diversidade cultural *per se* que deveria interessar aos antropólogos mas os significados políticos nos quais os contextos políticos específicos e as relações resultam em diferença cultural. As pessoas tornam-se arraigadas culturalmente e excludentes nos contextos de dominação e conflito. É a configuração das estruturas sociopolíticas e as relações dentro e entre grupos o que ativa as diferenças e molda as possibilidades e impossibilidades de comunicação» (1995, p. 12).

O parto enquanto momento liminar de desencontros linguísticos

Relativamente ao assunto específico das barreiras culturais e linguísticas, e às experiências de maternidade, em particular no momento do parto, e de acordo com as entrevistas realizadas, tanto a mulheres grávidas, como aos profissionais que as atendem, estamos de acordo com a opinião de algumas autoras, nomeadamente, Kalpana Ram e Margaret Jolly (Ram e Jolly, 1998). Segundo estas, o poder das metáforas linguísticas nalgumas culturas, tanto na colocação

¹ Tradução livre.

identitária das mulheres, como na incorporação social da experiência de dar à luz, equivale a uma ruptura fenomenológica. A experiência da maternidade e do parto reposiciona a mulher não só no tempo, como também no contexto das relações sociais. A linguagem, também torna possível o uso de recursos com os quais as mulheres passam a articular a sua experiência e comunicá-la aos outros, sendo estes outros, a sua comunidade de pertença (outras mulheres), o contexto institucional (hospital, médicos), e também, as investigadoras. Para algumas mulheres imigrantes, sem domínio da língua portuguesa, a experiência da tentativa de comunicação com outras pessoas, no momento do parto - e por vezes, da dor - representa também uma ameaça assustadora, pela importância relativa ao aparato que envolve a percepção das palavras que ligam (ou não), o emissor e o receptor. Uma das refugiadas somali, mãe de um filho de dois anos e de outro acabado de nascer, sem família em Portugal, referiu-nos a sua experiência no parto do segundo filho, numa maternidade tradicional de Lisboa:

Tudo correu muito bem. Os médicos eram muito simpáticos, as enfermeiras também. Senti-me muito bem tratada. Quando falava em português, não havia problema nenhum. O maior problema foi quando as dores começaram a ser mais fortes. Nesse momento, só queria ter a minha mãe ao pé de mim (a mãe é refugiada somali, na Tanzânia). Quando chamava pela minha mãe: «Hooyo, hooyo», (que em tradução literal, seria: «mãezinha, mãezinha»), as enfermeiras vinham ter comigo, zangadas, dizendo: «Para que é que estás aí aos ais? Vê mais alguém fazer isso?» Nesse momento, senti-me muito desorientada.

O momento do parto é frequentemente uma experiência de desorientação e de desarticulação. A verbalização da dor – no caso de a haver – não tem neste caso, o potencial libertador que teria, se o que é expresso por palavras fosse correctamente entendido por quem as escuta. O significado, não corresponde assim ao significante e, por isso, o desentendimento na comunicação, pode levar à repressão dos sentidos e não à sua libertação, com as consequentes consequências a nível psicológico e humano.

Comportamentos e subjectividades

A própria ansiedade ligada ao momento do parto, ou até numa simples consulta de rotina, no Centro de Saúde, entre uma mulher imigrante chegada há pouco a Portugal e o médico, ou enfermeiro, pode afectar a comunicação da paciente, de modo mais dramático numa segunda língua, do que na língua original, quer pela timidez do discurso, quer pela posição subalterna que ocupa, em relação aos profissionais de saúde. Contudo, são vários os registos de médicas e enfermeiras entrevistadas no âmbito do projecto, que referem, que em certos grupos socioculturais, as barreiras linguísticas existentes entre as mulheres e os profissionais, são particularmente intencionais e vindas da parte dos maridos das parturientes. Referimo-nos por exemplo, a casais originários da Índia, em que frequentemente, o marido, já reside em Portugal há vários anos e em que a esposa é recém-chegada, desconhecendo a língua a cultura local. Tal como acontece em muitos outros contextos, os determinantes do género – o homem

sai de casa para trabalhar, enquanto a mulher fica no contexto doméstico a tratar dos filhos – surgem como barreiras à comunicação e, por conseguinte, abrem fragilidades e inaptidões, tanto para o exercício da profissão médica, que em Portugal é visivelmente inscrito nas práticas da biomedicina, como nos próprios pacientes imigrantes (e até portugueses) que se vêm afastados de uma compreensão correta dos seus padecimentos. Eis o testemunho de uma das médicas entrevistadas:

Temos indianos e muitos brasileiros. Com os indianos é muito, muito difícil, por causa da língua. Mais: a ideia que eu tenho – porque não tenho provas – tenho a certeza que os maridos não querem mesmo que elas aprendam português. (...) Não nos entendemos mesmo. Se são por exemplo do Senegal, se falam inglês ou francês, sempre se entende qualquer coisa. Agora o indiano... E alguns chineses que aparecem também. Aí torna-se difícil tudo: a consulta, a avaliação do crescimento de uma criança, só de olhar também não conseguimos. Normalmente não trazem documentos com eles. Índia, Paquistão, Bangladesh, é muito difícil. Porque as mulheres nunca falam português. Às vezes trazem com elas filhas que faltam à escola para virem com a mãe à consulta. Ora isto é muito complicado porque barra-nos tudo. Como é que a gente detecta uma violência numa mulher dessas? (...) São comunidades muito fechadas e além disso há a barreira linguística.

Porém, os mal-entendidos numa relação terapêutica, não ocorrem apenas por causa das barreiras linguísticas. Resultam também das diferenças no modo de exprimir e experienciar as emoções e as sensações, tanto por parte dos profissionais de saúde, como por parte das mulheres e seus acompanhantes. De acordo com [Lock e Kaufert \(1998\)](#), as mulheres – indianas, ou outras – não são necessariamente passivas actuando simplesmente de modo culturalmente determinado, com poucas possibilidades de reflectirem sobre a sua própria condição. O comportamento e a subjectividade das mulheres, não pode ser apenas explicado com base no género. O género é atravessado por categorias de classe, religião, idade, língua, etnia, tanto a nível local, como a nível das políticas internacionais. É, por conseguinte, de acordo com esta abordagem que teremos que analisar os aparentes determinismos de género, ou de cultura. Porém, há que salientar um outro aspecto relacionado com as práticas da biomedicina. Tal como salienta [Challinor](#): «quando uma mulher, à espera do seu primeiro filho, entra num hospital ou centro de saúde para receber cuidados perinatais e, mais tarde, para receber cuidados pediátricos do seu bebé, ganha uma identidade de “leigo” que se sujeita à legitimidade do conhecimento biomédico» ([2012](#), p. 77).

Para além das barreiras linguísticas

Quando não existem médicos, ou outros profissionais de saúde bilingues, o recurso à tradução por parte destes, torna-se frequentemente necessário. Contudo, existem alguns problemas, como o recurso a membros da família ou amigos. Um aspecto positivo na utilização deste recurso, de acordo com alguns médicos entrevistados, reside na possibilidade de conhecimento da rede familiar de pertença

da paciente, alargando assim o conhecimento do seu contexto de vida, para além de supostamente resolver no imediato, a anterior barreira de comunicação. Contudo, na nossa perspectiva, o recurso a este sistema informal de tradução, pode trazer várias dificuldades, sendo a quebra de confidencialidade entre médico e paciente, apenas uma delas. Pode também ocorrer outra situação: a minimização, ou por outro lado, o exagero de sintomas percebidos pelo familiar ou amigo, e assim comunicado ao médico, ou mesmo o evitamento da verbalização de determinados sintomas importantes, considerados desconfortáveis, porque demasiado íntimos.

Existem serviços – encontramos destes exemplos em algumas Unidades de Saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – onde as barreiras linguísticas foram debeladas com o recurso, não estruturado, nem sistemático mas bem por acaso, à contratação de médicos e enfermeiros imigrantes. Refere uma das enfermeiras dessa instituição:

Também temos aqui uma enfermeira macaense que está em Portugal há 12 anos. Também tivemos uma ucraniana. Esteve cá durante 4 anos. Isso é sempre uma mais-valia para o serviço, para facilitar a língua. Também tivemos uma enfermeira cabo-verdiana durante 4 anos. Facilitam muito, não só na linguagem, como na cultura.

Todas as entrevistas efectuadas a profissionais de saúde e a mulheres, referiram a dificuldade de entendimento e diálogo, por causa das barreiras linguísticas. Contudo, algo que também afecta profundamente o entendimento entre médico e paciente, imigrante ou não, é o uso de terminologia científica inserida no contexto de consulta hospitalar. A banalização do recurso a termos como: «gravidez de alto-risco», «epidural», «monitor fetal», «ultra-sonografia», entre outras, ao invés de proporcionar à mulher grávida, com altos níveis de iliteracia médica, um mapa tranquilizador, para o entendimento dos procedimentos tecnológicos a que vai ser submetida, gera, pelo contrário, maiores ansiedades e desconfiança, do que aquelas a que já está sujeita. Relato da dona Fatinha (nome fictício), proveniente da Guiné Bissau:

Quando estou grávida, fico muito doente. Não consigo comer nada. Vomito todos os dias. Tenho dor de cabeça todos os dias. Mas quando chega a minha hora, já não há problema. Nasce muito rápido e fica tudo bem. Mas esta gravidez aqui em Portugal é muito diferente. Na Maternidade, disseram-me: «Dona, tem que fazer consulta de alto-risco. Não percebo o que é isto de alto-risco. (...) Aqui é tudo muito diferente. Senti medo porque disseram que podia ser perigoso.

Ainda que o recurso a **terminologias médicas**, por parte dos profissionais, não seja consciente – e quantos sentimos já impotência, pela leitura de um diagnóstico num relatório médico que a nós mesmo diz respeito – podemos supor que através delas, se reflectem duas situações. Em primeiro lugar, a ausência, em contexto de formação académica, de uma formação específica sobre a necessidade de sensibilidade para a diversidade sociocultural na saúde, que vise a partilha da informação com recurso a um léxico perceptível por parte

do paciente, desdramatizando a sua percepção sobre o que lhe é dito. Em segundo lugar, constatamos ainda que este fosso de incompreensão, acentua o papel hegemónico do profissional de saúde dentro do sistema, o que, em última instância, contribui para desumanizar, mecanizando, os serviços que presta, e que incluem o cuidado e a dedicação aos seus pacientes.

Mesmo quando duas pessoas partilham a mesma língua, existem frequentemente barreiras de comunicação relacionadas com o estrato social, o percurso académico ou a experiência de vida. O uso de léxico profissional específico, no caso dos médicos e enfermeiros, são por isso, uma barreira importante a considerar e que afecta pacientes do mesmo extracto social. Por outro lado, existem diferenças culturais que transcendem a própria linguagem. Enquanto em alguns grupos é normal a verbalização e partilha do sofrimento entre indivíduos da família – como no caso da população cigana, por exemplo – noutros, o contacto com alguém desconhecido (como o médico), pode inibir o uso da linguagem existindo até evitamento do contacto no olhar, adoptando uma postura de contenção ou até de consentimento (dizendo que sim, que percebem as indicações do médico), por receio, incompreensão ou consideração – como é o caso de uma parte da população imigrante de origem indiana, paquistanesa, ou ainda africana e até portuguesa. Esta atitude/postura corporal leva a interpretações equívocas por parte do médico, conduzindo assim, a um possível erro de diagnóstico, e onde o consentimento é mais imaginado do que real.

Pelo que foi dito até ao momento, constatamos que uma das formas mais eficazes (de acordo com experiências de outros países europeus) de evitar os desencontros reais e simbólicos entre imigrantes, não imigrantes e profissionais de saúde é a incorporação estruturada de mediadores socioculturais com polivalências linguísticas nesses serviços e, em geral, em todas as instituições que contenham um interface relacional, como por exemplo as escolas, e as juntas de freguesia, para nomear apenas algumas. Como resultado do trabalho de campo do nosso projecto, anteriormente referenciado, tivemos a oportunidade de entrevistar, no início de 2012, um dos poucos mediadores em funções num agrupamento de escolas. Esta escola, na altura, tinha tido uma prática de trabalho em rede, com outras instituições, nomeadamente no âmbito da saúde já que compreenderam a importância de integrar grupos de profissionais que articulassem entre si e com as instituições localizadas na mesma freguesia. Para além dos professores, faziam parte do gabinete apelidado GIC, Gabinete de Intervenção Comportamental, uma psicóloga, uma assistente social, e o próprio mediador. No que diz respeito à saúde das jovens, concretamente numa situação que lhes surgiu com uma aluna com graves problemas de visão, que esperava e desesperava há seis meses por uma consulta, refere o mediador: *«a escola tem aqui um papel fundamental, na medida em que quando se depara com essas situações sente-se obrigada a reportar e a promover a intervenção sobre essa situação da saúde, ou através da assistente social, ou da psicóloga, ou através de mim. Aquele telefonema que eu fiz a uma mãe, não é propriamente um assunto do Gabinete mas é uma situação de relação com a comunidade.»* Neste caso, falava-se não propriamente de barreiras linguísticas, mas de outro tipo de barreiras, com implicações muito mais estruturais e políticas que são as **barreiras de acesso aos serviços de saúde**, também elas identificadas pelo mediador, como das que mais influência negativa têm, quer na população imigrante, quer em geral, na população carenciada.

Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde e barreiras a eles associadas

Consequentemente, existem na prática uma série de barreiras que condicionam o acesso aos serviços de saúde, que tornam difícil o uso pleno e informado dos mesmos por parte dos utentes, particularmente no caso dos imigrantes. Estas barreiras são de vários tipos e resultam de um conjunto complexo de condicionantes relacionadas com o contexto histórico, geográfico, económico e político. No que concerne ao político, é claro o papel determinante que as políticas de saúde governamentais tem sobre o acesso e a acessibilidade, dada a centralidade da regulamentação, que inclui, por exemplo, alterações económicas, nomeadamente, a alteração do princípio tendencial da gratuitidade de usufruto dos serviços e da universalidade (tal como garantido na Constituição Portuguesa) e a sua transição para um sistema que condiciona tanto a gratuitidade como a universalidade, mediante a aplicação de taxas de utilização dos mesmos, mais ou menos dispendiosas, de acordo com a capacidade financeira do utente; e ainda segundo o estatuto legal.

No nosso estudo, fazemos referência ao caso de Portugal, no contexto actual. Levamos também em consideração que o conceito de acessibilidade tem sido proficuamente utilizado por vários autores, em vários contextos, não havendo contudo, uma definição consensual sobre o mesmo. Em termos gerais (De Freitas, 2011), o conceito de «acesso» pode entender-se, como a interacção de três factores fundamentais: a) direito aos cuidados: está ou não salvaguardado na lei o direito a aceder e usufruir dos cuidados (caso dos imigrantes indocumentados, por exemplo); b) informação disponível e acessível: em que lugares se disponibiliza informação sobre os serviços de saúde? Essa informação é perceptível a todos, incluindo pessoas mais vulneráveis (imigrantes, nacionais com inexistente ou baixo nível de literacia? c) aceitação e qualidade: a prestação de cuidados vai de encontro às necessidades manifestadas pelos utentes, de modo eficiente e satisfatório? Ainda, outra literatura usa dois conceitos que ajudam a perceber melhor: *entitlement* (direitos concretos) e *enactment* (realização desses direitos), os quais podem ou não coincidir. No caso de Portugal, verificamos que nos últimos anos o acesso aos serviços de saúde tem sofrido alterações restitivas tanto a nível do *entitlement* como do *enactment*, com consequências sérias na saúde da população imigrante, inclusivamente das populações mais vulneráveis, supostamente protegidas por lei, como as grávidas e as crianças.

A literatura científica portuguesa mais recente sobre a saúde materno-infantil e reprodutiva focada nas populações de origem imigrante (Sopa, 2009; Fonseca e Silva, 2010; Mourão, 2011; Sousa, 2006; Machado et al., 2007; Almeida e Caldas, 2012; Padilla, 2013; Padilla et al., 2013; Masanet et al., 2014) faz referência às barreiras no acesso à saúde. Sistematizando as referências encontradas, que igualmente coincidem com os resultados obtidos no trabalho de campo (entrevistas e observação participante), sugerimos as seguintes categorias de barreiras:

Aspectos culturais: a) dificuldade de comunicação, por ausência de um idioma comum entre profissionais e utentes; b) ausência de formação específica na área multi e intercultural, por parte dos profissionais de saúde; c) falta de confiança nos serviços (Serviço Nacional de Saúde, SNS) e profissionais, por parte dos utentes; d) falta de sensibilidade e competência para lidar com a diversidade cultural, por parte dos profissionais; e) percepção da necessidade de

práticas preventivas na saúde, por parte dos profissionais, (que nem sempre corresponde às percebidas pelos utentes); f) discrepância entre as concepções de saúde dos profissionais e as dos utentes; g) crítica do recurso a práticas de saúde não formais (medicina tradicional), por parte dos profissionais.

Aspectos burocráticos e /ou administrativos (funcionais): a) dificuldades de marcação de consultas; b) demasiado tempo de espera para a consulta; c) ausência de médico de família; d) dificuldade de inscrição no centro de saúde; e) dificuldade, na percepção de como os serviços de saúde funcionam, e como estão organizados.

Aspectos legais e ou institucionais: a) situação irregular de parte da população imigrante; b) falta de informação simples e acessível, sobre o modo de funcionamento do SNS, direitos e deveres e condições de acesso; c) limitação imposta pelo sistema informático aos imigrantes sem número de utente de saúde.

Aspectos sociais e económicos: a) falta de recursos financeiros (pobreza), b) discriminação contra imigrantes, c) acessibilidade difícil, provocada pelo aumento das taxas moderadoras, d) ausência de meios de transporte, ou preços dos bilhetes demasiado elevados, e) ausência, ou debilidade de suporte familiar (mulheres imigrantes grávidas, sem a presença das mulheres mais velhas da família).

Aspectos de formação e relacionais: percepção de uma qualificação inadequada dos profissionais de saúde em Portugal, relacionada, essencialmente, com questões técnicas e de formação. O tema em causa foi identificado, apenas, nos discursos de mães imigrantes de origem Brasileira, relativamente à relação desadequada entre profissional de saúde e utente.

Aspectos vinculados a estereótipos e estigmatização: algumas instituições da sociedade rotulam as imigrantes como dependentes, multi-puérperas, irresponsáveis, etc. Esta situação é estigmatizante e, em algumas ocasiões, as afasta de receber apoios ou benefícios, quando mais o precisam. Por exemplo, um caso que uma mãe de uma criança de dois anos grávida não foi aceite como utentes por ser reincidente.

Em suma, o trabalho de campo sugere que muitas das barreiras identificadas, as vezes são percebidas como culturais e linguísticas, no entanto em muitas ocasiões existe uma intersecção do cultural com o económico, com o legal, e mesmo com o relacional, sendo que as vezes o cultural está vinculado a culturas organizacionais e profissionais e aos processos de estigmatização, mas que às diferenças étnico-culturais.

Em qualquer caso, o caminho para a eliminação, ou menorização das barreiras que se interpõem entre utentes – em particular imigrantes – e serviços de saúde, em Portugal, não é fácil, nem imediato. Uma das razões para esta dificuldade, no contexto dos serviços de saúde e no que diz à relação entre, por um lado, médicos e outros profissionais e, por outro lado, entre profissionais e utentes, é a percepção negativa de relações muito hierarquizadas, colocando o médico no topo dessa hierarquia, não só em termos de liderança, mas também

como legítimo e exclusivo detentor dos discursos e práticas do saber sobre saúde, doença e sofrimento o que, desde logo, poderá entrar em conflito com outros saberes igualmente importantes e necessários, não só entre profissionais com diversas especializações, como também e principalmente, entre médicos e utentes imigrantes. Ainda, também neste sentido, um outro aspecto que condiciona o exercício da cidadania em saúde é, para além da hierarquia mencionada, o facto dos utentes nem sempre serem informados sobre a sua saúde e a escolha entre opções, já que pelo contrário muitas decisões são tomadas unilateralmente pelos profissionais de saúde, sem dar lugar a qualquer questionamento. Um exemplo identificado comumente na saúde reprodutiva é como a escolha de método anticoncepcional não está vinculada a uma decisão informada da utente, mas à discricionariedade do profissional de saúde, que envolve o seu próprio conhecimento e domínio dos métodos e alguns pressupostos culturais sobre a capacidade da utente para gerir o método.

Lingard et al. (2012) no artigo «*Mensagens em conflito: Examinando as dinâmicas de liderança nas equipas inter-profissionais*», afirmaram o seguinte: «embora os membros das equipas inter-profissionais concordaram sobre a importância da liderança colaborativa e discutiram as formas pelas quais as suas equipas tentaram aplicá-la, a evidência indica que na prática a efectivação da liderança colaborativa é um desafio. Os médicos envolvidos indicaram que os seus grupos funcionavam de forma não-hierárquica, mas os relatos dos profissionais não médicos membros dessas equipas, e a observação dos investigadores, revelaram que os comportamentos hierárquicos persistiam, mesmo nos casos daqueles que mais veementemente negavam a existência de hierarquias nas suas equipas» (2012, p. 1762). Os autores ainda referem que «uma abordagem colaborativa na liderança pode implicar um desafio para as equipas inter-profissionais sustentadas em serviços de saúde, educação e sistemas médico-legais tradicionais que reforçam a ideia que os médicos estão no topo da hierarquia. Ao reconhecer e debater abertamente as tensões entre os discursos tradicionais e inter-profissionais de liderança colaborativa, é possível ajudar às equipas inter-profissionais, médicos e clínicos para que em conjunto, trabalhem de forma mais efectiva» (Lingard et al., 2012, p. 1712). As conclusões deste trabalho fazem-nos refletir sobre como a cultura organizacional e das profissões podem se tornar uma barreira, associada à hegemonia do saber médico.

Antes de finalizarmos a nossa reflexão sobre as barreiras no acesso à saúde, relacionadas com os aspectos sociais, económicos e mesmo culturais, queríamos deixar uma proposta sobre os modos de ultrapassar as barreiras linguísticas e culturais. Trabalhar com equipas transdisciplinares, conhecer a comunidade, privilegiar a proximidade e a continuidade, e praticar o que alguns autores denominam de «*active listening*» (Fassaert et al., 2007; Lang, Floyd e Beine, 2000), ou escuta activa, ou seja, dar tempo ao paciente para se expressar livremente, sem pressões e ao seu ritmo, clarificar o verbalizado pelo paciente, repetindo o que ele disse e perguntando-lhe se confirma a interpretação. Esta atitude ajuda a transmitir ao paciente a sensação de que o profissional de saúde está interessado em perceber a sua situação, mantendo um contacto aceite pelos dois, em benefício da sua cura ou cuidado. Um caminho possível é o diálogo intercultural. No entanto «não podemos dialogar com quem não conhecemos, nem com quem não escutamos», pelo que o diálogo intercultural contribuiria de forma positiva no derrube de barreiras e estereótipos. O diálogo exige o conhecimento da outra pessoa e do seu contexto, também exige tradução sempre que necessário.

Neste caso não se trata duma tradução literal, mas duma tradução de sentidos e significados, apenas viável através de uma negociação não hierárquica.

Em conclusão...

A conjuntura actual de austeridade é muito pouco propícia à introdução e disseminação de profissões tão necessárias, como a de mediadores culturais, e ainda se vê como menos viável, sobrecarregar os profissionais de saúde com novas tarefas e práticas clínicas que contemplem a introdução de equipas transdisciplinares. Contudo, e na nossa perspectiva, o que está em causa, não é só a inexistência de recursos, mas principalmente as opções políticas e ideológicas que conduzem a um acentuar de disparidades em saúde, que envolve ainda um maior desemporamento daqueles que já detem pouco poder.

Como reflexão final, reforçamos a existência de outro tipo de barreiras, tão ou mais importantes que as barreiras linguísticas. São os factores socioeconómicos que contribuem desproporcionadamente em criar barreiras para o cuidado e tratamento (Masanet et al., 2014). Por exemplo, em contextos de pobreza, e com o aumento quer das taxas moderadoras, quer do preço dos transportes, e com a considerável distância dos lugares de residência das periferias, aos hospitais, o factor acessibilidade torna-se um impedimento muito importante no acesso à saúde. Como vimos, mesmo quando o direito está garantido, as circunstâncias não permitem que se concretizem. Quando as famílias estão demasiado vulnerabilizadas pela ausência de emprego, de habitação, de alimentação, a detecção de problemas de saúde, a disponibilidade para marcar consulta, ou para perder horas de trabalho em frente ao guiché do Centro de Saúde, para explicar que, embora não tendo estatuto de cidadão nacional, tem direito a ser consultada, em particular estando grávida, torna-se um esforço hercúleo. As urgências dos hospitais ver-se-ão assim e cada vez mais, confrontadas com um número excessivo de pedidos de assistência. Mas a promoção da saúde e prevenção adequada, evita custos posteriores ainda mais elevados.

Referências

- Almeida, L. e Caldas, J. (2012), «Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?» in *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, Vol. I, N.º 1, pp. 19–36. Disponível *on-line* em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63205/2/78249.PDF> .
- Challinor, E. (2012) «Cidadania médica, culturas e poder nos cuidados perinatais e pediátricos de imigrantes» in *Saúde e Sociedade*, Vol. 21, N.º 1, pp. 76–88.
- De Freitas, C. (2011), *Participation in mental health care by ethnic minority users: case studies from the Netherlands and Brazil*, Utrecht: Utrecht University (Tese de Doutoramento). ISBN: 978–90–393–5692–0.
- Fassaert, T.; van Dulmen S.; Schellevis, F. e Bensing, J. (2007), «Active listening in medical consultations: development of the Active Listening Obser-

- vation Scale (ALOS-global)» in *Patient Educ. Couns.*, Vol. 68, N.º 3, pp. 258–64.
- Fonseca, L. e Silva, S. (2010), *Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça*, Observatório da Imigração 40, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).
- Lang, F., Floyd M. e Beine, K. (2000), «Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening» in *Arch. Fam. Med.* Vol. 9, N.º 3, pp. 222–7.
- Lingard, L.; Vanstone, M.; Durrant, M.; Fleming–Carroll, B.; Lowe, M.; Rashotte, J.; Sinclair, L.; Tallett, S. (2012), «Conflicting Messages: Examining the Dynamics of Leadership on Interprofessional Teams» in *Academic Medicine*, Vol. 87, N. 12, pp. 1762–1767.
- Lock, M. e Kaufert, P. (Eds.) (1998), *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Machado, M.; Santana, P.; Carreiro, H.; Nogueira, H.; Barroso, R. e Dias, A. (2007), «Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes» in *Revista Migrações*, N.º 1, pp. 103–127.
- Masanet, E.; Padilla, B.; Ortiz, A.; Hernández–Plaza, S. e Rodrigues, E. (2014), «Barreiras Socioeconómicas no Acesso à Saúde Materno-Infantil das Mulheres Imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa» em Martins, M.I.C.; Marques, A. P.; Costa, N. R.; Matos, A. (Org.), *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*, Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho (CICS-UM), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundação Oswaldo da Cruz- Fiocruz, pp. 17-29. Disponível *on-line* em http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article/view/1894 .
- Mourão, S. (2011), *Um olhar sobre as experiências de vigilância de saúde infantil de mães imigrantes cabo verdianas e brasileiras de Lisboa*, Dissertação de Mestrado, Lisboa: ISCTE. Disponível *on-line* em <http://hdl.handle.net/10071/4139>.
- Padilla, B. (2013), «Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal» in *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana - REMHU*, N.º 40, pp. 49–68. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/04.pdf>. [Consultado em 26-10-2013.]
- Padilla, B.; Hernández–Plaza, S.; De Freitas, C.; Masanet, E.; Santinho, C. e Ortiz, A. (2013), «Cidadania e Diversidade em saúde: Necessidades e estratégias de promoção da equidade nos cuidados» in *Revista Saúde & Tecnologia*, Suplemento de Julho de 2013, pp. 57-64. Disponível *on-line* em http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_11_estesl_suplemento_2013.pdf. [Consultado em 22-10-2013.]

- Ram, K. e Jolly, M. (1998) *Maternities and Modernities: Colonial and Postcolonial Experiences in Asia and the Pacific*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Robertson, K. (2005) «Active listening: more than just paying attention» in *Aust. Fam. Physician*, Vol. 34, N.º 12, pp. 1053–5.
- Sopa, M. (2009), *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta. Disponível *on-line* em <http://hdl.handle.net/10400.2/1343>.
- Sousa, J. (2006) *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde*, Coleção Teses 4, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME).
- Stolcke, V. (1995) «Talking Culture: New Boundaries, New Rhetorics of Exclusion in Europe» in *Current Anthropology*, Vol. 36, N.º 1, Special Issue: Ethnographic Authority and Cultural Explanation.

II

Equity in maternal–child and women health: international perspectives

An unsuccessful society: Maternal–child health determinants in Portugal (2007–2013)

*Luís Bernardo**

Abstract

Although analyses of the contemporary Portuguese public health context underline healthcare cutbacks and the worsening of health determinants and outcomes, more research is needed to describe and explain the actual mechanisms through which public policy impacts health outcomes. Furthermore, maternal–child health determinants are plausibly linked to broader societal representations of equity and justice. These two concepts are embedded in policy decisions and determine, to an extent, how groups access healthcare. Political discourse in crisis-ridden contexts tend to underline equity and justice while policy outcomes are inequitable and unjust. Maternal-child health determinants are sensitive to these contradictions because target groups are particularly vulnerable. This study discusses maternal–child health determinants in a short but significant timespan and seeks to interpret their transformations within the «successful societies» framework proposed by Michèle Lamont and Peter Hall.

Introduction

This paper is a study on changing life chances, expectations and diminished capabilities (Sen and Nussbaum, 1993). The population under study is the set of individuals currently living in Portugal and the research question is the following: how and why have social determinants of maternal–child health changed in what I define as the «new austerity regime»,¹ spanning the seven year period from 2007 to 2013? This is a very broad question and it needs refining in order to be answerable. I focus on social determinants only as far as they relate to the Successful Societies approach (SSA) suggested by Lamont and Hall in their landmark study on the institutional and cultural determinants of population health (2009). These authors suggest that a «successful society is one

*Humboldt–Universität Berlin, Germany: ✉ luispaisbernardo@gmail.com

¹ There are many terminologies apt to describe the changing political economy of Portugal in this period; I use this designation in order to underline the importance of austerity as a full-scale transformation of societal structures and their related impacts on everyday life, including access to healthcare and health outcomes.

that enhances the capabilities of people to pursue the goals important to their own lives, whether through individual or collective action and (...) population health can be seen as an indicator of such capabilities» (Hall and Lamont, 2009, p. 2). This approach is interesting because it not only pertains directly to austerity-stricken contexts, such as Portugal, but also because it focuses primarily on population health. This is because «health is a relatively uncontroversial measure of well-being – longer life expectancies and lower rates of mortality can reasonably be associated with the success of a society – and it provides measurable outcomes to explain» (id., *ibid.*). Assessing health outcomes, as public health scholars and practitioners know, must go in tandem with an evaluation of healthcare access, deprivation (both existential and material) and larger-scale social features, such as inequality and social mobility. As this study focuses on maternal-child health (MCH), the subject is a subset of the resident population in Portugal, namely women, pregnant women and children.² Recalling SSA, institutional and cultural factors are paramount to an analysis of maternal-child healthcare. As such, political economy and cultural sociology will play a heavy role in this study, as both disciplines supplement each other in their differential interest in the material organization of society and societal representations/preferences. These should drive government policy as the foremost shaper of health determinants, especially in what concerns at-risk groups.³

The drivers of health and healthcare under austerity

Before homing in on changing health determinants, I describe the new austerity regime and its societal consequences. Although different histories and diagnosis are emerging, there is a basis for consensus on certain features on the path-dependent trajectory that lead to loans under strict conditionality, budget cutbacks and full-scale socioeconomic redeployment.

The first and foremost feature of the new austerity regime is the fact of debt and its impact on the welfare system. As documented elsewhere (eg. Abreu et al., 2013, Lapavistas and Kouvélakis, 2012), imbalances in the Eurozone led to an accumulation of external debt in some countries while leading to large surpluses in others. Structural adjustment programmes directed by the International Monetary Fund, the European Central Bank and the European Commission (the so-called *Troika*) aimed to redeploy public provision systems, often with problematic results. In countries like Greece or Portugal, welfare systems were far from mature; even after large-scale investment, outlays were still necessary to redress territorial and societal imbalances. Rodrigues (2011) and Alves and Martins (2012) show that welfare transfers have had a significant impact on poverty alleviation and inequality reduction in Portugal.

As regards healthcare, the public sector is deeply indebted because budget transfers, which have long been too scarce to provide for operational needs, are now so meager as to threaten the continued operation of high-end hospitals, which are obliged under law to incur expenses only if those can be paid

² Where relevant, infants will be specified as individuals up to a specific age.

³ Gender inequality (health- and income-wise) is an important problem in the Portuguese context and women are a disadvantaged group, thus their inclusion in the «at-risk» category.

in three months-time. Cutbacks in many healthcare sectors, including newly-established USFs (Family Health Facilities, *Unidades de Saúde Familiar* – original) and mental health wards in hospitals, led to protest within established interest groups, including senior staff and public health advocates. MCH will be dealt with below.

These debt dynamics in the public healthcare sector also burden its users: out-of-pocket fees in Portugal have risen to a level that now stands only behind Malta and Greece in 2012 Western Europe (Figure 1) and medication is paradoxically more expensive and less available in drug stores.

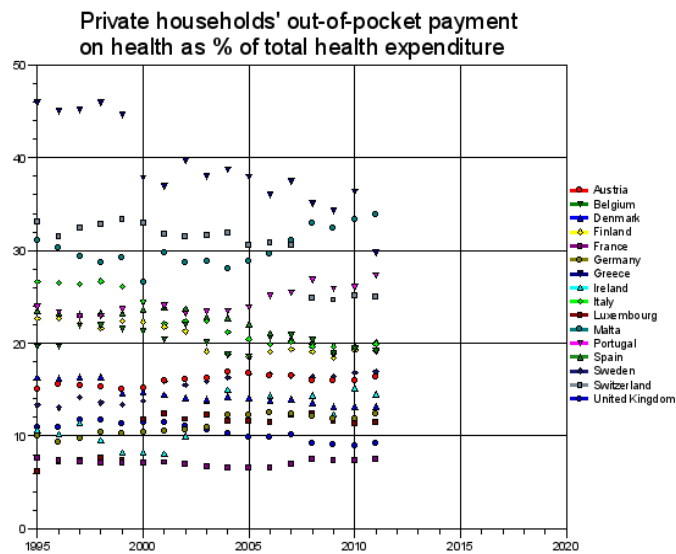


Figure 1. Out-of-pocket payments as % of total health expenditure
Source: WHO-HFA Database

Furthermore, the fiction of «expansionary contraction» is the likeliest cause of the highest unemployment rates in Portuguese democracy, which is leading to diminishing household incomes, private credit default and, more importantly for this study, worsening health outcomes. Subjective health perceptions are worsening, according to three European Quality of Life Surveys (EFILWC, 2012). This is a clear consequence of the dual threat of existential anxiety (due to labor market uncertainty and weakening social linkages) and material deprivation, due to decrease in disposable incomes and rise in living costs.

The second feature of the new austerity regime is the rise of unemployment and inequality. Total unemployment rose from 8,9% in 2007 to 16,5% in 2013; male unemployment rose from 8,0% in 2007 to 16,5% in 2013; female unemployment rose from 10,0% in 2007 to 16,5% in 2013 (Figure 2). Inequality is distinctly hard to measure, but the most widespread measure, the Gini index, indicates that income inequality is on the rise; wealth inequality, according to the Household Finance and Consumption Survey led by the European Central Bank, is also high.

Several studies have shown that unemployment is a core cause of subjective health perceptions and objective health conditions (Stuckler and Basu, 2013;

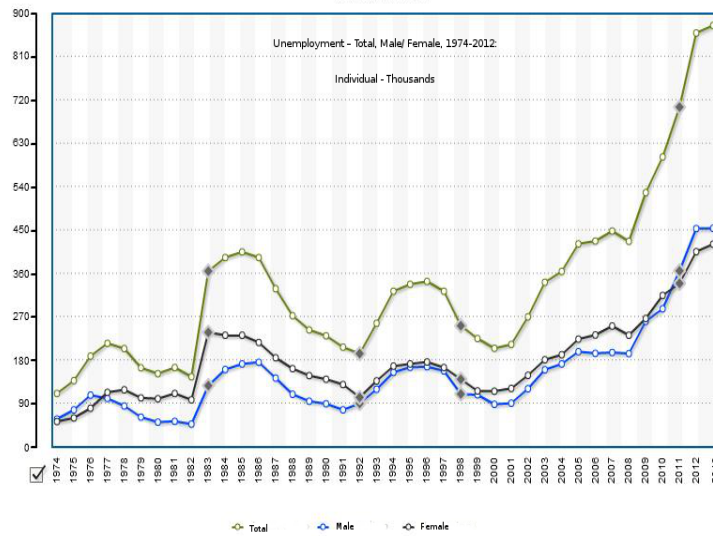


Figure 2. Unemployment – Total, Male/Female, 1974–2012
Source: INE/PORDARTA

Marmot and Wilkinson, 2011). A growing number of individuals is left outside the unemployment benefit system while the system itself becomes less adaptive to new labor conditions (Silva and Pereira, 2012). The transition from welfare into workfare and its associated «active labor policy» packages has in effect produced a new batch of «working poor», individuals with high levels of material deprivation working at least part-time jobs. As the Portuguese labor market is peculiar for the very high rate of female participation, especially in relation to comparable contexts, the new austerity regime is particularly adverse to MCH because it tears away at women with very high unpaid labor tolls who also suffer from large gender gaps (income and job opportunities). This is related to material deprivation. If mothers have less disposable income in a context where healthcare access is costly, they will more than likely dispose of other non-essential resources to maintain household health. Material deprivation and poverty is the likely outcome of these conditions. Even accounting for cash and in-kind transfers, the Portuguese population, single-parent households and women are at a higher risk of poverty and material deprivation in an environment which is likely adverse to ascendant social mobility (Figure 3). If MCH costs rise, then single-parent households, likely single-mother ones, will suffer from an increased financial burden.

A steep rise in inequality is also indicative of diminishing MCH. If inequality, as forcefully argued by Wilkinson and Pickett (2009), is a major correlate to a battery of social ills and those outcomes have a larger impact on at-risk groups, then MCH is surely to suffer, as all other healthcare subsets, from inequality. Furthermore, as suggested before, in representative democracies public policy is shaped by voter preferences and it is largely a matter of consensus that MCH targets, although numerically the most significant in most electorates, are either unable or unwilling to shape policy through their votes – children because of

age, women because of historically lower political (electoral) participation rates. If public policy is conceived as the only consequential inequality–disabler, the new austerity regime is a watershed in this regard: for reasons broached in the next section, public policy is now an inequality–enhancer (Brady, 2009). MCH is very much affected by the increase in inequality: since it attends mainly to at–risk groups and it requires sustained investment, the quality of care in MCH is very sensitive to variance in budgetary conditions. If access to healthcare is made more difficult because of budget cutbacks and women have less disposable income, the picture compounds into a situation where MCH determinants are locked into a trajectory that results in worsening health outcomes to target populations (Stuckler and Basu, 2013). More out–of–pocket payments and less public investment in healthcare as percentage of GDP will necessarily translate in more unequal MCH.

The third feature of the new austerity regime is privatization. As the National Health Service (NHS) became the preferential target of a growing private sector, the debt dynamics mentioned before were intensified by decreased budget outlays and mounting expenses linked to a biomedical approach to medical practice, heavy on technological overheads (and extensive centralization), an emphasis on treatment instead of preventative care. Although the NHS was and is seen as far from unsustainable on its terms, and its unsustainability is likely not due to its structure or claim to universality, privatization and marketization, as a policy solution looking for a problem, as Kingdon (1984) has suggested, are gaining ground, as indicated by, first, the number of private hospitals and beds and, second, the increasing share of out–of–pocket payments in the funding of Portuguese healthcare. As private hospitals operate on the basis of linking with insurance companies and schemes, including public ones (case in point: ADSE, the largest public insurance scheme, available to public workers, is the main funding source for many private hospitals) and operate with baseline costs that are not sustainable for low-income households, we can posit that these institutions, and the resources they consume, namely university-trained staff and public outlays from procurement contracts, do not contribute to changes in determinants of MCH. The rationale is the following: since MCH is at least partially determined by what the SSA deems as capabilities and social resources, low-income mothers, children and households do not hold the capacity to benefit from private healthcare services without risking financial burden which would become a net contribution to increased poverty and/or material deprivation, thus imposing a bigger load on public MCH.

Maternal–child healthcare in Portugal: dwindling resources, falling indicators

If the SSA approach is useful, then a question must be asked: what is the current status of social resources for Portuguese mothers and children? In order to proceed comparatively, five sources are used: UNICEF’s Innocenti Report Card 11, Save the Children’s State of the World’s Mothers Reports and OECD data. Where data are available, observations drawn from the European Social Survey, International Social Survey Programme and Eurobarometer are also included. Moreover, reports which focus at least partially on mothers and children, are also

relevant, namely Caritas Europe's 2012 and 2013 reports on austerity in Europe. Then, WHO Health-for-All Database indicators and the Portuguese General Directorate for Health (GDH)-related statistical reports on MCH indicators are used to describe the effects of austerity on mothers' and children health. These indicators suffer from multiple limitations, which are discussed herewith.

Portraying social resources

A portrayal of social resources (as defined by SSA) available to mothers and children is important because it operationalizes SSA. The sources mentioned above capture two very important dimensions of social resources: subjective welfare and social network density. While these sources do not offer direct answers to the question of capabilities, they nevertheless allow us to gain leverage on the context and processes surrounding MCH through an SSA lens.

At a first, global, glance, mothers and children in Portugal are not strikingly different from inhabitants of other advanced market democracies: subjective wellbeing and feelings of existential security do not vary significantly from other similar countries, especially if the planet as a whole is taken as the universe of cases. However, this is not the case once the comparison is narrowed to advanced market democracies.

Once this is done, the emergent picture is rather different. As shown by several sources, Portuguese respondents report very low life satisfaction, very low subjective wellbeing and very low interpersonal and institutional trust. Thus, vertical social resources can be interpreted as lacking in Portugal. Further, low levels of civic engagement, even from perspectives which go beyond traditional engagement, namely voting, petitioning or sending letters to officials, are also a major feature in the Portuguese social landscape. Distrust and existential anxiety is certainly linked to the large intake of anti-depressant and anxiety medication, which has been reported by the GDH as very high on a yearly basis for at least 12 years and is likely worsening.

In terms of horizontal social resources, Portuguese respondents report very high rates of daily or weekly contact with close peers. This points to a dual conclusion. Studies on comparative welfare systems have shown that Esping-Andersen's typology fails to capture the specificities of Southern European welfare systems, especially in what concerns households' economic role in buffering the effects of macroeconomic crises and the importance of genderized labor in that process of buffering (Bambra et al., 2009). Moreover, another note could be suggested with recourse to Putnam's theory of social capital: while social capital may be bridging in some contexts, it may be bonding in others (Putnam, Leonardi and Nanetti, 1994). Bonding capital may not build social network density; on the contrary, it may erode social network density and social resources by limiting the scope and frequency of social interactions by an individual. However, very high rates of daily or weekly contact with peers do have a face value: they show that people in Portugal maintain close kinship and friendship ties. In effect, studies on welfare provision show that, as the welfare State in Portugal failed to coalesce into a coherent whole, with the exception of the health sector, the dense network of family ties constituted a welfare society of sorts (Santos, 1988).

As regards the health of mothers and children, two issues should be ad-

dressed. First, the leap forward in terms of health status. Taking 1980 or 2000 as baselines for comparisons, the results are clear: mothers and children are now objectively and subjectively healthier than before, reporting higher levels of wellbeing. This is clearly related to improved economic conditions, better nutritional intake and better healthcare. Regarding children, the recent UNICEF Innocenti Report Card 11 shows that Portugal was the highest rising country in the Child Well-being ranking from 2000 to 2010, from 16th to 11th. As a comparison, Greece fell 2 positions, Spain 5 and Italy stagnated. However, data points are important here, as the comparison is performed just before the outbreak of austerity in 2010/2011. This is a recurrent issue both in this chapter and other studies in the epidemiological consequences of the current crisis of capitalism: since effects are likely time-lagged, they will also likely not emerge in austerity-ridden societies long after cost-containment measures.

The State of the World's Mothers Report is an interesting tool for research into MCH. It also reports results that, taken at face value, seem to run counter to what is expected in this study: a large drop in MCH indicators and, as a result, in the Mother's Index and its components, the Women's Index and the Children's Index. But this is not the case. These rankings capture snapshots and do not detail measures which could be relevant when we try to operationalize SSA. Once we do that, these results take on a different meaning: they show the resilience of MCH in austerity, but also show something else. In the last three State of the World's Mothers Reports, Portugal has failed to climb in the Mother's Index as swiftly as in previous years. There could be a number of reasons for this, which the reports' authors discuss. But the question of austerity and SSA looms large. The stagnant ranking behavior could – and political epidemiology seems to support this – be a result of changing economic conditions and rising existential anxiety. Since 2007, when Portugal became ranked on both components of the Mother's Index, the disparity between the Women's Index and the Children's Index was also relatively stable; in 2013, this gap seems to have disappeared. However, displacing disparities from mothers and children to mothers in the world of work is also worthy of discussion. Although lower than in other Southern European countries, the gender pay gap is an important feature of women's experience of work in Portugal. This group also reports life satisfaction and subjective health levels lower than their male peers. It is also important to note that mothers in Portugal report very high levels of peer appreciation, while children in Portugal report high levels of ease of communication with their mothers – more than 20% higher than with their fathers (UNICEF 2013). In addition, women in Portugal are reported to be on the top three of unpaid domestic labor in the OECD, behind women in Turkey and Mexico. Finally, households with one or more dependent members and households with single parents run a higher risk of material deprivation and poverty in Portugal than households without dependent members. In short, the situation of women in Portugal is one of comparative hardship and active labor policies do not seem to exert a comprehensive effect in the balance of work and private life, as women must perform duties imposed by what several studies show to be patriarchal social relations, which are likely enhanced by the welfare system structure and the tax system.

Indicators

While a long discussion on actual process and outcome indicators on MCH would be warranted in other contexts, it should suffice to state that MCH performs highly in comparison to other components of the Portuguese NHS. As stated before, child-related mortality rates, pregnancy and birth-related mortality rates and specialist assistance, measured as hospital births, nurse-assisted births and vaccination coverage have changed: mortality rates have decreased significantly (Figure 4 and 4.1) and specialist assistance has increased significantly (Figure 5), as reported by the WHO-maintained HFA database and the World Health Report.

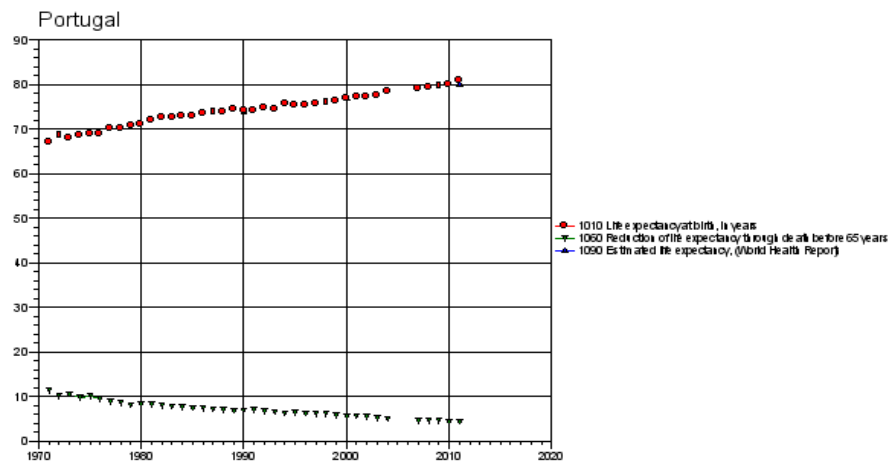


Figure 4. Life expectancy/reduction of life expectancy through death before 65 years

Source: WHO-HFA Database

A sobering note is, however, offered by a recent tool, christened Mort@lidades, provided by the Northern Regional Health Administration and replicated by other Regional Health Administration. At the lowest administrative level, child mortality levels in a limited number of administrative divisions rose by 2012 to 2002 levels. Further, statistical analyses by the DGH show an increase in neonatal, perinatal and child mortality in the period 2008-2012. Two notes should be underlined: as the absolute and percentage baselines are very low, variation is not statistically significant. But to perceive this as a simple function of natural demographic trends is to understate its significance. Cost-containment measures which take aim at the basic social structures of a society, as shown by SSA, will have an impact on population health. Moreover, it is the case that 2010 seems to be the tipping point from which rates trend upward: by then, cost-containment in healthcare had been adopted as a strategy by the Health Ministry and became enforced in hospitals: out-of-pocket payments, for instance, started rising around 2009-2010. We could then posit the following scenario: upward variation is an early symptom of the failure of one of the two pillars of MCH in Portugal: institutionalized healthcare.

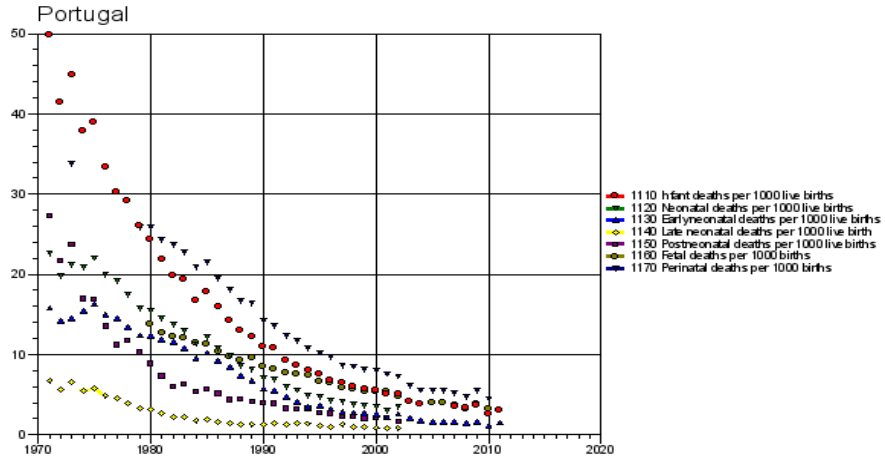


Figure 4.1 Birth/Child-related mortality rates, 1970–2012

Source: WHO–HFA Database

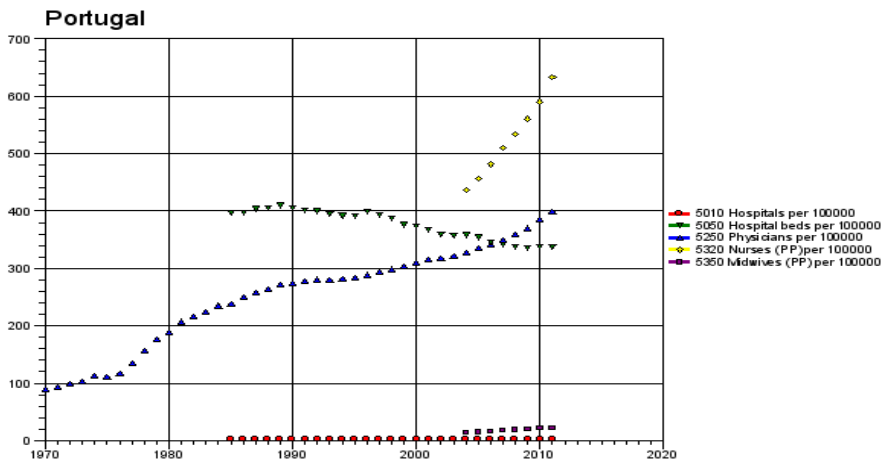


Figure 5. Hospitals and medical staff per 10000 inhabitants

Source: WHO–HFA Database

The other pillar, social resources, remains more or less safe from macro-economic harm because the so-called welfare society disables the effects of the crisis. But this is, as shown in other austerity contexts, a matter of time: in Greece, where horizontal and vertical social resources are narrower in scope and thinner in density than in Portugal, those resources were depleted after two years.

Conclusion

This chapter attempted to introduce a perspective on the foundations of social relations and their consequences to public health. The successful societies approach offers an integrated, systematic way of evaluating change in population health: by looking at vertical and social relations, it allows for verification of the presence or absence of capabilities. While the chapter focused on MCH, the case on the deterioration of public health in political systems where austerity is driving centrifuge pressure into health systems can be made for all subsectors in healthcare. Throughout the chapter, evidence on falling subjective health was offered, specifically in what concerns mothers and children, two social groups particularly sensitive to institutional change and dependent on vertical and horizontal social resources.

The Portuguese context is important in two regards. First, evidence suggests that the timeframe chosen for this study, 2007–2013, was one of general downward pressure on health indicators. As an emerging literature, labeled by Clare Bambra as «political epidemiology», suggests, austerity, disguised as cost-containment, is driving the population out of healthcare and worsening general health. Portugal is representative of austerity-ridden cases, with a special emphasis on Southern Europe. Second, as the Portuguese NHS is demonstrably the single most successful component of the Portuguese welfare system – indeed, Beveridgean systems are likely the singular component differentiating Southern welfare systems from continental welfare systems, pressure towards its de-universalization will likely result in additional worsening of public health status and outcomes. If austerity is, among other things, an engineering attempt to transform welfare systems into ideal-typical liberal, market-oriented ones, early indicators suggest that this will come at a very high cost. MCH is a particularly sensitive sector in Portugal and elsewhere. As mentioned before, MCH pertains to the health of two vulnerable social groups. Indeed, baseline indicators (from 1980) suggest that the NHS was the most important variable in driving very low health levels, shown by neonatal, perinatal and child under five mortality, as well as death at birth by mothers and births in hospitals, into the upper echelon of advanced market democracies. In all likelihood, if the system currently being put into place by way of austerity, as it disconnects vertical and horizontal social resources from their institutional context, in order to transform healthcare provision into a market-oriented structure, continues to be forced into existence, public health indicators will worsen or stagnate. The logical corollary of SSA is then to diagnose Portugal as an emerging unsuccessful society, where vertical and horizontal social resources are eroded and MCH becomes more and more affected by negative social determinants.

References

- Abreu, A.; Mendes, H.; Rodrigues, J., Gusmão, J.; Serra, N.; Teles, N. and Mamede, R. (2013), *A Crise, a Troika e as Alternativas Urgentes*, Lisboa: Tinta-da-china.
- Alves, N., and Martins, C. (2012), «Mobility and Income Inequality in the European Union and in Portugal» in *Economic Bulletin, Banco de Portugal*, (Summer 2012), pp. 57–70.
- Bambra, C.; Pope, D.; Swami, V.; Stanistreet, D.; Roskam, A.; Kunst, A. and Scott-Samuel, A. (2009), «Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries» in *Journal of Epidemiology and Community Health*, No. 63 (1), pp. 38–44.
- Brady, D. (2009), *Rich democracies, poor people: how politics explain poverty*, Oxford: Oxford Univ. Press.
- EFILWC – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2012), *3rd European quality of life survey*, Luxembourg: Publications Off. of the Europ. Union.
- Hall, P. and Lamont, M. (2009), *Successful societies: How institutions and culture affect health*: Cambridge University Press.
- Kingdon, J. (1984), *Agendas, alternatives and public choices*, Boston: Little Brown.
- Lapavistas, C. and Kouvélakis, E. (2012), *Crisis in the Eurozone*, London/New York: Verso.
- Marmot, M. and Wilkinson, R. (2011), *Social determinants of health* (2nd Ed.), Oxford: Oxford Univ. Press.
- Putnam, R.; Leonardi, R. and Nanetti, R. (1994) *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*, Princeton: Princeton University Press.
- Rodrigues, C. (2011), *Desigualdade em Portugal: Conclusões preliminares*, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santos, B. (1988), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*, Porto: Edições Afrontamento.
- Sen, A. and Nussbaum, M. (1993), «Capability and well-being» in *The quality of life*, No. 1 (9), pp. 30–54.
- Silva, P. and Pereira, M. (2012), «As políticas de proteção no desemprego em Portugal» in *Sociologia, Problemas e Práticas*, pp. 133–150.
- Stuckler, D. and Basu, S. (2013), «The Body Economic: Why Austerity Kills» available on-line at <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10701043>, New York: Basic Books.

Wilkinson, R. and Pickett, K. (2009), *The spirit level: why more equal societies almost always do better*, London: Allen Lane.

Private and Public Home Births: Comparing access, options and inequalities in Portugal and Denmark

Mário J. Santos*

*The freedom in a country can be
measured by the freedom of birth.*

Ágnes Géreb

Introduction: home births in Europe

Planned home births are a reality across Europe.¹ Several publications address the safety of planned home births for low risk pregnancies and the difficulties of accurately compare planned home births with planned hospital births.² In countries like England and Denmark home births are supported by the State – they are part of the public maternal health services and there is a referral system that improves the quality of hospital transfers.

But there are countries where informal and also formal limitations can be found. In Hungary, due to the lack of legislation regarding midwifery care at home, it has been considered illegal for many years, until 2011. Ágnes Géreb, a Hungarian obstetrician, psychologist and midwife, is an activist on the defence of home births in Hungary and, despite the risk of prosecution, assisted over 3500 home births. Indeed, in 2010, she was opportunistically arrested and condemned for professional negligence in assisting home births. Since then, Ágnes Géreb has been in house arrest. It is questionable if this case was fairly judged, and many argue it has been biased.³

Within several movements and initiatives this case triggered across Europe, an application was submitted to the European Court of Human Rights (ECHR)

*CIES – University Institute of Lisbon: ✉ mariojdssantos@gmail.com

¹ This paper draws upon a Short Term Scientific Mission (STSM) held in Denmark in March 2014, funded by the COST Action IS0907 «Childbirth Cultures, Concerns and Consequences: creating a dynamic EU framework for optimal maternity care». The report of this STSM, previously presented to COST, is here partially reproduced.

² For example, a literature review available at the website UpToDate, a very popular «evidence-based clinical decision support resource», cites 12 publications on this topic, from year 1996 to 2012, each one linking to a wider range of references related to home births' safety. Further reading at: www.uptodate.com.

³ This case is described in more detail on the page of the Human Rights in Childbirth initiative, at: <http://www.humanrightsinchildbirth.com/ternovszky-vs-hungary/agnes-gereb>.

by Anna Ternovszky, a Hungarian pregnant women who had her first child at home with Ágnes Géreb. In the judgement of «Ternovszky vs. Hungary», under Article 8 of the Convention (ECHR, 2002) that states «everyone has the right to respect for his private (...) life (...)», it was declared that birth is part of one's private life and, therefore, each woman has the right to choose the circumstances where to give birth (ECHR, 2011, p. 22).

The notion of a freedom implies some measure of choice as to its exercise. The notion of personal autonomy is a fundamental principle underlying the interpretation of the guarantees of Article 8 (...). Therefore the right concerning the decision to become a parent includes the right of choosing the circumstances of becoming a parent. The Court is satisfied that the circumstances of giving birth incontestably form part of one's private life for the purposes of this provision (...).

The Hungarian Government was forced to apply changes in the legislation, and included new legislation on home births. Since 2011, midwives can apply to specific licences that allow them to attend births at home. Unfortunately, this was not enough for significant national-level organizational and professional changes in Hungary. Despite the new law and similarly to other European countries, there is a great risk of litigation for these professionals in the event of an adverse outcome – a higher risk for home birth professionals than for hospital professionals. For this reason, among others, it took about one year after the law was changed for the first home birth licence to be issued, to Felícia Vincze⁴ and the last news report few more midwives who have been licenced for home births. Nevertheless, the case of Hungary raised the debate around the right to midwifery care and to choose a home birth across Europe⁵ and gave this option more legitimacy.

These formal limitations and the fact that it is quite an invisible option in most European countries highlights the importance of studying it through the lens of different disciplines, looking at different analytical levels: macro (societies), meso (institutions) and micro (individuals).

Placing this option within the European context, it is clear that even where there are signs of higher levels of social and medical acceptance of planned home births, like public funding, they are still a minority (Figure 1).

Also, a sociological study (Santos, 2012) conducted on the reflexive deinstitutionalisation of birth in Portugal explored women's planned home birth experiences and showed some of the reasons that informed this option: the perception of birth as something simple, positive and empowering; the rejection of medical dominance; the will to control the process; and a way to escape the control mechanisms (Foucault, 1978) found in the hospital, like the confinement to bed, the need to fast, the permanent foetal monitoring, the IV catheter,

⁴ Further reading at: <http://www.budapest-moms.com/2012/03/first-legal-home-birth-midwife-in-hungary>.

⁵ Among several other actions, the Nordic Midwives' Association sent a formal letter to the Hungarian Health Minister in 2013 describing the association's concern on the current status of midwifery care in Hungary. The letter is available at: http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Nyheder/Nyheder_2013/Nordic_Midwives_letter_to_Hungarian_Health_Minister_concerning_midwifery_regulation_2_.pdf.

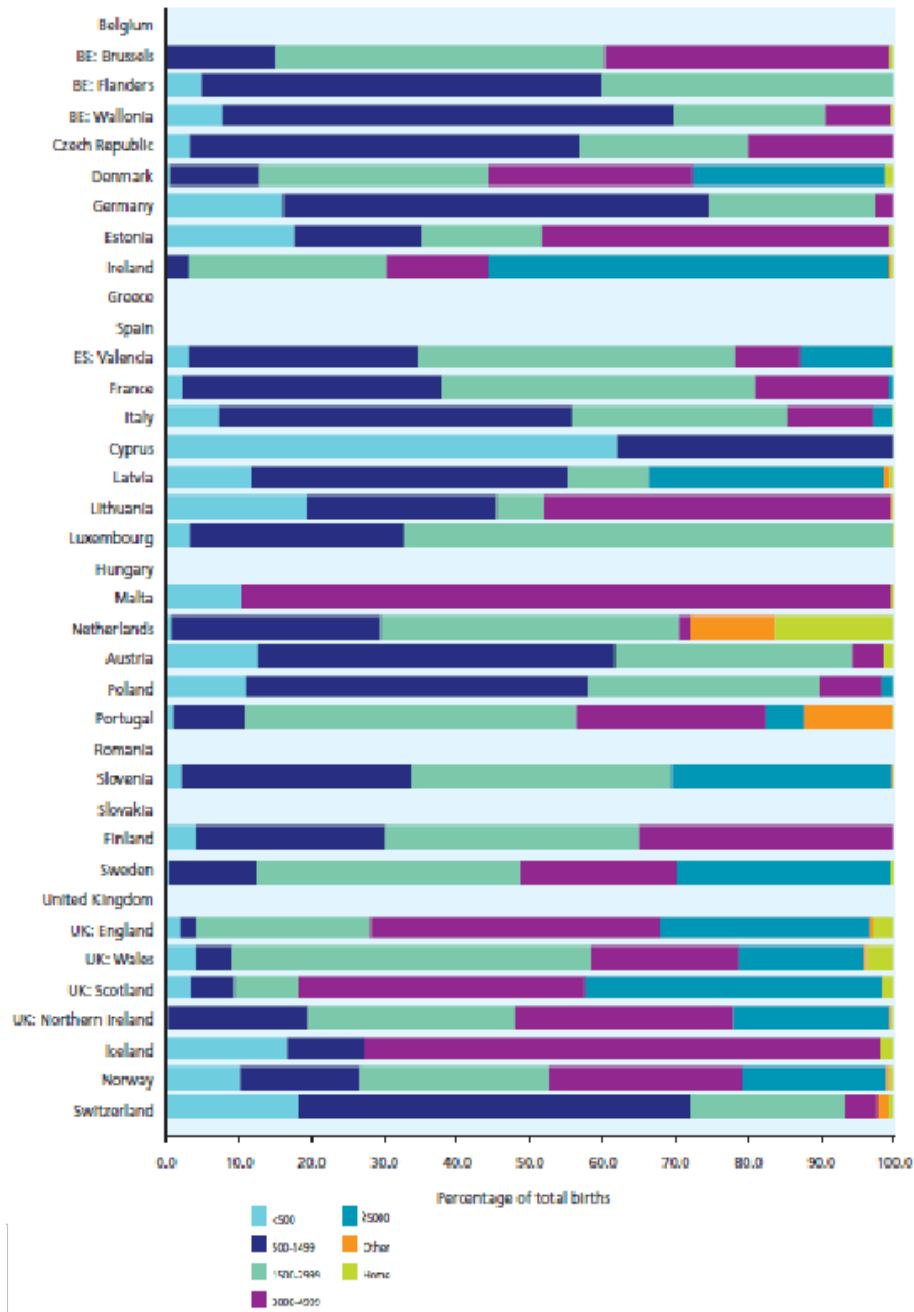


Figure 1 – Distribution of births by maternity unit volume of deliveries in 2010
 Source: Euro-Peristat (2013)

the professional authority and paternalism, the frequent cervical exams, and the strange, impersonal and artificial environment. This study also found some perspectives on why this option is so uncommon in Portugal: the perception of a wide range of medical, social and moral risks made it sometimes difficult for parents to cope with the consequences of a home birth, leading to an active search for scientific information and both technical and natural resources that legitimated their decisions.

Similar results regarding personal experiences of medical dominance rejection and risk perceptions in home births were found, in different degrees, by social scientists in very different European settings, like the Czech Republic (Hrešánová, 2010) Finland (Viisainen, 2000) and Denmark (in an interview, the Danish anthropologist Kristine Kohlmetz Møller shared similar preliminary results from an on-going research project).

The similarities above described between countries are exceptional. When looking at these national contexts and comparing access, practices and organizations related to home birth and to childbirth practices, the differences are more evident. When looking at general perinatal health indicators it becomes clear that practice-related indicators, like instrumental birth rates (i.e. using forceps, vacuum extraction or caesarean section), vary across Europe (figure 2), which might indicate a prevailing interventionist professional culture in some countries, including Portugal.

As the European 2010 Perinatal Health Report states, reporting to all European countries (Euro-Peristat, 2013, p. 77):

The substantial rise in obstetric intervention since the 1970s in most developed countries is a long-standing and continuing case for concern.

The variations between countries and even within the same country are obvious. Despite being neighbours, some countries have important differences, like Spain and Portugal – with a similar rate of vaginal instrumental births, but a very different caesarean rate. Actually, within Europe, only Cyprus declared a rate of instrumental births higher than Portugal.

Following this figure, it is difficult to link these variations to physiological or anatomical other individual health-related differences between people in these regions. While thinking of the variations in the local cultures of professional practices and women's demands seems to offer more adequate answers and potential explanations.

In the following lines, some of these local differences are addressed. By focusing on the home birth situation both in Portugal and Denmark, in a comparative perspective, I aim to discuss how the existing public system in Portugal is defining health inequalities for those who opt for a home birth.

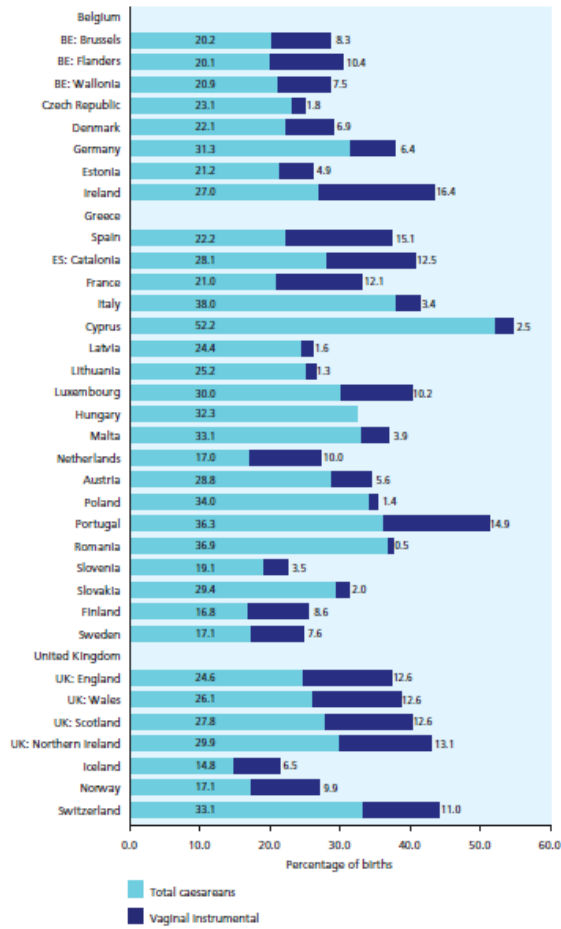


Figure 2 – Percentage of caesareans and other instrumental births in Europe
 Source: Euro-Peristat (2013)

Private home births in Portugal: history and the present time

In Portugal, home births are generally invisible. However, it is important to notice that for many years there was a majority of home births across the country. They were part of the action of «curious» women, someone we could call «lay midwives»: respected and older women who played an important part within each community. Around 1960, 80% of all births were at home, but in 1985 home births were already rare (figure 3).

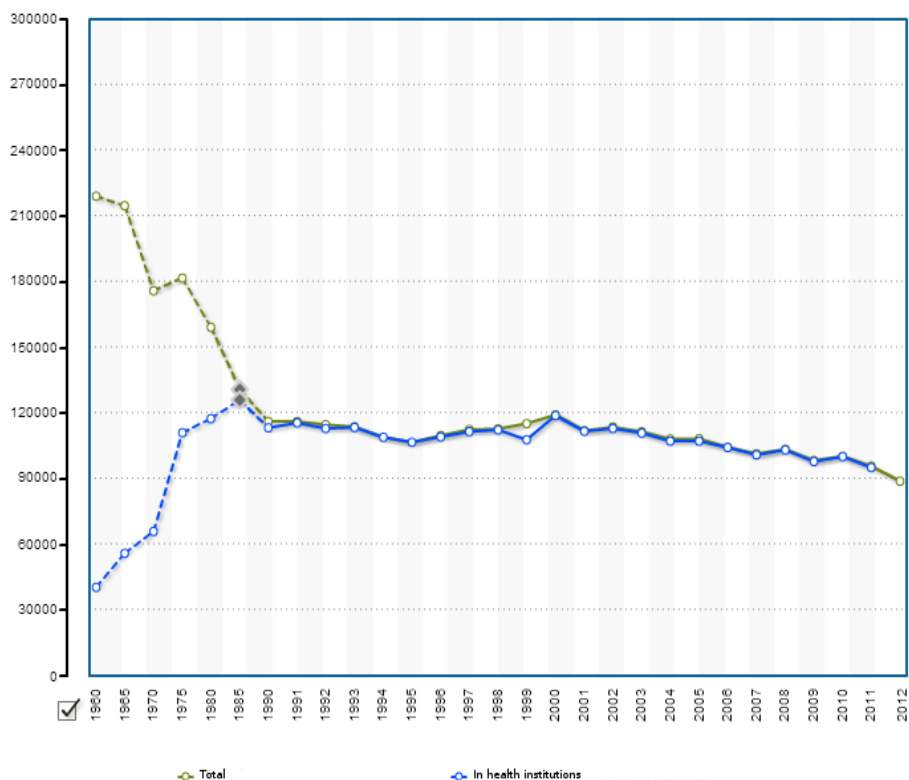


Figure 3 – Births in Portugal: total (in green) and in a health institution (in blue)

Source: PORDATA. Available at: www.pordata.pt, accessed in 13/02/2014.

Carneiro (2008) gives an extensive contribution, reflecting on how lay Portuguese midwives, in the beginning of the XIX century, started to see the first threats to their actions, by a movement of education and professionalization led by surgeons, based on sanitary concerns, in the advent of a golden era for scientific and medical knowledge. At that time, surgeons were called to attend births when the midwives could not solve a problem and the solution required the use of a cutting instrument.

This formalisation of training reduced significantly the average age of this professional group who gradually lost part of the authority given by their mature

life experience, and their feminine and maternal instinct. Midwives started to have classes and training at the hospital maternity wards, strongly structured by medical practices and medical models of care. But yet, until the beginning of the XX century, there were very few licenced midwives, and they co-existed with the lay midwives: the first ones were employed at the hospitals, after finishing the course, while the others practiced in the community.

In the relatively short history of formal midwifery in Portugal, there is a longstanding history on the dependence of and subordination to medicine. The search for legitimacy through science made midwives less aware of the more emotional, invisible, and not measurable elements of care. Hierarchically depending on medical doctors and abandoning values linked to intuition, to hope, to trust, to listen, and to wait, removed part of the charisma midwives had before

As Carneiro (2008) notices, in the late XIX and early XX century only women with very low income gave birth at the hospital, due to its poor conditions. As some Portuguese cities grew demographically, there were more births at the hospitals, but wealthy women had their births at home. By that time, some licenced midwives, working independently, opened small birth clinics that followed sanitarian principles and were object of sanitary inspection, where the presence of a birth chair was mandatory. Today there are no midwifery led birth clinics and birth chairs were almost completely abandoned from midwifery and obstetric practice.

In 1919, a nursing degree started to be a pre-requisite for the midwifery education, and while this professionalization process was being developed, the image of the midwife as an independent and distinct professional faded and eventually disappeared. Nurse–midwives had diverse backgrounds, but certainly much more pathological orientated and more structured by the hospital and medical model of care

Nowadays, Midwifery is a post–graduate specialisation degree for nurses and despite the formal emphasis in a holistic and health-centred approach, nurses and nurse–midwives' education is highly structured by hospital and pathological-centred practices Carneiro (2008). Nurse–midwives are legally autonomous,⁶ but many of those competences have little or no actual application. Even so, as showed by figure 4, at least in the last two decades, roughly a third of all births have been assisted by nurse–midwives.

As showed before, in Portugal the tradition of home births lasted until the 70's. By the same time, national perinatal health indicators had poor results, including infant mortality. It is important to notice that the 70's were a stage for the end of the longest dictatorship regime in Western Europe, which had left Portugal with a delay of 40 years in terms of the development of health and education for all.

⁶ The Regulation no. 127/2011 of February 18th legally declares the competences of the Specialist Nurse in Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nursing. An english version of this Regulation can be found at:http://www.apeobstetras.org/docs/Reg_127_2011_EN.pdf.

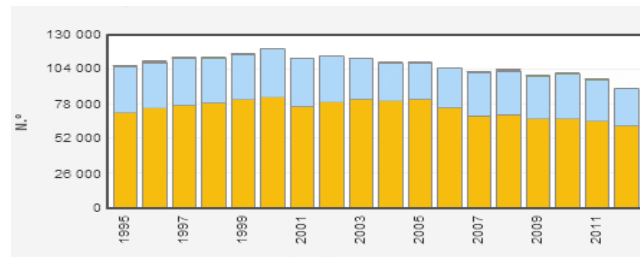


Figure 4 – Birth assistance by medical doctors (yellow) and nurse-midwives (blue)

Source: National Institute of Statistics.
Available at: www.ine.pt

After the regime was over, a national health system has been settled, inspired by the United Kingdom's National Health System, and better health care, better hygiene, and better education started to be available for all citizens. In a sanitarian attempt to reduce infant mortality, births have been driven to the hospitals. In 1970, the rate was 55.49‰, in ten years it dropped to 22.2‰ and it has been dropping ever since, reaching 3.37‰ in 2012 (figure 5).

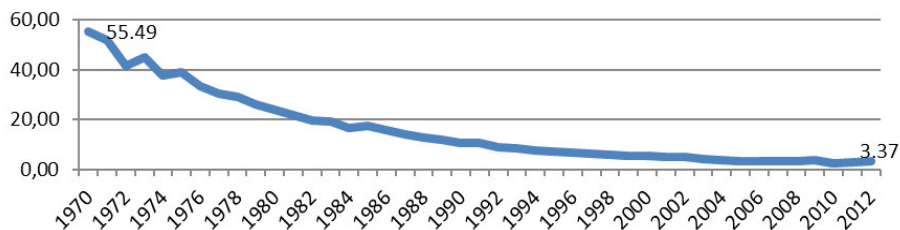


Figure 5 – Infant mortality rate (‰) from 1970 to 2012

Source: National Institute of Statistics.
Available at: www.ine.pt, accessed in 09/05/2013

It could be said this institutionalization movement was successful, but it hides the fact that better hygiene, better and longer education, better access to health care, and better antenatal care, among other factors, played an important part of these changes in maternal and infant health outcomes (Santos, 2012). Although infant mortality rate is limited when aiming to assess the outcomes of homebirths, rather than perinatal and maternal mortality rates Olsen and Clausen (2012), the memory of an active nation-wide effort to reduce it is still very present among health professionals and decision makers. When discussing the legitimacy of home births, this effort is frequently used as an argument against this option.

At the present time, in Portugal, there is no legislation that mentions home birth, but although almost invisible, they are not illegal or highly criminalised. Nevertheless, it is an option only available in the private sector – i.e. a woman

has to hire a midwife and pay all the expenses – as the State does not support this option. This marks the first inequality, as not all women can afford to pay for a private midwife or medical doctor, and thus not all can choose the circumstances where they give birth.

There is only one formal document related to home births, from 2012, produced by the *Ordem dos Enfermeiros* – the official organization that regulates the access to the profession and the practice of nurses, nurse-midwives and midwives in Portugal – but it is very brief, with only two pages and with little evidence support.⁷ The *Ordem dos Enfermeiros* published this document together with a press-release highlighting «specialist nurses in Maternal Health and Obstetric Nursing are the best qualified health professional in Portugal to attend a normal delivery and do not work under medical supervision».⁸ Apparently, it was not written aiming to be a guideline, but rather as a response to the neighbour association of medical doctors – *Ordem dos Médicos* – who said nurses promoting home births were people unskilled, with no or little qualifications to attend home births autonomously and much less to assist the new-born.

One could question why this is an important issue, if there are so few cases of home births. But in fact, being a minority demands an even more responsible and rational assessment. Even though the good results on infant and other mortality rates should be appraised, they cloud the morbidity and the long-term iatrogenic effects of the hospitalization of birth, and of the overuse of interventions both to mother and child. In fact, in 2010, the episiotomy rate in Portugal was roughly 70%, half of the births were instrumental (i.e. by caesarean, forceps or vacuum extraction) and 36% of all births were caesareans (Euro-Peristat, 2013). Looking closer to this problem, from the point of view of who decides and plans a home birth, we see that for some of the parents who planned a physiological birth at home, there was either an attempt to escape this instrumentalisation of birth, as mentioned before, or a previous traumatic experience at the hospital (Santos, 2012).

Even when wanting a hospital birth, it might be difficult to find an institution where the informed consent is respected. One of the women interviewed in the study above tried to negotiate a birth plan with several hospitals in 2009, stating what she would want to be done, like freedom to move and to walk during labour, and freedom to choose the position to give birth; and some intervention she would refuse to have, like an episiotomy without her consent. Despite her rights, no institution assured it would be respected, which can be seen as a particular example of the unethical behaviour found in many Portuguese hospitals regarding the informed consent. Facing this, she decided a homebirth.

In a different case from the same study, a woman described a disturbing experience at the hospital in her first childbirth, in 2004:

[In my first birth] I was at home until the expulsion period, right? I went to the hospital already in an ambulance. And I had positions,

⁷ Informação/recomendações à grávida/casal quando desejam um parto nodomicílio [Information/recommendations to a pregnant woman/couple when they want a birth at home]. Available at: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2012/Recomendacao_MCEESMO_localparto_Mar2012_VF.pdf

⁸ My translation. The full version in Portuguese is available at: www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Partosemcasamotivamcampanhadedesinforma%C3%A7%C3%A3osobrecompet%C3%A2nciasdososenfermeirosespecialistas.aspx.

somewhat strange positions, right? Because I had freedom of movements. And I felt that it was extremely violent, for me, laying me down and asking me to push. I thought it.. I didn't feel that it, you know?... I spent all labour in the position I wanted, I felt that it was completely anti-natural, that position, for me. I felt that, well, there were things there that were not natural, it's not what our body asks for. And I don't know if also because I was such a long time alone, right? (...) The fact that they laid me down. So much that I was... I don't know, I... Well, I was so concentrated that I wanted to get up by force! They had to... They tied me so I wouldn't get up, so I would stay down, you know? And this, for me, was...

Although circumstantial, this data reveals coercion. Due to this experience, she planned a home birth in her second pregnancy.

Side by side with these tensions and uncertainties, there are informal networks of women, health professionals (mainly nurse-midwives and doulas, but also doctors) that connect across the country, building subjective and somewhat difficult ways of access for women and couples who wish for a home birth. Some professionals could be 2 or 3 hours away from the birth setting and in some cases they arrived in an advanced stage of labour or after birth. The referral system is also inexistent. A hospital transfer was seen as one of the most relevant risks for woman who plan a home birth (Santos, 2012).

The rarity of home births and the professional interventionist model of care in most hospitals transformed some normal situations and minor problems in reasons for intervention. In this context, having a hospital transfer during or after a planned home birth can be highly condemned and there is a great fear of reprisal.

Besides, as it is a private service, if a transfer should occur, it is reasonable to assume some influence, even if very little, of the payment over this decision, both for couples and caretakers. And when a transfer occurred or the professional missed to be on time, it was not always clear how the payment was supposed to be made.

This general invisibility of practices, networks and health outcomes specifically related to home birth raises inequalities between women who plan a home birth and the ones that plan a hospital birth. The access, the validation of practices, and the backup support is offered differently: for women who choose to have a hospital birth there is better access to health care, with fewer barriers and fewer constraints; wider discussions and centralized regulation concerning practices; and more efficient and adequate backup support.

Home birth in Denmark: a path towards equality

There are significant differences between Denmark and Portugal when looking at the professional culture in birth revealed by perinatal health indicators, like episiotomy and caesarean rates. For instance, in Denmark, in 2010, the same year mentioned for Portugal, the episiotomy rate was 4.9% (the lowest known in Europe), there were 29% of instrumental births (i.e. caesarean, forceps or vacuum extraction), 22% of all births were caesarean, and 71% were uninstrumented vaginal deliveries (Euro-Peristat, 2013). In addition, by interviewing

midwives, both from training and from practice, and observing different professional settings also revealed a general view of birth as a natural, simple, and positive event. Despite the good results in these indicators, in some of the interviews there was a clear concern about the unmeasured consequences of labour induction and the use of misoprostol and oxytocin in Danish maternity care – which highlights the salutogenic and non-pathogenic paradigm within midwives' professional culture.

In fact, midwifery is a direct-entry university degree, without the pre-requisite of a nursing degree. The curricula are mainly health-focused and women-centred. According to the Guidance for Midwives, their practice is legally autonomous,⁹ like in Portugal, but in Denmark this legal framework has been completely implemented in practice. These are important factors affecting the way home birth is accepted and supported. As Susanna Houd¹⁰ mentioned, «the thread of home births never broke» and it led to policy changing. Currently, the *Sundhedsloven*¹¹ (the Danish Health Act – Act No. 913 of 13/07/2010, Chapter 18, § 83), in a free translation, states:

County Council provides preventive health consultations by a midwife and the help of a midwife at home.

Formal competences of midwives in both countries are in fact similar, but in Denmark midwives are not only allowed to prescribe and administrate medication in the case of emergent complications, but they are also allowed to independently acquire some medication from a pharmacy for the practice of home births, including oxytocin for the treatment of post-partum haemorrhage, carbocain for a perineum anaesthesia, and vitamin K for the new-born. Additionally, the informed consent is of great importance, both in practice and formally: the Guidance states that all women who wish for a home birth have the right to midwife assistance, even in the case of complicated pregnancies – in this case, midwives have to inform about possible adverse outcomes and complications, and have to recommend hospital birth, but still need to provide midwifery care at home according to the woman's decision, without the risk of litigation in the case of a severe complication that clearly could not be appropriately solved due to the limitations of the home birth setting.

The existence of a legal obligation for each region to provide public midwifery care at home sets the ground for better access, more formal practices, and more visible networks and health outcomes for this minority option. This was possible mostly because of the singularities of the national context, the research, the families' demands, and several movements of consumers, women, midwives and other health professionals. In the 70's, with a new professional organisation, formal arrangements were carried out so that midwives, who were independent professionals with inconstant incomes, could become public employees, hired by the State. In the 80's, Susanna Houd and Susanna Wilding were part of an

⁹ The Guidance for Midwives establishing their formal competences can be found in Danish at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21704>.

¹⁰ Susanna Houd is a charismatic Danish midwife who is seen as highly responsible for the revitalisation of home births in Denmark. She was a member of the World Health Organisation and has been involved in midwifery education and professional movements in several countries.

¹¹ Available at: <http://www.retsinformation.dk>.

emblematic movement called the Free Midwives, reintroducing and reinventing the concept of independent midwifery with the settlement of a free-standing «shop» in Copenhagen for home birth organisation and assistance, with very good health outcomes and high levels of satisfaction among users. It is recalled today as a milestone in the history of home birth services in the country.

In 2007, a local government reform was carried out in Denmark, merging municipalities and changing the 14 counties into 5 regions (figure 6), with autonomy in the management of health care services. One of the subsequent measures was the extinction of some smaller hospitals, and the centralisation of secondary care in major hospitals – in 2010, about a quarter of all birth happened in units with 5000 birth or more (Euro-Peristat, 2013).

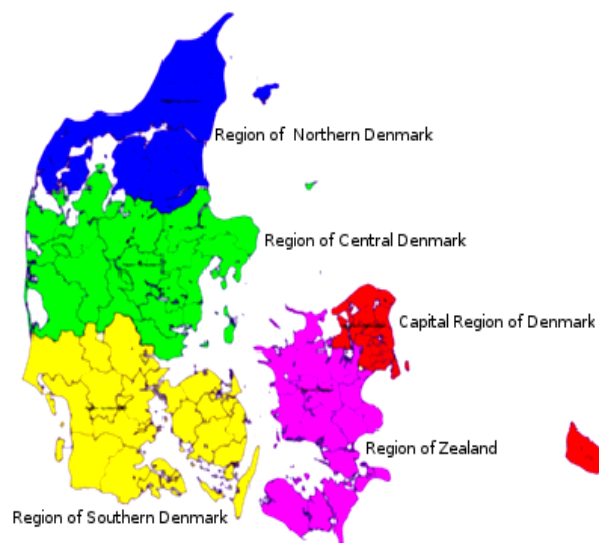


Figure 6 – Regions in Denmark after 2007

Source: The Danish Centre for Urban History
Available at: <http://byhistorie.inet-designer.dk/>

This was a very controversial decision: some Danish midwives and scholars I interviewed argued that it had shredded institutional cultures by merging services; it was reducing the quality of specialized care, now at a greater travel distance; and, for what maternity care is concerned, it was discretely promoting a medicalised and interventionist culture in hospital births, similar to what happened in Portugal during the maternity institutionalisation movement.

A closer look to the particular system of two of these regions allows a better understanding of some of the singularities of the Danish home birth assistance system. There were existing differences across the country regarding the implementation and organization of home birth services and, due to the regional autonomy, they were maintained after 2007. The Capital Region of Denmark and the Region of Zealand show different models and can be used as examples for a comparison with the Portuguese situation.

In the Capital Region of Denmark, which includes Copenhagen, there are

midwives assigned to home births within the midwifery teams in the public hospitals. Midwives are hired by the State and work at the hospital, in the maternity ward, and when it is necessary, one goes to the woman in labour, at home.

By visiting Rigshospitalet, a central hospital in Copenhagen, and interviewing home birth midwives from this city, it was possible to learn about the dynamics of home births teams at the hospital and to discuss its limitations. In 2013, there were 112 home births (table 1) within a total of around 6000 births.

	Home births	Transfer rate
Primiparous	58	38,9%
Multiparous	54	12,5%
Total	112	

Table 1 – Rigshospitalet home births in 2013
(hospital data collected in field notes)

Some midwives reported it could be difficult to cope with the uncertainties of such dynamic, for a team at the hospital, as it was unpredictable when one of the midwives on duty had to leave the hospital ward to attend a home birth. In Rigshospitalet, there are teams of 12 midwives in each shift. If a home birth occurs they become 11, and if the midwife who leaves is following a woman in labour, someone else has to continue for her and the woman in labour at the hospital has to be introduced to a different midwife.

However, when asked about alternatives and solutions, there was a positive common vision that because this system is supporting the safety and sustainability of home birth assistance in Copenhagen, it is something that makes the organizational and personal efforts worth it. Moreover, working simultaneously in home care and hospital care was regarded as an advantage, because midwives could develop skills both in physiological and pathological birth, which can better prepare them to evaluate or assist home birth complications and transfers, at the same time as it helps keeping «normal births normal at the hospital». When there was motivation for home birth assistance, altering between these two paradigms seemed to trigger individual activism in the promotion of physiological birth in hospital settings.

In the Region of Zealand the model is quite different.¹² The coincidence of particular, historical, and personal conditions has ignited the political awareness of the relevance of home birth services in that region. There are now private midwives exclusively dedicated to home birth who are publicly funded for each birth they assist. They are independent workers, but parents don't have to pay for home birth assistance – midwives are paid and reimbursed directly by the State. They are in teams of 2, each team serving a sub-region: South, North, East and West Zealand. This system is referred by some midwives and scholars from other regions as an example of good practice in home birth care in Denmark, and home birth rate in this region is one of the highest in the country: about one third of all Danish home births happen in this region and the transfer rate is around 12% in average.

¹² Further information can be found at: <http://www.hjemmefoedsler.dk/>.

Visiting the Region of West Zealand was a valuable way of contacting home birth midwives in their context of practice, and participating in a «Home Birth Café» – a meeting where parents-to-be can meet their midwives and other parents, to share experiences and doubts about home birth. When talking to some parents, in the end of the Café, and asking what they would change in the present system, it was hard to find answers – parents said they recognised the excellence of this system with words like «luxury», «safe», «comfortable», «easier», «close and personalised», and «continuous». In the particular context of West Zealand, where there are good relationships with the hospital teams, in the event of a transfer the midwife at home follows the woman in labour to the hospital and, in some cases, continues the assistance there.

Midwives in Zealand shared the positive vision of birth with other midwives interviewed. However, they recognise that being entirely dedicated to home births improves their experience and their skills in evaluating and assisting complications at home, which reduces the transfer rates.

Despite the differences, across the country these services have to be available. There are no evident inequalities between women who choose home births and the ones who plan a hospital birth. There are established practices and guidelines, formal networks both in practice and research. According to perinatal indicators in Europe, health outcomes in Denmark are good, both alone and compared with other European contexts (Euro-Peristat, 2013), and from informal interviews conducted with couples and professional, despite some of the concerns mentioned above, there seems to be a feeling of general satisfaction with the way the system of home birth assistance is organized.

Concluding comments

Private home births, in Portugal, and public home births, in Denmark show interesting similarities when looking at the individual experience of choosing and planning a birth at home. However, exploring organisational differences between these two countries reveals important inequalities.

Despite the decision of the European Court of Human Rights on the woman's right to choose the circumstances of birth; the adverse iatrogenic effects of unnecessary obstetric interventions; and the evidence discussing the safety of home births in singleton low-risk pregnancies, this is an option only available for a limited group of families in Portugal. While being private raises financial barriers, the inexistence of regulation and institutionalised networks of practice and research restricts the quality of care provided in home births.

Home births have always happened and will continue to happen. These inequalities and the thus emerging ethical issues should be discussed not only at an academic level, but also at a broader social and political level. Examples of successful practices and organisations, like the ones described in the Danish context, could be used as ground for the discussion and the change of policies in Portugal, promoting ethical and evidence-based practice among professionals and the improvement of health outcomes for families who rationally and reflexively plan a home birth.

References

- Carneiro, M. (2008), *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação: séculos XV–XX [Helping birth: midwives, obstetric knowledge and training models: XV–XXth centuries]*, Porto: UP.
- European Court of Human Rights - ECHR (2002), *European Convention on Human Rights*, Strasbourg: ECHR. Retrieved from http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.
- European Court of Human Rights -ECHR (2011), *Case of Ternovszky vs. Hungary – Application no. 67545/09*. Retrieved from <http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-102254>.
- Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report – Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Retrieved from <http://www.europeristat.com>.
- Foucault, M. (1978), *The history of sexuality, Vol. 1., The will to knowledge*. London: Penguin Books.
- Hřešánová, E. (2010), «The moralities of medicine and birth care in the Czech Republic» in *Anthropology Journal*, Vol. 17, No. 1, pp. 65–86. Retrieved from <http://community.dur.ac.uk/anthropology.journal/vol17/iss1/hresanova.pdf>.
- Olsen, O., and Clausen, J. (2012), «Planned hospital birth versus planned home birth» in *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012*, No. 9. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/pdf/standard>.
- Santos, M. (2012), *Nascer em casa: a desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português [Born at home: the reflexive deinstitutionalisation of birth in the Portuguese context]*, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Retrieved from <http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/4684>.
- Viisainen, K. (2000), «The moral dangers of home birth: parents' perceptions of risks in home birth in Finland» in *Sociology of Health & Illness*, Vol. 22, No. 6, pp. 792–814. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00231/abstract>.

Las representaciones sobre las mujeres inmigrantes bolivianas en el sistema público de salud en Mendoza: el rol de las instituciones sanitarias en la reproducción de desigualdades de género

*Gabriela Maure**

Objetivo General

Conocer las representaciones que se construyen sobre las mujeres inmigrantes bolivianas en hospitales y centros de salud públicos de la provincia de Mendoza, y comprender los modos en que estas representaciones contribuyen a profundizar desigualdades de género.

Objetivos Específicos

- Analizar cuáles son las representaciones sobre las mujeres inmigrantes bolivianas que tienen los/as médicos/as y enfermeros/as de hospitales y centros de salud públicos en la provincia de Mendoza.
- Identificar los elementos que los/as profesionales de la salud consideran que se encuentran en la base de los malestares y enfermedades de las mujeres inmigrantes bolivianas, en relación a los problemas más frecuentes por los cuáles estas mujeres concurren al sistema público de salud en Mendoza.
- Comprender sobre la base de qué criterios los/as profesionales de la salud construyen el sentido de legitimidad de demanda de atención médica de las mujeres inmigrantes bolivianas.
- Analizar como median las determinaciones de género y étnicas en la construcción de dichas representaciones.
- Comprender cómo las determinaciones de género se articulan con las problemáticas de salud que enfrentan las mujeres inmigrantes bolivianas

*Becaria de la Escuela de Salud Pública de Mendoza Universidad de Lanús;
Centro de Salud N.º 39 de Ugarteche, Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza:
✉ gabymaure@gmail.com

Antecedentes

El cono sur se ha caracterizado por la existencia de un sistema migratorio en el cual la Argentina ha sido un polo de atracción para los/as inmigrantes sudamericanos/as, especialmente de países limítrofes (Balan, 1985). Este proceso de transformación de la población inmigrante hacia Argentina comienza a observarse a partir de los años 50, época en la que se produce una disminución de los flujos ultramarinos (Bologna, 2010). Si bien la participación de las mujeres ha estado presente en todas las épocas de la historia inmigratoria argentina, este fenómeno ha sido comúnmente invisibilizado, tanto desde ámbitos académicos como políticos (Magliano, 2009a,b). La construcción histórica de representaciones de las mujeres identificadas con las tareas de reproducción, la maternidad, el espacio privado y la familia como proyecto de vida (Parella Rubio, 2003), genera una idea de las mujeres como sujetos pasivos y dependientes que migran sólo en el contexto de un proyecto familiar para continuar cumpliendo tareas reproductivas en el país de destino, desconociendo las distintas dimensiones que involucra, y ha involucrado históricamente, la intervención de las mujeres en los movimientos migratorios.

Desde las últimas décadas, la distribución geográfica de los/as inmigrantes bolivianos/as en Argentina tiene a la ciudad y a la provincia de Buenos Aires como principales destinos. Siguen en orden de frecuencia Jujuy, Salta y Mendoza. Esta última, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 recibió al 8% del total de los/as inmigrantes bolivianos que llegaron al país, los/as cuales constituyen el principal grupo migratorio en Mendoza para ese mismo año (Censo Nacional de Población y Vivienda, 2010).

La población de mujeres inmigrantes bolivianas en Argentina se ha ido incrementando en los últimos años. En 1980 por cada 100 varones bolivianos residentes en la Argentina había 81 mujeres, para el año 2001 esta cifra ascendía a 99 (Cerrutti, 2010). A nivel nacional los datos demográficos indican que se trata en su mayoría de mujeres en edad reproductiva, con maternidad precoz, que han formado familia tempranamente y con bajos niveles educativos (CEPAL, 2010). Se observa asimismo que un amplio conjunto de mujeres bolivianas en Argentina se encuentran en situación de precariedad laboral y, por tanto, no cuentan con cobertura de salud prepaga u obras sociales (Cerrutti, 2010). Es decir que las mujeres inmigrantes bolivianas acuden para la atención de su salud y la de las personas que tienen a cargo, fundamentalmente a las instituciones públicas, sobre todo hospitales y centros de salud. En el caso de Mendoza, según el Censo 2010 hay 13.320 mujeres bolivianas viviendo en la provincia (el 48,9% del total de inmigrantes bolivianos) de las cuales el 78% se encuentra en la franja etaria entre 15 y 64 años.

Las relaciones entre migración y salud en la Argentina han sido abordadas recientemente por las ciencias sociales, como consecuencia de la mayor visibilidad que ha adquirido la inmigración de países limítrofes en el área Metropolitana de Buenos Aires y en respuesta a argumentos xenófobos sobre una supuesta sobreutilización de los servicios de salud por parte de esta población. Pero, y contradiciendo esta apreciación, al tratar el tema de la salud de las mujeres inmigrantes bolivianas en Argentina, los datos aportados en los documentos elaborados por la CEPAL dan cuenta del alto grado de vulnerabilidad general en la que se encuentran las mujeres jóvenes inmigrantes de frontera, y de un acceso limitado a los servicios de salud. En el trabajo *Migración y salud en*

zonas fronterizas (CEPAL, 2010), se señala que los problemas específicos que afectan a las mujeres inmigrantes bolivianas en materia de salud tienen que ver con obstáculos estructurales y prácticas discriminatorias. Se resalta también desde el punto de vista normativo el hecho de que a pesar de existir, tanto en el plano de las migraciones, como de la salud y de la discriminación de género, instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes nacionales que brindan amplia protección a las poblaciones inmigrantes, en la práctica su aplicación y cumplimiento son deficientes.

En este punto se despierta mi interés en conocer cómo las representaciones, que portan los/as médicos/as y enfermeros/as del sistema de salud pública, sobre las mujeres inmigrantes bolivianas en hospitales y centros de salud de Mendoza, median en la forma de abordar las situaciones que traen a dichas instituciones las mujeres, y cómo estas representaciones profundizan las desigualdades de género, teniendo en cuenta las desigualdades de clase, la discriminación cultural y el racismo.

Mi trabajo durante 4 años en un hospital público de la provincia de Mendoza, me permite plantear una serie de preguntas: En relación con los/as médicos/as y enfermeros/as de hospitales y centros de salud públicos de la provincia de Mendoza: ¿cuáles son las representaciones sobre las mujeres inmigrantes bolivianas que tienen? ¿Qué elementos (de género, culturales, raciales, sociales) consideran que se encuentran en la base de los malestares y enfermedades de las mujeres inmigrantes bolivianas? ¿Cuáles son los criterios para considerar legítimas las demandas de atención médica de las mujeres inmigrantes bolivianas?

En relación con las mujeres inmigrantes bolivianas: ¿cuáles son los problemas más frecuentes por los cuáles concurren al sistema público de salud en Mendoza? ¿Cómo influyen sus condiciones de vida (materiales, culturales, raciales, de género) en las formas en que demandan atención sanitaria? ¿Cómo se articulan las determinaciones de género, étnicas y culturales con las problemáticas de salud que enfrentan?

Y en el vínculo entre ambos nos preguntamos: ¿cómo median las determinaciones de género y étnicas en la construcción de las representaciones que porta el sistema de salud sobre las mujeres inmigrantes bolivianas? ¿Cómo median esas representaciones en la calidad de atención?

La investigación *Salud y migración regional* (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006) muestra, entre otras cuestiones, las dificultades para acceder a la atención médica a partir de la condición de regularidad/irregularidad del/la inmigrante. Hace referencia también a actitudes discriminatorias por parte de los prestadores y por último analiza en qué formas las diferencias culturales afectan la relación entre los inmigrantes y los diferentes actores del sistema de salud, en cuanto se trata de relaciones que «son conflictivas y tensas, y que abarcan dimensiones culturales, económicas, administrativas, de política pública, de relaciones internacionales y de derechos humanos» (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006)). Este trabajo y el de Mombello (2006) ponen de manifiesto las iniciativas desarrolladas tanto en ámbitos públicos como privados e institucionales, en las cuáles la salud es conceptualizada desde una perspectiva de diálogo intercultural. La perspectiva intercultural surgida en los años 90, pero que alcanzó mayor auge en los últimos años, es entendida como un conjunto de prácticas destinadas a crear puentes entre la medicina «tradicional» y «moderna» a fin de superar «barreras culturales» entre proveedores y usuarios/as indígenas (Aizenberg, 2011). Desde esta perspectiva también se ha problematizado la cuestión de las migra-

ciones regionales y el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes bolivianas en Argentina.

También resultan relevantes los aportes de Marcela Cerrutti. En su libro «*Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la argentina*» (Cerrutti, 2010), la autora brinda información sobre los principales problemas de salud y el perfil de las mujeres provenientes de Bolivia, y aporta una mirada no siempre abordada: las percepciones de los efectores de los servicios de salud sexual y reproductiva en relación con la atención de mujeres oriundas de dicho país. Si bien el trabajo se desarrolla en hospitales públicos de la zona de Jujuy y Buenos Aires, permite pensar que muchos de los discursos provenientes de los/as médicos/as o enfermeros/as con respecto a la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres inmigrantes bolivianas, se construyen a partir prejuicios cargados de los estereotipos de género y racismo dominantes en el imaginario social.

Sobre la problemática de la inmigración boliviana en Mendoza, se encuentra el trabajo de Cristina García Vázquez (García Vázquez, 2005) donde se realiza un estudio etnográfico de los/as inmigrantes bolivianos/as en la provincia de Mendoza y se exploran, primero, los factores objetivos y subjetivos que intervienen en el proceso migratorio, para adentrarse después, en el conjunto de creencias, valores y prácticas socioculturales que los bolivianos reproducen y transforman cuando habitan en un lugar diferente al de su origen. Aunque no se aborda la situación particular de las mujeres.

En el rastreo bibliográfico realizado hasta el momento, observamos que son escasos los trabajos que abordan la cuestión de la relación entre salud y mujeres inmigrantes bolivianas en Mendoza, desde una perspectiva de género. Este trabajo intenta ser un aporte en este sentido.

En síntesis: esta investigación se propone profundizar en el debate sobre las articulaciones entre salud pública y mujeres migrantes, desde una perspectiva de género. Se pretende realizar un aporte tanto para el área de las ciencias sociales, los estudios de género como en los campos disciplinares relacionados con la salud pública.

Marco conceptual

Las teorías que explican las migraciones se han focalizado en las desigualdades económicas entre países como motivación principal para migrar. Estos enfoques han asumido una perspectiva pretendidamente neutral con respecto a la especificidad del género en las migraciones, ya perfilado en la misma palabra «migrante» (Cacopardo, 2002). Fue con el desarrollo de los estudios de las mujeres, a partir de los 70, que se comenzó a poner de manifiesto las particularidades de las migraciones femeninas en relación a las diferencias de género y a los roles esperados de las mujeres en las distintas sociedades.

La introducción del enfoque de género en los estudios migratorios ha permitido corregir las generalizaciones que se han hecho sobre los sujetos migrantes y reconocer el género como un principio básico que subyace en la movilidad humana (Tapia, 2010). La mirada generizada en los procesos migratorios ha demostrado cómo las relaciones de género, los roles y jerarquías tanto en las sociedades de origen como de destino influyen el proceso migratorio y producen resultados diferenciales para varones y mujeres. En este marco, es importante el

aporte metodológico del trabajo de Grieco y Boyd (1998) para analizar las migraciones en clave de género. Estas autoras utilizan lo que ellas llaman «un marco analítico en tres etapas» para analizar la relación del género y migraciones: la etapa pre-migratoria, el acto mismo de migrar y la etapa post-migratoria. Las etapas a su vez se subdividen en un número de áreas en las cuáles el género ha demostrado tener una influencia importante en los comportamientos migratorios.

Coincidimos con Mallimaci en que la utilización de una mirada generizada sobre los procesos sociales ha permitido tomar distancia de las categorías binarias clásicas (varón-productor-público-activo-móvil/ mujer-reproductora-privado-dependiente-sedentaria) que dificultaban una comprensión más compleja del movimiento migratorio de las mujeres (Mallimaci, 2011). Otro aporte importante que ha supuesto la incorporación de la perspectiva de género al estudio de las migraciones es el que han realizado Tienda y Booth al plantear que si bien las migraciones y la participación económica de las mujeres pueden ser factores que transformen las relaciones de género, éstos no necesariamente implican un beneficio para las mujeres (Tienda y Booth, 1991).

En este sentido la perspectiva de género es útil para explorar las diferencias fundamentales en las experiencias migratorias de mujeres y hombres, y es imprescindible para comprender de manera acabada las representaciones sociales que se generan de los sujetos. Moscovici define a las representaciones sociales como «sistemas de valores, ideas, imágenes y prácticas que nos ayudan a comprender nuestro mundo» (Moscovici, 1975) es decir que no constituyen simplemente opiniones acerca de, imágenes de, o actitudes hacia, sino que implican teorías o ramas del conocimiento con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad (Farr, 1984). En este sentido, me interesa indagar en torno a cómo actúan las representaciones sobre las mujeres inmigrantes bolivianas presentes en los espacios de salud pública, en los vínculos que se establecen entre estas y los/as profesionales de la salud.

Supuesto de sentido

Partimos de algunos supuestos de sentidos según los cuales a la hora de concurrir a los centros de salud y hospitales, las mujeres inmigrantes bolivianas se encuentran con una serie de obstáculos estructurales y prácticas discriminatorias: se desconoce que algunas enfermedades y experiencias en relación al cuidado del propio cuerpo tienen una estrecha relación con las condiciones materiales de vida, culturales y de género de las mujeres (viviendas precarias, hacinamiento, condiciones de trabajo que les impiden asistir a los controles de salud, etc.); se ignoran las relaciones asimétricas de poder que se construyen al interior de las familias y que determinan en muchas situaciones las formas en que las mujeres atraviesan determinadas experiencias vitales que las ponen en contacto con el sistema de salud; y se deslegitima el derecho a la atención sanitaria con discursos que se centran en supuestos de sobreutilización de los servicios de atención del sistema público de salud.

Es decir que si bien existe un marco legal que establece que todo inmigrante tiene derecho a la atención sanitaria en igualdad de condiciones que un/a ciudadano/a nativo/a, desde las instituciones de salud pública muchas veces se privilegian una serie de prejuicios de género y culturales a la hora de atender a

las mujeres inmigrantes bolivianas.

Metodología y actividades

Para explorar las representaciones sociales que se construyen sobre las mujeres inmigrantes bolivianas en el sistema público de salud y el rol de las instituciones sanitarias en la reproducción de desigualdades de género, se ha optado por un diseño metodológico de tipo cualitativo. La conveniencia de esta metodología responde a las características inherentes al objeto de estudio. Mi formación en las ciencias médicas, me permitirá incorporar, a las herramientas mayormente cuantitativas y de registro de atención que he ido adquiriendo; estrategias metodológicas de investigación cualitativa provenientes de las ciencias sociales.

En cuanto a las técnicas de recolección de datos se utilizará la entrevista en profundidad a informantes clave, la observación, los grupos de discusión y análisis de documentos como leyes y programas específicos.

Inicialmente el plan de trabajo incluirá a profesionales de la salud (médicos/as y enfermeros/as) que trabajan en los servicios de Clínica Médica y Ginecología-Obstetricia del Hospital Lagomaggiore, en la ciudad de Mendoza, y en dos centros de salud públicos de áreas periféricas a la Ciudad de Mendoza (Guaymallén y Godoy Cruz); como así también a mujeres inmigrantes bolivianas adultas (mayores de 16 años para el sistema de salud) que concurran a dichas instituciones. Se recurrirá también a datos secundarios procedentes de fuentes estadísticas oficiales.

Referências

- Abel, L. y Caggiano, S. (2006), «Los inmigrantes y el acceso a la salud en una población de frontera», in Jelin, E. (dir.), *Salud y Migración Regional: Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural*, Buenos Aires: IDES.
- Balan, J. (1985), *Las migraciones internacionales en el Cono Sur, Proyecto de Migración Hemisférica*, Universidad de Georgetown (CIPRA) y Comité Intergubernamental para las Migraciones (CIM), Buenos Aires.
- Balan, J. (1990), «La economía doméstica y las diferencias entre los sexos en las migraciones internacionales: un estudio sobre el caso de los bolivianos en Argentina» en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, N.º 15-16.
- Benencia, R. y Karasik, G. (1995), *Inmigración limítrofe: los bolivianos en Buenos Aires*, Buenos Aires: CEAL, Biblioteca Política Argentina.
- Bologna, E. (2010), *Migraciones Internacionales*, Vol. 5, N.º 3.
- Cacopardo, M. (2002), «Mujeres migrantes y trabajadoras en distintos contextos regionales urbanos», in *Papeles de Población*, N.º 34, Toluca: CIEAP/UAEM.
- CEPAL (2010), *Serie Población y desarrollo. Migración y salud en zonas fronterizas: el estado plurinacional de Bolivia y la Argentina*, N.º 93.

- Cerrutti, M. (2010), *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*, Buenos Aires: PNUD-CENEP-UNFPA.
- Courtis, C.; Liguori, G. y Cerrutti, M. (2010), *Migración y Salud en zonas fronterizas: El estado Plurinacional de Bolivia y Argentina*, Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA.
- Donato, K.; Gabaccia, D.; Holdaway, J.; Manalansan, M. y Pessar, P. (2006), «A Glass Half Full? Gender in Migration Studies» en *International Migration Review*, Vol. 40, N.º 1.
- Farr, R. (1984), «Las representaciones sociales» in Moscovici, S., *Psicología social II – Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Barcelona – Buenos Aires – México: Paidós.
- García Vázquez, C. (2005), *Los migrantes. Otros entre nosotros: Etnografía de la población boliviana en la provincia de Mendoza, Argentina*, EDIUNC.
- Grieco, E. y Boyd, M., (1998), «Women and Migration: Incorporating Gender into International Migration Theory» in *Working Papers*, Florida State University, College of Social Science.
- Jelin, E.; Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006), «¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios de salud» in Jelin, E. (dir.), *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural*, Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- Magliano, M. (2009a), «Migración, género y desigualdad social. La migración de las mujeres bolivianas hacia Argentina» in *Revista Estudios Feministas*, Vol. 17, N.º 2.
- Magliano, M. (2009b), *Mujeres Migrantes, Estado y desigualdad social: la política migratoria argentina desde una perspectiva de género en Migraciones y política. El Estado interrogado*, UNCórdoba.
- Magliano, M. (2013), «Los significados de vivir “múltiples presencias”: Mujeres bolivianas en Argentina» in *Revista Migraciones Internacionales*, N.º 24.
- Mallimaci, A. (2011), «Migraciones y géneros. Formas de narrar los movimientos por parte de migrantes bolivianos/as en Argentina» in *Revista Estudios Feministas*, N.º 3.
- Mombello, L. (2006), «Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional» in Jelin, E. (dir.), *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural*, Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- Morokvasic, M. (1984), «Birds of Passage are also Women» in *International Migration Review*, Vol. 18, N.º 4.

Moscovici, S. (1975), *Introducción a la psicología social*, Barcelona: Editorial Planeta.

Parella Rubio, S. (2003), *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Anthropos Editorial.

Tapia, M. (2010), «Género y Migración: trayectorias investigativas en Iberoamérica» en *Revista Encrucijada Americana*, Año 4, N.º2.

Tienda, M. y Booth, K. (1991), «Gender, Migration and Social Change» in *International Sociology*, Vol. 6, N.º 1.

A saúde das mulheres imigrantes idosas

*Bárbara Bäckström**

Resumo

A partir de um estudo em curso, iremos analisar alguns dos testemunhos recolhidos junto de uma população de idosos imigrantes, com mais de 65 anos, para darmos a conhecer alguns aspectos acerca da saúde das mulheres imigrantes idosas.

O projeto explora várias dimensões e aspectos da vida dos idosos imigrantes, nomeadamente o tema da saúde, as questões do cuidar, das rotinas dos idosos imigrantes, aspectos relacionados com o retorno e com a ligação ao país de origem. Um dos objectivos é perceber os canais utilizados para proporcionar bem-estar, cuidados aos idosos e a relação com a saúde.

Uma hipótese é que a nível local podem responder mais rápido à realidade social em mudança de políticas nacionais, porque está mais próximo das necessidades dos idosos imigrantes.

Como questões particulares relacionadas com o tema da saúde temos a preocupação de compreender como estão os idosos imigrantes a desenvolver estratégias para aceder ao estado providência / assistência? Quais são as necessidades sociais emergentes dos idosos imigrantes? Quais são os serviços informais alternativos ou voluntários de assistência aos idosos imigrantes? E o que fornecem?

Para explorar isto, é preciso olhar para o cuidar/cuidados, o papel das redes sociais na garantia de cuidados e bem-estar disponível e escolhas de estilo de vida. Tentamos perceber quais as provisões locais de assistência social, as respostas institucionais locais para com os migrantes. Vamos realizar entrevistas com os principais intervenientes a nível local, atores locais que representam as instituições que prestam serviços sociais (setor público, privado e terceiro). iremos mapear as instituições que oferecem essa assistência ao nível local, os tipos de prestações sociais (saúde, benefícios sociais, cantinas, creches e assim por diante), a população abordada (pessoas carentes, migrantes idosos, idosos em geral). Pretendemos entrevistar os representantes dessas associações locais e informantes privilegiados que trabalham no terreno e lidam com esta realidade. No que diz respeito aos idosos imigrantes, estamos a realizar entrevistas em profundidade. As entrevistas concentram-se nas estratégias que os idosos imigrantes usam no acesso a assistência e apoios e as questões do cuidar. Até ao momento temos 21 entrevistas realizadas, das quais 12 são de mulheres.

As entrevistas estão a ser feitas em dois locais, junto de duas associações de imigrantes que lidam com os aspectos da saúde: A AJPAS,

*Departamento de Ciências Sociais e de Gestão, Universidade Aberta. Investigadora do CEMRI – Universidade Aberta: ✉ barbara.backstrom@uab.pt

no Casal da Mira e a Prosaudesc com os utentes dos Terraços da Ponte. Iremos dar conta dos seguintes aspectos da sua saúde:

A forma como as pessoas percebem o seu estado de saúde, que doenças dizem ter, o que fazem quando têm algum problema de saúde, onde vão ao médico se precisarem, se recorrem a algum lugar para pedir apoio, quem costuma ajudar, se a família e os vizinhos ajudam.

Optámos por uma metodologia qualitativa através de entrevistas semi estruturadas e o tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas.

Palavras-chave: mulheres imigrantes; saúde dos imigrantes; idosos imigrantes.

Introdução

A novidade deste tema deriva do novo desafio demográfico que precisa ser estudado e discutido de forma comparativa e orientada. Apesar de sua importância, este assunto continua a ser bastante marginal nos estudos de migração e em gerontologia.

O fenómeno do envelhecimento da população migrante requer novas pesquisas para evitar estereótipos, como o de retratando migrantes como um fardo para os países de destino.

A diversificação demográfica da população coloca em questão a lógica nacional dos sistemas de bem-estar, que tendem a restringir os direitos e benefícios aos cidadãos. A migração traz uma pressão de baixo para cima para modificar a noção de membro da sociedade, cidadão, e o direito de benefícios sociais.

Só na década de 2010, o envelhecimento da migração ganhou alguma visibilidade na agenda política e científica em Portugal. Apareceram pela primeira vez no II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010–2013). Em 2010, houve o estudo de Machado e Roldão (2010), bem como o estudo de Marques e Ciobanu (2012) em 2012. A edição especial da revista *Migrações* também foi publicado em 2012 sobre a Imigração e o Envelhecimento Activo Machado e Roldão (2010).

O tema dos imigrantes idosos é muito recente. Os poucos estudos sobre migrantes e envelhecimento concentram-se na saúde e condições de vida, a migração de retorno, os serviços de cuidados para os idosos e a migração como estilo de vida, *lifestyle migration*.

Nos finais do século XX, a imigração em Portugal alterou-se quer em quantidade, quer em termos de origens. Portugal tem hoje cerca de meio milhão de imigrantes que representam cerca de 10% da população ativa e cerca de 5% da população residente. Os imigrantes são oriundos de mais de 150 países dos quatro cantos do mundo e falantes de cerca de 230 línguas maternas e dialetos diferentes (Pires, 2010; Rocha-Trindade, 2001; Valente Rosa, Seabra e Santos, 2004). A partir de 2000, assistiu-se a uma viragem do panorama da imigração em Portugal observando-se mudanças a três níveis: diversificação da origem dos fluxos e alteração do peso relativo dos imigrantes, diferenciação no seu perfil e definição de novos padrões de dispersão territorial. Miranda (2009) acrescenta ainda um quarto nível com o aumento significativo da imigração feminina a solo. A literatura existente tem privilegiado uma perspectiva masculina dos trajectos

migratórios, no entanto tem vindo a crescer o número de mulheres a emigrar sozinhas. Foi possível identificar dois principais padrões migratórios: as mulheres integradas num projecto familiar e mulheres que migram sozinhas (Wall, 2008). Também no estudo de Malheiros, Padilla e Rodrigues se conclui que disparou substancialmente a imigração feminina, não só em termos quantitativos mas em termos de mudança dos papéis desempenhados antes pelos homens (Malheiros, Padilla e Rodrigues, 2010).

No final de 2010, a população estrangeira residente em Portugal totalizava 445.262 cidadãos. De acordo com o relatório do SEF de 2010 houve um decréscimo de imigrantes residentes em Portugal face ao ano precedente que quebra a continuidade do crescimento da comunidade estrangeira em Portugal nos últimos anos. Como nacionalidades mais representativas surgem o Brasil, Ucrânia, Cabo Verde, Roménia, Angola e Guiné-Bissau, sem que se verifiquem alterações em termos das dez principais nacionalidades. O Brasil mantém-se como a comunidade estrangeira mais representativa, com um total de 119.363 residentes. A Ucrânia permanece como a segunda comunidade estrangeira mais representativa (49.505), seguida de Cabo Verde (43.979), Roménia (36.830), Angola (23.494) e Guiné-Bissau (19.817 cidadãos) (SEF, 2010). Segundo o INE, da população imigrante residente em Portugal a 31 de Dezembro de 2010 (445.262), 85,47% estava em idade activa (idades compreendidas entre 15 a 64 anos), 10,21% eram jovens (com menos de 15 anos de idade) e 4,32 % idosos (65 e mais anos de idade).

Se em Portugal o envelhecimento da população é uma tendência e já é uma realidade preocupante, o envelhecimento da população imigrante ainda é muito residual (Instituto Nacional de Estatística, 2010). Na maioria (em oito) das populações estrangeiras (romenos, russos, moldavos, guineenses, angolanos, santomenses, chineses e franceses), o número de pessoas idosas não chega a equivaler a 1/5 do número de jovens. Cidadãos de Espanha e do Reino Unido, pelo contrário apresentam níveis de índices de envelhecimento superiores aos da população, quer portuguesa, quer residente estrangeira em Portugal. O envelhecimento da população total residente em Portugal, embora tivesse sido bastante significativo na década de 90, ainda teria sido maior se não existissem os efectivos de nacionalidade estrangeira que são mais jovens onde predominam os indivíduos em idade activa (Valente Rosa, Seabra e Santos, 2004).

Existem diferentes categorias de imigrantes em Portugal e tal como há heterogeneidade dentro da imigração, também o há no grupo de imigrantes seniores. Distinguímos os imigrantes laborais que vieram em busca de uma vida melhor e que, entretanto com o passar dos anos, envelheceram no lugar de destino (são na maioria provenientes das ex-colónias portuguesas de África e os mais antigos imigrantes residentes em Portugal), os imigrantes, cidadãos do norte da Europa que emigraram para Portugal após a reforma, os retornados ou «dúplios emigrantes» (imigrantes portugueses, que saíram e retornaram ao país de origem após uma vida de trabalho no estrangeiro) e os imigrantes seniores que se reúnem à família, essencialmente indivíduos dependentes que seguem os filhos emigrantes ou membros da família e vieram no processo de reunificação familiar ou para tratamentos médicos. Em cada categoria existem distinções de nível socioeconómico, género, ocupação, cidadania e participação na sociedade civil. Em termos de correntes migratórias, também existem fluxos diversos e cronologicamente mais antigos ou mais recentes.

Existem, por exemplo, dentro da categoria dos imigrantes seniores os que

envelhecem no lugar de destino, os que só vêm a Portugal por razões médicas e aproveitam a rede de suporte social que aqui têm para tratar das questões de saúde, consequência do reagrupamento familiar. Outros chegam, também, ao abrigo de acordos e convenções bilaterais, em matéria de saúde, celebrados entre o Estado português e os seus países de origem. Assim, tornam-se utilizadores regulares, ou potenciais, dos cuidados dispensados pelo Sistema Nacional de Saúde Português (Estrela, 2009).

Uma parte dos migrantes reformados, tal como alguns migrantes laborais, pode, durante vários anos, circular entre origem e destino, pondo em prática o que alguns chamam «estilos de vida transnacionais». Mas essa mobilidade vai-se reduzindo com o tempo, com a entrada na quarta idade, e muitos acabam por ficar definitivamente no país onde decidiram viver a velhice. Os que envelhecem nos países de acolhimento e os que migram depois de reformados constituem os dois tipos principais de migrantes idosos nas sociedades recetoras. Mas não são os únicos. O primeiro estudo sobre o tema em Portugal detetou uma terceira situação, distinta das anteriores, que é a das pessoas idosas, principalmente mulheres, que migram para se juntarem a filhos e netos nos países de destino (Machado e Roldão, 2010).

Os cabo-verdianos são o grupo imigrante com mais idosos e o mais antigo em Portugal (Machado e Roldão, 2010). Todas as outras populações imigrantes são comparativamente mais recentes e só a partir de 1974–1975 começaram a ter alguma expressão estatística e incluem menos idosos. De acordo com Machado, entre 2001 e 2005 foram contabilizadas 1.310 entradas de idosos africanos, o que representa um acréscimo de cerca de 10% em relação ao efectivo existente em 2001 (13.070).

Nos países europeus ocidentais que receberam migrações laborais massivas nas décadas de 60 e 70 do século XX há hoje contingentes consideráveis de imigrantes idosos, que provavelmente não regressarão à origem e se somam às populações envelhecidas desses países. Para dar só um exemplo, o número de estrangeiros com 60 ou mais anos na Alemanha passou de menos de 100 mil, em 1970, para mais de 700 mil em 2002. O que já é visível há um pouco mais de tempo em França, na Alemanha, no Reino Unido ou na Suíça, começa agora a emergir em Portugal. Dos países da Europa do Sul, que só mais tarde se tornaram recetores de migrantes, Portugal é o primeiro a assistir à formação de uma categoria de migrantes que envelheceram no país.

Segundo o Relatório estatístico do SEF para 2010, verifica-se o predomínio de títulos emitidos a cidadãos do sexo feminino, designadamente nos casos do Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, China, Moldávia e Angola (Bäckström e Castro-Pereira, 2012).

Segundo Trovão e Ramalho (2010), a feminização pode-se contabilizar em termos de taxas de crescimento por género entre 1999 e 2007. Por exemplo, no caso da Guiné-Bissau a taxa de crescimento deste fluxo migratório rumo a Portugal entre estes dois períodos foi 51 % para os homens e 111% para as mulheres.

No estudo de Machado e Roldão (2010) encontramos os dados demográficos para as imigrantes idosas em Portugal, sendo a esperança média de vida maior nas mulheres que nos homens, passando estas a ser as mais cuidadas na velhice. As mulheres morrem mais tarde e encontram-se em maior proporção.

Em relação à saúde e imigração, o processo migratório pode constituir por si um factor de risco para a saúde, podendo potenciar maior vulnerabilidade em

relação a problemas de saúde (Carballo et al., 1998). De acordo com Fonseca, Esteves e McCarrigle, em [Topa, Nogueira e Neves \(2010\)](#) existe um elevado desconhecimento do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde mais acentuado no caso das mulheres. No artigo de [Topa, Nogueira e Neves \(2010\)](#) e dentre os factores que mais condicionam a migração e o seu impacto e que podem levar a condições de desigualdade para os imigrantes estão as políticas de saúde que determinam o acesso a cuidados médicos e de saúde para os imigrantes.

Em termos de políticas de saúde dirigidas a imigrantes, é de conhecimento geral que esse direito está regulado no Despacho N.º 25 360/2001 ([Bäckström, 2009; Pussetti et al., 2009](#)). Os estrangeiros com e sem autorização de residência devem exibir o comprovativo da sua área de residência no primeiro caso e, no outro, têm de pedir um atestado de residência na junta de freguesia, comprovando que moram em Portugal há mais de 90 dias. Em termos de pagamentos dos serviços de saúde do SNS, quem efetue descontos para a Segurança Social faz os pagamentos em condições de igualdade com os cidadãos nacionais, pagando a «taxa moderadora», de acordo com as taxas em vigor. Aos que não efetuem descontos para a Segurança Social poderão ser cobradas as despesas realizadas de acordo com as tabelas em vigor, excetuando se alguém do seu agregado familiar efetuar os descontos. Para além deste despacho, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa têm ainda acordos de cooperação com Portugal para assistência médica a cidadãos dos PALOP. A assistência médica, em Portugal, tem constituído um dos eixos estratégicos importantes no reforço da cooperação internacional no domínio da saúde (DGS, 2010).

A utilização dos serviços de saúde depende muito do estatuto jurídico em Portugal, conhecimento do sistema de saúde e a forma de acesso. O SNS é aberto e acessível.

Qualquer um que esteja registado pelas autoridades pode usar os centros de saúde (USF). Contudo, como no resto da Europa, existem listas de espera para as especialidades. Também muitos idosos imigrantes ficam sem médico de família.

Em geral os imigrantes idosos utilizam o centro de saúde da sua área de residência.

Portugal tem igualmente os acordos de cooperação em matéria de saúde com os PALOP. Também existe o PADE do ACIDI que se destina aos estrangeiros doentes.

Pessoas idosas que necessitem cuidados médicos raramente participam neste programa porque teriam de viver em casas de acolhimento durante o tratamento. As pessoas preferem ficar nas suas casas. Existe igualmente falta de conhecimento sobre os direitos e deveres. Se alguém tiver mais de 65 anos pode ter acesso ao complemento de idoso, recebendo um documento da segurança social de forma a que o idoso fique isento das taxa moderadoras. Se as pessoas não souberem isto terão de pagar 30 euros por uma consulta bem como custos adicionais para exames complementares. Isto para certas pessoas é complicado e acabam não utilizando os serviços de saúde

Perante o constrangimento do Estado, a sociedade civil tem assumido cada vez mais responsabilidades preenchendo as lacunas, deficiências e omissões estatais ([Padilla, 2013](#)).

Tentámos neste estudo compreender as formas que são utilizadas no cuidar, no cuidar do idoso em geral, e no cuidar em termos de saúde e doença, em particular.

Na interação entre a saúde dos imigrantes idosos e o envelhecimento dos imigrantes, deve se ter em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo ao longo da vida, nomeadamente, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos. Deve-se integrar uma abordagem que respeite as especificidades do género tendo em conta não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, a construção dos papéis sociais que dão forma à identidade, ou seja, uma abordagem segundo o género permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem.

Num estudo anteriormente realizado (Bäckström, 2012) no caso das mulheres de dois grupos sociais, as do grupo popular dizem sentir-se mal com a vida que têm, porque estão doentes, porque perderam familiares. Não foram observadas grandes diferenças por género, a não ser os casos em que se percebe que os homens estão mais preocupados do que as mulheres com a estabilidade do emprego e a falta de dinheiro, enquanto as mulheres se preocupam sobretudo com a saúde. O grupo popular associa saúde a aspetos fisiológicos e o grupo de elite encara a saúde e a doença enquanto fenómenos mais globais e externos aos indivíduos. Também se verifica que as diferenças eram menos evidentes quando se comparam os homens e as mulheres do que as que encontramos quando comparamos os dois grupos socioeconómicos.

Existem já alguns trabalhos sobre a saúde das mulheres imigrantes (Dias, Rocha e Horta, 2009). O estudo parte da intersecção entre o fenómeno crescente da migração de pessoas através do globo e a saúde sexual e reprodutiva e seus impactos no desenvolvimento social e no bem-estar de indivíduos e comunidades. A literatura indica uma maior vulnerabilidade das mulheres em termos de saúde do que as mulheres do país de acolhimento. Falta de oportunidades, pobreza, limitado acesso aos serviços públicos, discriminação e exposição à violência, incompreensão de suas necessidades específicas e desconhecimento de seu sistema de crenças e valores são algumas das condições que aumentam a fragilidade das mulheres migrantes na sua relação com a saúde. Entre as mulheres africanas foi valorizado ter um grande número de filhos, aspiração que lhes parecia difícil de realizar em Portugal, por motivos económicos e debilidades das redes sociais de apoio. A falta de documentação, o desconhecimento dos seus direitos e dificuldades relacionadas com a organização dos serviços.

Um outro estudo é o coordenado por Padilla, «*Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*». O projecto tem por questão central a «cidadania de saúde» dos imigrantes e das mulheres grávidas como primeiro passo para a promulgação dos direitos de cidadania em Portugal.

Portugal reconhece o direito dos migrantes ao Sistema Nacional de Saúde independentemente da sua situação legal. No entanto, na prática vários obstáculos são conhecidos, como a língua, problemas de comunicação, falta de informação, a competência cultural dos profissionais de saúde e resistências administrativas. Este estudo analisa o papel da cultura, a desigualdade e exclusão social na saúde das mulheres imigrantes grávidas e dos cuidados de saúde materna.

Há imigrantes idosos que desconhecem por completo os seus direitos. O II Plano para a Integração dos Imigrantes decidiu apostar no combate à vulnerabilidade socioeconómica dos idosos imigrantes, divulgando o apoio institucional

disponível. Destaca-se como novidade a intervenção junto dos idosos imigrantes, uma população que sofre por vezes de uma dupla exclusão (ACIDI, 2010).

A área de intervenção dedicada a medidas junto dos idosos imigrantes aposta no combate à vulnerabilidade socioeconómica através da divulgação das respostas institucionais disponíveis e que a maioria desconhece, divulgando os apoios sociais, os direitos decorrentes das contribuições feitas para a segurança social e as formas de acesso aos mesmos, não só em Portugal mas também nos países de origem e na União Europeia, cujo acesso é por vezes dificultado ou mesmo impossibilitado por desconhecimento das formas de acesso (ACIDI, 2010). A população imigrante ainda está maioritariamente concentrada numa faixa etária jovem e ativa. Apesar disso, a intervenção no futuro deverá ser no sentido de dar aos idosos imigrantes, que vão sendo cada vez em maior número, acesso a informação útil, dando-lhes a conhecer os seus direitos. Muitos desconhecemos e até poderiam, por exemplo, ter direito a ser cidadãos portugueses (porque reúnem as condições para tal), sem nunca terem procurado adquirir a nacionalidade, o que lhes daria acesso a benefícios sociais e apoios, apesar da atual conjuntura ser desfavorável e o caminho ser o do gradual desaparecimento do Estado Providência e de um Estado social, uma menor proteção, o fim das reformas e pensões para as gerações futuras e mesmo para as que estão ainda no ativo. É muito importante analisar para agir, no sentido de entendermos o que se pode e deve fazer como respostas a estas novas realidades.

As populações imigrantes mais antigas em Portugal – oriundas essencialmente dos PALOP – estão a chegar primeiro à terceira e quarta idade no nosso país, apresentando fatores de vulnerabilidade que requerem particular atenção do Estado português (e.g. instabilidade de carreiras contributivas, baixas reformas ou inexistência de direitos a pensões, desconhecimento dos mecanismos de proteção social) que justificam a tomada de medidas a curto e a médio prazo.

Metodologia

O objectivo da análise é observar as questões da saúde das imigrantes idosas. Optámos por uma metodologia qualitativa através da realização de entrevistas semi estruturadas para recolha da informação. O tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas e na identificação de diferenças e semelhanças entre as mulheres.

O projeto explora entre outros aspectos as diferenças nas políticas de bem-estar em dois municípios e os canais utilizados para proporcionar bem-estar, cuidados aos idosos e saúde. Uma hipótese é que a nível local podem responder mais rápido à realidade social em mudança de políticas nacionais, porque está mais próximo das necessidades dos idosos imigrantes.

Como questões particulares relacionadas com o tema da saúde temos a preocupação de compreender como estão os idosos imigrantes a desenvolver estratégias para aceder ao estado providência/assistência? Quais são as necessidades sociais emergentes dos idosos imigrantes? Quais são os serviços informais alternativos ou voluntários de assistência aos idosos imigrantes? E o que fornecem ?

Para explorar isto, é preciso olhar para o cuidar/cuidados, o papel das redes sociais na garantia de cuidados e bem-estar disponível e escolhas de estilo de vida. A hipótese é de que os migrantes são agentes ativos.

Tentamos perceber quais as provisões locais de assistência social, as respostas institucionais locais para com os migrantes. Vamos realizar entrevistas com os principais intervenientes a nível local, atores locais que representam as instituições que prestam serviços sociais (setor público, privado e terceiro). Gostaríamos de identificar as instituições que oferecem essa assistência ao nível local, os tipos de prestações sociais (saúde, benefícios sociais, cantinas, creches e assim por diante), a população abordada (pessoas carentes, migrantes idosos, idosos em geral). Pretendemos entrevistar os representantes dessas associações locais e informantes privilegiados que trabalham no terreno e lidam com esta realidade. No que diz respeito aos idosos imigrantes, estamos a realizar entrevistas em profundidade. As entrevistas concentram-se nas estratégias que os idosos imigrantes usam no acesso a assistência e apoios e as questões do cuidar. Até ao momento temos 21 entrevistas realizadas, das quais 12 são de mulheres.

As entrevistas estão a ser feitas em dois locais, junto de duas associações de imigrantes que lidam com os aspectos da saúde: a AJPAS, no Casal da Mira e a Prosaudesc com os utentes dos Terraços da Ponte. Iremos dar conta dos seguintes aspectos da sua saúde: a forma como as pessoas percebem o seu estado de saúde, que doenças dizem ter, o que fazem quando têm algum problema de saúde, onde vão ao médico se precisarem, se recorrem a algum lugar para pedir apoio, quem costuma ajudar, se a família e os vizinhos ajudam.

Optámos por uma metodologia qualitativa através de entrevistas semi estruturadas e o tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas.

Este estudo apresenta limitações. Os casos que escolhemos estudar são apenas os de frequentadores de duas associações locais de apoio ao imigrantes. As mulheres aqui representadas têm todas um perfil sócio-económico baixo e vivem em contextos de grande vulnerabilidade sócio-económica e moradoras em bairros de realojamento/habitação social. Deveria perceber-se como é o caso das não frequentadoras destas associações (atualmente existe seguramente um número muito significativo de idosos imigrantes que assumem um importante papel na vida ativa das suas comunidades e existirão outros, que pela fragilidade provocada por doenças, permanecem confinados em casa, onde a solidão está presente), comparar com mulheres imigrantes idosas de outros perfis sócio-económicos e ainda falta comparar com os homens que entrevistámos.

Resultados

Ambos os fenómenos, envelhecimento e migrações, têm sido intensamente estudados, mas raramente a interação entre estes dois processos fora analisada, e esta é uma realidade que necessitamos conhecer e acompanhar em Portugal.

Perfis das mulheres idosas

São mulheres entre os 65 e os 80 anos (65 anos, com mais de 65 anos (não sabe a idade), 68 anos, 70 anos (3), 72, 73, 76 anos, 77 anos (2), 80 anos); têm como nacionalidades a portuguesa e caboverdiana, 3, só Cabo verdiana 5, só portuguesa 2, natural de Cabo verde e de Moçambique, agora portuguesas e de São Tomé 2.

A nacionalidade atual é maioritariamente cabo verdiana (8), portuguesa (2) e São Tomense (2).

Em termos de situação legal/jurídica têm a situação regular (Autorização de residência, BI ou residência comunitária). Três não tem documentos, não tem a situação regularizada.

Estas mulheres fizeram o ensino primário completo e incompleto, ou nunca andaram na escola. Já em idades mais avançadas 3 mulheres fizeram cursos de alfabetização, uma andou na escola na igreja e uma delas andou num curso de cozinha.

A maioria veio trabalhar como empregada doméstica, nas limpezas. Uma numa torrefação de café e outra trabalhava na copa de um café.

As mulheres que chegaram há menos tempo nunca trabalharam e duas vieram expressamente para tratamento.

Quatro mulheres declararam estar reformadas com pensões mínimas entre os 200 e os 372 euros. No entanto a maioria não recebe nenhuma reforma nem pensão.

Todas elas tiveram filhos, entre 2 (1), 3 filhos (2, sendo que num dos casos, teve 3 filhos mas 1 morreu, tem 1 rapaz e 1 rapariga), 5 filhos (morreu 1, ficou com 4, 6 filhos (já tinha 4 filhos lá, teve mais 2 cá), 7 filhos (teve 5 filhos lá e 2 aqui (entretanto faleceram 2 filhos)), 7 filhos (uns em CV e outros em Portugal, veio sozinha, grávida do 5º filho, nasceram 6, um foi um aborto, um morreu, ficou com 5 filhos), 8 filhos (nasceram 8 filhos, morreu 1 filho, 2 holanda, 2 em cabo verde, 3 em Portugal; teve 8 mas morreram 2, ficaram 6), 10 filhos (nasceram 10 e ficaram vivos 3 num caso e outra senhora teve 10 filhos, dos quais 2 já em Portugal).

A maioria veio sozinha para Portugal, principalmente as que chegaram há 40–42 anos atrás). Já tinham filhos no país de origem e vieram primeiro elas, só depois mandaram vir ou foram buscar lá os filhos. Algumas ainda vieram a ter mais filhos em Portugal. Quase todas elas deixaram lá os pais dos filhos de lá, e arranjaram outros homens em Portugal com quem vieram a ter mais filhos. Mesmo nesses casos, a quase totalidade das mulheres nunca viveu com os pais dos filhos, vivem apenas com os filhos e algum outro familiar (mãe, pai, pais delas). Três mulheres ficaram viúvas. Presentemente, nenhuma das mulheres está numa situação conjugal, com exceção de uma.

É muito frequente esta forma de agregado familiar em que as mulheres são mães solteiras e têm filhos de diferentes homens. Quanto aos filhos, neste momento quase todos estão imigrados em países diferentes, por isso distantes destas mães idosas.

Na maioria dos casos, pelo menos um dos filhos morreu e num caso extremo de uma senhora que teve 10 filhos, apenas sobreviveram três.

Em termos de rotinas e do dia a dia são pessoas muito sedentárias e pouco activas: *«passa o dia em casa, está sozinha só tem a filha, põe uma cadeira à janela e fica a ver. Em casa, limpa a casa, trata da roupa, cozinha»; «vai ao centro de dia passa lá o dia, vai passear, está sozinha»; «vai à rua ter com umas amigas»; «vai à igreja»; «não vai ao centro de dia porque tem de se pagar. Em casa faz, vai a casa da filha, de amigos. vai para a consulta durante a semana»; «faz passeios da igreja, com gente da igreja, vai a Fátima»; «ajuda, faz comida leva às vizinhas, vai visitar as vizinhas, vai à escola da igreja, curso de alfabetização»; «vai a casa de senhoras amigas, faz costura, faz para as pessoas amigas, sem pedir dinheiro».* Algumas mulheres cuidam de uma horta perto de

casa, vão a pé, fazem «movimentos». Todas referem ver televisão como uma das actividades mais frequentes, bem como arrumar e limpar, cozinhar, lavar a louça e tratar da roupa. Apenas num caso disse que ainda faz alguns trabalhos, passa a ferro para receber dinheiro. A condição socioeconómica atua no quadro de envelhecimento ativo a par com as condições de saúde e determina as atividades que os idosos desenvolvem, as quais dependem da categoria profissional e do nível de instrução.

Distinguimos nos casos que já pudemos analisar, mulheres imigrantes laborais que vieram em busca de uma vida melhor e que, entretanto com o passar dos anos, envelheceram no lugar de destino e as que vieram há menos tempo podem ser consideradas como o tipo de imigrantes seniores que se reúnem à família, essencialmente indivíduos dependentes que seguem os filhos imigrantes ou membros da família e vieram no processo de reunificação familiar ou para tratamentos médicos.

Os dados sugerem um processo de reagrupamento familiar específico, em que imigrantes inativos e idosos, vêm juntar-se às suas famílias imigradas em Portugal, em busca de melhores condições de assistência na velhice (Machado e Roldão, 2010; Marques e Ciobanu, 2012).

Foi possível identificar a migração feminina a solo enquanto o padrão predominante. No entanto podemos distinguir dois tipos de migração feminina. As mulheres que vieram há cerca de 40 anos chegaram sozinhas, muitas delas já tinham filhos e deixaram-nos no país de origem, reunindo se a eles posteriormente em Portugal.

Há as mulheres que vieram já idosas há 3, 4, 10, 12, 13, 14, 15 anos, vieram com filhos ou vieram juntar-se aos filhos que já são adultos, para serem elas a cuidarem delas e elas a cuidarem dos netos. Esta situação é a que foi identificada por Machado e Roldão (2010), que é a das pessoas idosas, principalmente mulheres, que migram para se juntarem a filhos e netos nos países de destino.

A razão é dupla. Por um lado, são pessoas que precisam do apoio da família na velhice; por outro lado, ainda estão em condições de darem elas próprias apoio à família na gestão doméstica quotidiana e no cuidado com as crianças.

Quase nenhuma destas idosas vive atualmente sozinha (vivem com filhos e netos, ou só com filhos, ou com os netos), apenas duas mulheres referiram viverem sozinhas.

Um dos principais motivos para virem para Portugal é a condição de saúde destas mulheres e a necessidade de fazer e operações. Nos restantes caso, vêm juntar-se aos filhos para os filhos tomarem conta deles.

Vimos também que nenhuma delas frequenta lares de idosos ou instituições que acolhem idosos, com excepção de uma idosa que frequenta o centro de dia da santa casa da misericórdia durante o dia porque fica sozinha, mas que vive com filho, nora e netos. Ela foi um dos casos que os filhos mandaram vir a mãe para ficar junto deles em Portugal, para eles poderem tomar conta dela em casa.

Os imigrantes idosos raramente recorrem a um dos tipos de prestação de cuidados formais (apoio domiciliário, lares ou centros de dia), sendo estes cuidados assegurados pelas mulheres das famílias. As mulheres asseguram o cuidar e uma presença contínua traduzida por serviços, bens e suportes materiais. Em Portugal, no caso dos imigrantes africanos, a rede de familiares e amigos já existente no país de acolhimento tem sido um dos fatores decisivos para a escolha do local de destino.

Saúde, recursos e apoios

Na saúde, todas com exceção de uma mulher referiram problemas de saúde, sendo os mais frequentes a tensão alta (5), diabetes (7), fazem dieta, colesterol (2), esquecem-se muito das coisas (2), sentem dores. estas são as doenças próprias da idade. Duas senhoras estão mal da vista, tem cataratas.

Algumas mulheres tiveram problemas de pernas, braços, anca ou coluna e foram operadas. sentem algumas dores e câibras.

Uma senhora queixa-se de alergias e asma mas tem desde que vivia em Cabo Verde e outra teve pneumonia e tem falta de ar.

Uma senhora relata um episódio já antigo de um problema que teve em cabo verde: tem uma doença, desde os 26 anos. pisou o chão quente, queimou não conseguia andar, consultas atrás de consultas.

Outra idosa queixa-se de um mal estar geral (sente se mal, não come, não apetece evacuar, tem dor de barriga, às vezes febre, não dorme bem com o frio. no mesmo sentido outra senhora dia que não tem a saúde muito boa (sente se mal disposta, dor de cabeça, não tem muito sono para dormir, a dor incomoda-a, fica cansada).

Três mulheres vieram para Portugal em tratamento. uma tinha úlcera, toma remédios, tentou operar a úlcera, ficou para tratamento; Outra caiu, fez operação e agora está à espera para operar ao útero, tem um mioma. A terceiro veio doente e para fazer tratamentos, tem dor na anca já fez exames, análises, raio x, marcou operação, quando foi tinha tensão alta não podia operar.

Uma senhora disse não ter nenhuma doença.

Ninguém referiu estar a sofrer algum problema de saúde mental. No entanto quando lhes perguntamos se está sozinha ou sente -se só? se sente que está isolada? sente se triste? deprimido? a maioria diz que sim, sente-se sozinhas, sentem-se triste, às vezes eu choro, mas mais à noite. «O que é que eu hei-de fazer? Esta não é a minha terra». Uma senhora diz que não sente nenhuma tristeza, já viveu tudo agora está bem. Uma diz que se sente sozinha mas não está triste. Duas senhoras sentem medo e não saem de casa, o bairro é perigoso.

Encontrámos um caso que está triste e a família trata mal a idosa, não lhe dá dinheiro e ela deseja regressar para cabo verde, lá tem muita gente e pode ir a casa das pessoas amigas. Aqui, apesar de ter sido chamada por um dos filhos para viver com ele, a mulher e os filhos, a senhora está a passar muito mal.

Quando têm algum problema de saúde, vão ao médico de família do centro de saúde (CS Damaia-Venda Nova, Alfovelos, Centro de saúde de Sacavém, Pontinha) ao Hospital a que pertencem (Amadora-Sintra, Curry Cabral, Santa Maria) ou a um hospital da especialidade (hospital ortopédico na parede, tratamentos na Clínica de Santo António para análises e exames), ou consulta de oftalmologia.

Quase todas médico de família, três senhoras não tem médico de família (são atendidas pelo médico que estiver disponível), uma delas também não tem cartão de utente, paga 5 euros (paga 5 euros porque vai pela filha, faz uma inscrição esporádica por cada consulta). Uma senhora diz que não vai ao médico, não tem médico. Foi ao hospital Beatriz Ângelo. foi de ambulância, porque caiu e partiu a anca.

Vão ao atendimento médico da AJPAS no bairro Casal da Mira para pedir análises e receitas para remédios. Quando perguntamos o que faz falta no bairro dizem que faz falta um centro de saúde no bairro, os médicos de família, um

lugar para conviver, um lugar ao ar livre para fazer comida no fogareiro, uma mercearia, uma papelaria, mais um café. Podemos aceitar a hipótese que a nível local podem responder mais rápido à realidade social em mudança de políticas nacionais, porque está mais próximo das necessidades dos idosos imigrantes.

Estas mulheres estavam ou na AJPAS ou na Prosaudesc e utilizam este recurso que é um serviço médico oferecido a estas populações, nos bairros e que dão apoio em matéria de saúde. É um recurso valioso e indispensável, dado não existir, pelo menos no bairro do Casal da Mira nenhum centro de saúde. Mesmo tendo Centro de saúde e médico de família, as pessoas preferem recorrer ao atendimento médico na AJPAS aos sábados de manhã porque fica ao lado de casa e porque não têm de se levantar de madrugada para garantirem uma consulta no centro de saúde a que pertencem, porque têm de esperar às vezes um mês por uma consulta e porque também é um serviço gratuito. Mesmo tendo de esperar durante algum tempo é sempre mais fácil e cómodo utilizar este serviço oferecido pela associação.

Mas para além destas vantagens de proximidade e destas associações seres uma excelente intervenção no âmbito da saúde a nível local muitos utentes também procuram ser ajudados pelas associações, mesmo não o declarando, por questões de falta de acesso aos medicamentos, tratamentos, dificuldades na marcação de consultas. Como refere [Padilla \(2013\)](#) a existência deste tipo de intervenções ou boas práticas no âmbito da saúde a nível local, são muitas vezes não sustentáveis ao longo do tempo pelo que acabam por ser interrompidas segundo a disponibilidade dos financiamentos.

Quem as ajuda quando estão doentes ou precisam de ir ao médico são os netos ou os filhos. Uma delas diz mesmo que a filha costuma ir com ela ao médico, quando não pode manda a neta, nunca vai sozinha porque não sabe o autocarro nem o caminho. Duas senhoras dizem que vão sozinhas às consultas (e vai cedo senão não encontra a consulta).

Os imigrantes idosos que estão reunidos com a sua família estão mais protegidos porque muitas vezes o principal apoio para os imigrantes é oferecido pelos membros das redes sociais às quais pertence, sejam elas as de origem ou as mais recentes, criadas na comunidade de acolhimento. A família e as pessoas mais próximas aparecem como recursos fundamentais nas relações com a pessoa idosa nas comunidades imigrantes. As famílias são muitas vezes o lugar primordial das trocas intergeracionais, de apoio e de cuidados.

Num estudo anteriormente realizado, em que se procurou entender a relação entre condições socioeconómicas, saúde e envelhecimento activo, identificaram-se as actividades relacionadas com o envelhecimento activo, a relação com a saúde, as estratégias utilizadas desse envelhecimento activo e os seus determinantes. Concluímos que as famílias são muitas vezes o lugar primordial das trocas intergeracionais, de apoio e de cuidados ([Bäckström, 2012](#)). As solidariedades familiares «informais» são uma forte fonte de entreaajuda e de trocas que contrabalançam com a solidariedade formal. Os tipos de ajuda e de «cuidar» entre os membros da família vêm colmatar as necessidades básicas de dificuldades de gestão de tempo, de espaço, de dinheiro, que as ajudas públicas não suplantam.

Relativamente ao retorno ao país de origem, a maioria não deseja voltar porque considera que aqui tem mais apoio do estado e melhores condições na saúde, para além de terem cá os filhos que cuidam delas. Uma senhora manifestou muita vontade de regressar porque não tem nada aqui, apesar de viver

na casa de um filho (sente-se muito sozinha e muito triste). Pediu ajuda ao programa de retorno voluntário. Outras têm casa construída lá, gostavam de voltar mas adiam esse projecto. Preferem ir lá visitar a família e voltar para Portugal, mas com o avançar da idade vão viajando lá. Duas senhoras pensam que a vida de uma pessoa em Cabo Verde é pior, não há trabalho, mas tem saudades. «*Cabo Verde com trabalho é uma terra cinco estrelas, mas com trabalho. Cabo verde é a melhor terra, nós terra*». Uma idosa disse que cá as pessoas são mais acarinhadas do que lá (neste caso em Moçambique), outra que gosta muito de estar aqui.

Todas concordam que em África uma pessoa idosa consegue fazer uma vida com mais qualidade, se tiver saúde e porque lá existe uma forte rede de apoio, são mais atentos, temos sempre família, aqui são pessoas conhecidas não é a família. Mas algumas mulheres precisam de estar em Portugal porque têm filhos ou netos dependentes a cargo e porque sentem que a saúde já não lhes permite o regresso: *Se a minha filha está cá eu estou bem aqui*.

Quase todas já lá voltaram algumas vezes depois de chegarem a Portugal, uma nunca voltou lá desde que veio (diz que vai um dia).

Como já foi referido noutros estudos, as razões para não regressarem para o país de origem são várias.

Muitos migrantes que chegam ao país de destino têm planos para voltar aos seus países de origem (o chamado «mito de retorno»), mas depois de viver no exterior por muitos anos acabam encontrando razões para ficar. Os idosos imigrantes vivem um conflito duplo. Eles sentem-se estrangeiros no país onde viveram por três ou quatro décadas, mas também se sentem estrangeiros no seu país de origem devido a uma grande distância, e o mito do retorno permanece, para a maioria, um mito.

Alguns deles estão tão familiarizados com a nova morada que preferem não investir por uma nova mudança, enquanto outros têm descendentes e sentem que são necessários para cuidar dos netos e também são cuidados pelas suas famílias e a rede que construíram. As vantagens que o país anfitrião oferece em termos de bem-estar e qualidade de vida em termos de acesso a uma melhor saúde para a maioria dos migrantes que chegaram nos anos 80 dos países africanos também são motivos para ficar.

A partir do cruzamento de dois eixos, o do envelhecimento e o da condição socioeconómica que tem num pólo a velhice pobre e no outro a velhice confortável, Machado identificou tipologias de envelhecimento ativo e socialmente integrado e envelhecimento inativo e socialmente isolado. No eixo relativo ao quadro de envelhecimento está a condição de saúde. Mais saúde contribui para um envelhecimento ativo e socialmente integrado e menos saúde contribui para um envelhecimento inativo e socialmente isolado, como em Machado e Roldão.

O padrão destas mulheres é o de uma baixa condição socioeconómica - velhice pobre e podemos afirmar que as mesmas encontram-se na tipologia de envelhecimento inativo e socialmente isolado.

Estas mulheres podem ainda enquadrar-se na categoria a que Machado e Roldão chamaram de «velhice pobre familiarmente integrada» ou pouco mas também se pode revelar alguma «velhice pobre socialmente enquadrada». São mulheres com fracos recursos económicos combinados com relacionamentos sociais mais restrito confinado quase totalmente à esfera familiar. Esta «integração» previne o isolamento e a precariedade.

É de realçar que em ambos os bairros, estas mulheres são provenientes de

bairros de barracas e que foram realojadas nas casas de habitação social.

Distingue-se a velhice pobre integrada familiarmente e socialmente pelos aspectos ligados a actividades da «vida social» e «fora de portas» (sair, conviver, ir à igreja, ir às compras, ser membro de uma associação, jogar às cartas com amigos e vizinhos, encontram-se com conterrâneos, ocupam-se das hortas) em relação a uma actividade mais circunscrita ao meio doméstico e rede familiar.

Encontrámos uma mulher apenas que pode ser considerada um caso de velhice pobre socialmente excluída, onde para além da falta de rendimentos existe a falta de apoio e de rede social, apesar dela viver com o filho, nora e netos, mas que a maltratam.

Estas mulheres são muito vulneráveis e pobres. São geralmente pouco participativas e activas nas questões de saúde. Recorrem aos cuidados de saúde primários em contextos essenciais e básicos. Se a visão da cidadania em saúde pode trazer oportunidades, pode também, tendo em conta segmentos de população sénior com fragilidades que lhes conferem maior vulnerabilidade e necessidades específicas, constituir-se como uma ameaça no que respeita ao acesso à saúde e exercício da cidadania em saúde da pessoa idosa. Estes grupos vulneráveis são mais alterados em saúde e têm mais dificuldade para aceder aos recursos da comunidade e do país, ou seja, de exercer a sua cidadania em saúde. Em relação à cidadania de saúde estas mulheres idosas não estão preparadas para se envolverem nas decisões em relação à saúde.

Seja pelo lado da condição socioeconómica seja pelo lado das relações de sociabilidade, os migrantes idosos podem envelhecer mais integrados ou mais à margem da sociedade de acolhimento. O estatuto socioeconómico, os tipos de sociabilidade com familiares, amigos e vizinhos e a condição de saúde – aspeto fundamental na velhice – são dimensões fundamentais para mapear os quadros de envelhecimento dos idosos em geral e dos idosos migrantes em particular e para equacionar a questão do envelhecimento ativo. Mais do que a idade em si mesma, o quadro de envelhecimento depende da condição de saúde. O que impõe a alguns idosos mais jovens um envelhecimento inativo é a doença e o que permite a alguns mais velhos um envelhecimento ativo é a saúde de que gozam.

Podemos concluir, que na generalidade, o perfil de saúde destas mulheres idosas imigrantes não se distingue muito do perfil das mulheres portuguesas na mesma situação de pobreza. São mulheres muito vulneráveis economicamente, as pensões que recebem são muito baixas porque descontaram menos do que os homens.

Também vamos ao encontro das conclusões de Machado, podendo afirmar que a integração social destas mulheres idosas é feita num enquadramento familiar, sendo a reunificação familiar um aspecto fundamental da qualidade de vida e na saúde mental e corporal destas mulheres imigrantes.

Referências

ACIDI (2010), *II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010–2013) – Resolução do Conselho de Ministros N.º 74/2010*.

ACIDI (2007), *I Plano para a Integração dos Imigrantes – Resolução do Conselho de Ministros N.º 63-A/2007*.

- Amado, N. (2008), *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos, sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*, Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Andrade, I. (2008), *Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*, Lisboa: ACIDI, Coleção Teses 21.
- António, S. (2010), *Avós e netos: relações intergeracionais, a matrilinearidade dos afectos*, 1ª Ed., Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Assis, M. (2005), «Envelhecimento activo e promoção da saúde: Reflexão para as acções educativas com idosos» in *Revista APS*, Vol. 8, N.º 1.
- Bäckström, B. (2012), «Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes», in *Revista Migrações*, N.º 10, Observatório da Imigração.
- Bäckström, B., Castro-Pereira, S. (2012), «A questão migratória e as estratégias de convivência entre culturas diferentes em Portugal» in *Rev. Inter. Mob. Hum.*, Brasília, Ano XX, N.º 38, pp. 83–100.
- Bäckström, B. (2011), «Comportamentos de saúde e doença numa comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa» in *Saúde e Sociedade*, São Paulo, Vol. 20, N.º 3.
- Bäckström, B. (2009), *Saúde e Imigrantes: As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*, Lisboa: Observatório da Imigração, Coleção Teses 24.
- Bäckström, B., Carvalho, A. e Inglês, U. (2009), «A nova imigração e os problemas de saúde em Portugal – O Gabinete de Saúde do Cnai enquanto um observatório para o estudo da saúde dos migrantes em Portugal» in *Revista Migrações*, N.º 4, Abril 2009, Observatório da Imigração.
- Bolzman, C., Fibbi, R., Vial, M. (2006), «What To Do After Retirement? Elderly Migrants and the Question of Return» in *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol. 32, N.º 8, pp. 1359–1375.
- D’Almeida, A. (2003), *O impacto da Imigração em Portugal nas contas do Estado*, Observatório da Imigração, 1, Lisboa: ACIME.
- Dias, S., Rocha, C., e Horta, R. (2009), *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*, Estudos OI 32, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).
- Direcção-Geral da Saúde, Circular Normativa (2004), *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, N.º 13/DGCG.
- Estrela, P. (2009), «A Saúde dos Imigrantes em Portugal» in *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 45–55, Dossier Multiculturalidade.

- Fernandes, A. (2008), *Questões Demográficas, Demografia e Sociologia da População*, Lisboa: Edições Colibri.
- Fernandes, A. (2007), «Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991–2001)» in *Análise Social*, Vol. XLII, N.º 183, pp. 419–443.
- Fernandes, A. (2007), «Dossier» in *Fórum Sociológico*, Edição N.º 17 (II Série).
- Fernandes, A. (2005), «Envelhecimento e Saúde: em foco» in, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, N.º 2, Julho/Dezembro, pp. 45–48.
- Fernandes, A. (2001), «Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida» in *Sociologia, Problemas e Práticas*, N.º 36, pp. 39–52.
- Fonseca, M. et al. (2007), «Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política», in Dias, S. (org.), *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde*, N.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 27–52.
- Instituto Nacional de Estatística (2010), *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*, Lisboa: INE.
- IOM, World Migration (2003), *Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move*, Switzerland.
- Lazear, K., Pires, S., Isaacs, M., Chaulk, P. e Huang, L. (2008), «Depression among low-income women of colour: Qualitative findings from cross-cultural focus groups» in *Journal of Immigrant and Minority Health*, N.º 10, pp. 127–133.
- Lima-Costa, M. e Veras, R. (2003), «Saúde pública e envelhecimento» in *Cadernos Saúde Pública*, Vol.19, N.º 3, pp. 700–701.
- Machado, F. e Roldão, C. (2010), *Imigrantes Idosos, Uma Nova Face da Imigração em Portugal*, Lisboa: Observatório da Imigração, Colecção Estudos 39.
- Malheiros, J., Padilla, B. (Coord.) e Rodrigues F., (2010), *Mulheres imigrantes empreendedoras*, Lisboa: Organização Internacional para as Migrações, Presidência do Conselho de Ministros e Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Marques, M. e Ciobanu, R. (2012), *Migrantes Idosos em Portugal*, Cascais: Príncipia.
- Massé, R. (1995), *Culture et santé publique*, Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Miranda, J. (2009), *Mulheres imigrantes em Portugal. Memórias, dificuldades de integração e projectos de vida*, Lisboa: Observatório da Imigração/ACIME.

- Nobre, S. (1993), *Emigration, Retour et Agriculture dans un village de Trás-os-Montes (Portugal)*, Tese de Mestrado, CIHEAM, Montpellier.
- Padilla, B. (2013), «Saúde dos imigrantes: Multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal» in *Revista Internacional de Mobilidade Humana*, Brasília, Ano XXI, N.º. 40, pp. 49-68.
- Paúl, C., (2005), «Envelhecimento activo e redes de suporte social» in *Revista Sociologia*, Porto: Faculdade de Letras.
- Peixoto, J. (2008), «A demografia da População imigrante em Portugal» in Lages, M. e Matos, A. (Coord.), *Portugal: Percursos de Interculturalidade*, 2, Lisboa: Acidi.
- Pires, R. (Coord.), (2010) *Portugal – Atlas das migrações internacionais*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Comissão Nacional para as Comemorações do Centenário da República e Edições Tinta-da-China.
- Pussetti, C. (coord.), Ferreira, J., Lechner, E. e Santinho, C. (2009), *Migrantes e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural*, Lisboa: Observatório da Imigração, Coleção Estudos 33.
- Rocha-Trindade, M. (2001), «História da imigração em Portugal» in *Janus 2001*, Anuário de Relações Exteriores, pp. 170-173.
- Ruspini, P. (2009), *Elderly Migrants in Europe: An Overview of trends, policies and practices*, University of Lugano (USI), Switzerland.
- Sardinha, J., Bäckström, B., Castro-Pereira, S., Campos, R. e Moreira, D., (2011) *Histórias Biográficas de Imigrantes em Lisboa*, Universidade Aberta: CEMRI, Lisboa.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2011), *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2010*, SEF/Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento).
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D., (2003) «Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa», *Revista de Saúde Pública*, Vol. 37, N.º 3, pp. 364-71.
- Topa, J., Nogueira, C. e Neves, A. (2010), «Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico» in *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, Vol. 41, N.º 3, pp. 366-373.
- Torkington, K. (2010), «Defining Lifestyle Migration» in *Dos Algarves – Revista da ESGHT/UAlg*, N.º 19, disponível *on-line* em www.dosalgarves.com/.
- Towsend, P., Black, D. (1992), *Inequalities in health: the Black Report*, London: Penguin.

- Trovão, S. e Ramalho, S. (2010), *Repertórios femininos em construção num contexto migratório pós-colonial: Dinâmicas familiares, de género e geração*, Lisboa: Observatório da Imigração/ACIDI, Estudo 42, Vol. 1.
- United Nations (2009), *Replacement migration: Is it a solution to declining and ageing population?*, Washington, D.C.: United Nations Population Division.
- Valente Rosa, M., Seabra, H. e Santos, T. (2004), *Contributos dos «Imigrantes» na Demografia Portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira*, Observatório da Imigração/ACIME, Estudo 4.
- Veloso, E. (2008), «A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002» in *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*, Lisboa.
- Wall, K. (2008), «Trajectórias de Mulheres Imigrantes em Portugal» in *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*, Lisboa.
- Warnes, A., Friedrich, K., Kellaher, L. e Torres, S. (2004), «The diversity and welfare of older migrants in Europe» in *Ageing and society*, Vol. 24, N.º 3, pp. 307–326.
- Williams, S., Gabe, J. e Calnan, M. (Eds.) (2000), *Health, medicine and society: key theories, future agendas*, London/New York: Routledge.
- World Health Organization (2005), *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, World Health Organization (trad. Suzana Gontijo) – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- World Health Organization (2002), *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, Madrid, Spain.

Outras referências:

- Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações 2012, disponível *on-line* em <http://ec.europa.eu/social/ey2012.jsp?langId=pt>.
- Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas, 2010, <http://www.ine.pt/>.
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Prioridades, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Vol. I – Prioridades, Lisboa, 2004, disponível em *on-line* em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf.
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Orientações estratégicas, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Vol. II – Orientações estratégicas, Lisboa, 2004, disponível *on-line* em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf.
- PORDATA, disponível *on-line* em <http://www.pordata.pt/>.

III

Policies and practices for the promotion of equity in maternal–child and women healths

Equidade, diversidade e participação dos cidadãos em saúde

*Cláudia de Freitas**

Resumo

A participação cidadã em saúde vem sendo advogada como um direito e uma importante prática da governação participativa. Esta é uma questão especialmente premente numa altura em que, como consequência do atual contexto de crise económica e de políticas de austeridade financeira, existe um maior risco de aumento das iniquidades em saúde, especialmente entre os segmentos mais vulneráveis da população. A incorporação das perspetivas dos cidadãos na governação da saúde tem inúmeros benefícios, incluindo a promoção da equidade em saúde e a viabilização de uma cidadania mais plena e ativa. Estes são, aliás, dois dos principais objetivos do atual Plano Nacional de Saúde. No entanto, apesar do enquadramento legal existente e das sucessivas manifestações de vontade para que se instituassem espaços participativos em Portugal, a participação cidadã em saúde é ainda muito incipiente no nosso país. Neste artigo, refletimos sobre como a participação cidadã pode fomentar um aumento da equidade em saúde e, assim, ajudar ao desenvolvimento de uma cidadania mais plena por parte de todos os cidadãos. Tecemos também algumas considerações sobre os fatores promotores da participação cidadã em saúde, dando particular atenção ao caso português.

Introdução

A cidadania em saúde é uma questão cada vez mais premente, ainda que nem sempre presente, dada a atual conjuntura sociopolítica e o contexto de crise económica em Portugal. Os fenómenos associados às crises económicas (desemprego, empobrecimento, etc.), e algumas das reformas que daí advêm, podem ter um impacto negativo na saúde dos cidadãos e aumentar as iniquidades em saúde (Kentikelenis et al., 2011; Karanikolos et al., 2013; Legido-Quigley et al., 2013). Com efeito, foram adoptadas várias medidas de reestruturação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) como consequência das políticas de austeridade financeira. De entre essas medidas, salienta-se o aumento dos custos com a saúde suportados diretamente pelos utentes, designadamente através da subida das taxas moderadoras, cujo valor duplicou entre 2011 e 2012 (Portugal, 2011a).

Em conformidade com a lei (Portugal, 2012), mais de metade da população portuguesa está isenta do pagamento de taxas moderadoras (ACSS, 2014). No

*CIES, ISCTE-IUL: ✉ claudia_defreitas@yahoo.com

entanto, estudos realizados em contextos de diversidade cultural e privação socioeconómica apontam a existência de vários cidadãos privados desse direito e cujo o acesso aos serviços de saúde diminuiu devido à incapacidade de efetuarem esses pagamentos (Padilla et al., 2013; Hernández-Plaza, 2002; Padilla, 2014). É o caso de cidadãos nacionais e estrangeiros que vivem com orçamentos familiares reduzidos que impossibilitam o pagamento de taxas moderadoras mas que, por outro lado, se encontram acima do valor que lhes permitiria beneficiar de isenção por insuficiência económica¹ (Portugal, 2011b). Para além destes casos, existem também cidadãos imigrantes que, apesar de reunirem os requisitos necessários para o referido pedido de isenção, não conseguem obtê-la devido a barreiras burocráticas, nomeadamente a dificuldade de obterem uma declaração de rendimentos por trabalharem sem contrato laboral. Estas circunstâncias estão a gerar desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, colocando em causa o princípio constitucional de universalidade do SNS (Portugal, 1976) e afetando de modo profundamente negativo o exercício da cidadania, aqui entendida não só como um conjunto de direitos e responsabilidades dos cidadãos mas também como a capacidade de participação ativa nas arenas social e política (Lister, 1997).

Afigura-se fundamental, portanto, pensar de que forma se pode promover mais efetivamente a equidade em saúde. Nomeadamente, é necessário pensar políticas e intervenções capazes de eliminar as desigualdades na saúde que sabemos ser evitáveis e, por isso, injustas (Whitehead, 1992). Este é, aliás, um dos objectivos do Ministério da Saúde, que estabeleceu como eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde em curso a equidade e a cidadania em saúde (DGS, 2012).

De entre as estratégias que podem ser utilizadas para diminuir as iniquidades em saúde contam-se: 1) a formulação de políticas multisectoriais promotoras de condições mais equitativas no acesso aos determinantes sociais da saúde; 2) a sensibilização dos profissionais de saúde para a diversidade cultural, étnica, socioeconómica, etária, etc. das populações a quem prestam serviços, bem como para o impacto destes factores nas necessidades dos utentes e na procura de cuidados de saúde; e 3) a participação ativa dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação de políticas públicas, serviços de saúde e intervenções comunitárias focalizadas na promoção da saúde. Neste trabalho, detemo-nos sobre o modo pelo qual a participação cidadã pode fomentar um aumento da equidade em saúde e assim ajudar a desenvolver uma cidadania mais plena por parte de todos os cidadãos, sem exceção. Tecemos também algumas considerações sobre o que pode ser feito para se promover uma maior participação cidadã em saúde em Portugal.

Participação e equidade em saúde

Nas duas últimas décadas assistiu-se à diversificação e aumento do número de espaços participativos em vários países da Europa e das Américas. Aos espaços criados pelos próprios cidadãos – *espaços populares* (por exemplo, as associações de utentes), têm-se juntado espaços participativos criados pelo Estado com o intuito de este se aproximar da cidadania, mediante a instituição de lugares

¹ O limite do rendimento mensal do agregado familiar para a obtenção de isenção por insuficiência económica é 628,83 euros (Portugal, 2011a).

de diálogo entre cidadãos e representantes do governo – *espaços convidados* (Cornwall, 2004). Esta mudança face a um modelo de governação participativa tem vindo a operar-se, por um lado, por ação dos próprios governos, como forma de conferir maior legitimidade às atuais democracias e de dar resposta às exigências de cidadanias cada vez mais informadas e ativas que reivindicam mais inclusão nos processos de tomada de decisão (Newman, 2001; Fung and Wright, 2003); e, por outro, através do estímulo dado por agências supra-nacionais, tais como a Organização Mundial da Saúde, que vêm desde há várias décadas afirmando a participação em saúde como um direito de todos os cidadãos (WHO, 1978, 2006). Consequentemente, existem cada vez mais países onde os cidadãos podem participar na formulação de políticas de saúde, no planeamento, implementação e avaliação de serviços de saúde, na organização e implementação de ações de promoção de saúde, na condução de investigação relacionada com a saúde e nos seus próprios tratamentos (Williams, 2007; Vasconcelos et al., 2008; Renedo e Marston, 2011; García-Ramírez et al., 2012; Rasanathan et al., 2012; Banfield et al., 2014; De Freitas et al., 2014; Mitchell, 2014).

Mas qual a razão do reiterado investimento na expansão da participação em saúde? Esta questão pode ser respondida, pelo menos em parte, com base nos benefícios que vêm sendo associados ao envolvimento dos cidadãos na governação da saúde, e que incluem, entre outros, a formulação de políticas mais sensíveis às necessidades dos cidadãos; o desenvolvimento de serviços mais acessíveis e de melhor qualidade; o aumento da qualidade e relevância da investigação em saúde; a promoção da saúde e do bem-estar dos cidadãos; o aumento da qualidade do tratamento; e a promoção de uma cidadania ativa e de democracias mais inclusivas (Frankish et al., 2002; Heisler et al., 2002; Barnes, Newman and Sullivan, 2007; Cornwall, 2008; CSDH, 2008; Smith et al., 2008; De Freitas, 2011, 2013; Weingart et al., 2011; Mockford et al., 2012). Em suma, pode afirmar-se que uma das grandes potencialidades da participação é a promoção da equidade em saúde.

No entanto, para que a relação positiva entre participação e equidade se verifique de facto é necessário que os espaços participativos incluam representantes provenientes de todos os grupos sociais. Quando tal não acontece, ou seja, quando existem grupos que não têm voz nos processos de tomada de decisão em saúde, criam-se condições potenciais para que a participação fomente um aumento das iniquidades (em vez da sua diminuição), já que dela podem derivar mudanças que não têm em consideração as necessidades dos grupos excluídos, reduzindo-se, assim, a efetividade das políticas e/ou dos serviços de saúde. É fundamental, portanto, assegurar a inclusividade dos espaços participativos para que os impactos positivos da participação possam ser potenciados e os resultados potencialmente adversos reduzidos.

Participação cidadã em saúde em Portugal

A participação em saúde em Portugal é ainda muito incipiente quando comparada com outros países da Europa e das Américas, como por exemplo, a Inglaterra, a Holanda, o Canadá, ou o Brasil. Em Portugal, os espaços participativos convidados são escassos e os que existem parecem ter pouca capacidade para atrair e envolver os cidadãos leigos. Os espaços participativos populares, por seu lado, estão em expansão mas, em geral, têm pouco poder de organização

coletiva e de negociação com o governo.

Esta é uma situação à qual o Estado não é alheio. Numa avaliação do Plano Nacional de Saúde (PNS) (2004–2010), feita pela Organização Mundial da Saúde a pedido do Ministério da Saúde, e do entretanto extinto Alto Comissariado da Saúde, constatou-se uma contradição: embora o PNS (2004–2010) seja um dos primeiros documentos de política de saúde no país a enfatizar a posição central dos cidadãos no sistema de saúde, a sua disseminação foi feita quase exclusivamente em instituições de saúde e entre decisores políticos, gestores e profissionais de saúde, isto é, mostrou pouca consideração pela a inclusão dos cidadãos leigos. Com efeito, a mesma avaliação refere que os pacientes e o público em geral não são vistos como parceiros no processo de implementação do PNS (2004–2010): a análise das experiências dos pacientes com os cuidados de saúde, por exemplo, não é incorporada no planeamento de políticas de saúde. Conclui-se ainda que, muito embora o PNS (2004–2010) proponha alguns mecanismos de participação pública, não é dada atenção suficiente aos incentivos necessários para que os pacientes e os cidadãos tenham um papel mais proactivo quer na governação da saúde, quer no exercício de escolha relativamente aos serviços de saúde (WHO, 2010).

Mostrando abertura para abordar a questão da participação cidadã em saúde, em 2011 a Direção-Geral da Saúde (DGS) abriu o PNS (2012–2016) para consulta pública durante a sua fase de formulação. Paralelamente, o PNS em curso destaca a necessidade de se reforçar a cidadania em saúde, designadamente através do envolvimento dos cidadãos nas estruturas de governação (DGS, 2012), o que deverá ter lugar através de dois tipos de espaços convidados: os Conselhos de Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e os Conselhos Consultivos dos Hospitais (Portugal, 2008).

A criação de espaços participativos em saúde não é uma diretiva recente em Portugal. A intenção de instituir estes espaços surgiu pela primeira vez em 1988 com o Decreto Regulamentar n.º 3/88 relativo ao funcionamento dos hospitais (Portugal, 1988), tendo sido posteriormente reiterada pela Lei de Bases da Saúde (Portugal, 1990), pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Portugal, 1993) e pelo Decreto-Lei n.º 157/99 relativo à criação dos centros de saúde (Portugal, 1999). Com efeito, os instrumentos legais descritos previam a implementação de espaços participativos aos mais variados níveis da governação, ou seja, a nível local (i.e., em centros de saúde e hospitais), regional (i.e., nas Administrações Regionais de Saúde, ARS) e nacional (i.e., no Ministério da Saúde) (ver tabela 1). Com exceção das Conselhos Regionais de Saúde das ARS e dos Conselhos Consultivos dos hospitais, todos esses espaços incluíam representantes de utentes. No entanto, apesar do dispositivo legal estabelecido, a maioria desses espaços não foi implementada nos termos previstos pela lei. O Conselho Nacional de Saúde foi desativado (Portugal, 2011a), os Conselhos Regionais de Saúde viram os artigos relativos à sua instituição revogados (Portugal, 2007) e os Conselhos Gerais dos hospitais e os Conselhos Consultivos dos centros de saúde foram substituídos pelos Conselhos Consultivos dos hospitais (Portugal, 2003) e pelos Conselhos de Comunidade dos ACES (Portugal, 2008), respectivamente, não tendo estes ainda sido todos implementados. Esta desconformidade entre lei e prática, que se faz sentir há mais de três décadas, é elucidativa quanto às dificuldades inerentes à efetivação de dispositivos legais que envolvem vontade política e desafiam o *status quo*.

Tabela 1 – Espaços participativos em saúde previstos pela lei (1988–2014)

Nível de governação	Tipo de espaço participativo	Representantes elegíveis	Dispositivo legal	Estado atual
Nacional: Ministério da Saúde	Conselho Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> – associações de utentes – consumidores – fundações – institutos públicos e privados – universidades – comunicação social 	Lei de Bases da Saúde (1990)	Desativado: aguarda reativação
Regional: Administrações Regionais de Saúde (ARS)	Conselhos Regionais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> – coordenadores sub-regionais – instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde – municípios – entidades privadas e profissionais em regime liberal do sistema de saúde 	Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (1993)	Substituídos pelos Conselhos Consultivos das ARS (Decreto-Lei N.º 222/2007 de 29 de Maio, 2007)
	Conselhos Consultivos	<ul style="list-style-type: none"> – membro de cada uma das associações – membro da população – membro de cada uma das associações profissionais do sector da saúde 	Decreto-Lei N.º 222/2007 (2007)	Em fase de implementação
	Comissões Concelhias de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> – município – utentes 	Lei de Bases da Saúde (1990); Estatuto do SNS (1993)	Parcialmente implementadas
Local: Cuidados Secundários	Conselhos Gerais	<ul style="list-style-type: none"> – presidente (designado pelo Ministro da Saúde) – municípios – associação ou liga de utentes ou amigos do hospital – centro regional de segurança social – Santa Casa de Misericórdia – administração regional de saúde – membro dos seguintes grupos profissionais: médicos, técnicos superiores de saúde, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica; técnicos superiores; pessoal dos serviços de instalações e equipamento; pessoal técnico, administrativo e dos serviços gerais 	Decreto Regulamentar N.º 3/88 (1988)	Substituídos pelos Conselhos Consultivos dos Hospitais em 2003

Tabela 1 – Espaços participativos em saúde previstos pela lei (1988–2014)
(continuação)

Nível de governação	Tipo de espaço participativo	Representantes elegíveis	Dispositivo legal	Estado atual
	Conselhos Consultivos	<ul style="list-style-type: none"> – presidente (designado pelo Ministro da Saúde) – municípios – membro dos seguintes grupos profissionais: médicos, técnicos superiores de saúde, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica; técnicos superiores; pessoal dos serviços de instalações e equipamento; pessoal técnico, administrativo e dos serviços gerais 	Decreto-Lei N.º 188/2003 (2003)	Em fase de implementação
Local: Cuidados Primários	Conselhos Consultivos	<ul style="list-style-type: none"> – utentes – instituições públicas e privadas 	Decreto-Lei N.º 157/99 (1999)	Substituídos pelos Conselhos de Comunidade (Decreto-Lei N.º 28/2008, 2008)
	Conselhos de Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> – municípios abrangidos pelo ACES – centros distritais de segurança social – escolas/agrupamentos de escolas – IPSSs – associações de utentes do ACES – associações sindicais e trabalhadores – equipas de voluntariado social – comissão de proteção de crianças e jovens – hospitais de referência 	Decreto-Lei N.º 28/2008 (2008)	Em fase de implementação

Apesar de grande parte dos espaços participativos pensados para Portugal carecerem de efetivação (ver tabela 1), existem alguns sinais positivos na esfera participativa portuguesa. Por um lado, observa-se um aumento dos espaços populares. Hoje existem mais de cem associações de utentes, metade das quais foram criadas nos últimos 15 anos (Nunes e Matias, 2007; Carapinheiro, 2008). Por outro lado, têm sido feitos esforços no sentido da implementação de espaços convidados, nomeadamente através da criação dos Conselhos de Comunidade, visando a promoção da participação dos atores locais em exercícios consultivos acerca da organização dos cuidados primários de saúde. Estes conselhos devem

ser compostos por um representante de cada um dos municípios abrangidos pelo ACES, bem como por representantes dos centros distritais de segurança social, das escolas ou agrupamentos de escolas, das instituições particulares e solidariedade social (IPSS), das associações de utentes do ACES, das associações sindicais de empregadores, das equipas de voluntariado social, da comissão de proteção de crianças e jovens e dos hospitais de referência (Portugal, 2008). Sabe-se, no entanto, que poucos são os cidadãos, ditos leigos, que participam nestes espaços (Serapioni, Ferreira e Antunes, 2012), o que aponta para a necessidade de se pensarem mecanismos capazes de fomentar a entrada dos cidadãos nestes espaços.

Fatores promotores da participação cidadã em saúde

As dificuldades observadas em relação ao envolvimento de cidadãos leigos de diferentes grupos sociais e étnicos nos espaços participativos não é um problema exclusivo ao contexto português (Crawford et al., 2014; Coelho, Pozzoni and Cifuentes, 2005; De Freitas, 2011; Montesanti, 2014). Tendo por base trabalho de campo conduzido na Holanda, no Brasil e em Portugal, consideramos que o aumento da inclusividade dos espaços participativos requer esforços quer da parte das autoridades de saúde pública, quer das organizações da sociedade civil.

Primeiro, que da parte dos decisores políticos haja um compromisso sério para com a implementação e monitorização dos espaços participativos. Esta condição contrasta com o desconhecimento e, por vezes, superficialidade, com que alguns membros de instituições públicas de saúde abordam o tema da participação cidadã, como tivemos a oportunidade de observar no decorrer de dois eventos públicos.²

Segundo, é fundamental dotar os espaços participativos com os recursos financeiros e humanos necessários para que estes possam garantir a representatividade dos diferentes segmentos da população, e atuar em regime de continuidade. Estes esforços devem recair não só sobre os espaços convidados mas também sobre os espaços populares. Os espaços populares encontram-se numa posição privilegiada de contato direto com os utentes e público em geral que deve ser usada para informar os cidadãos acerca das diferentes oportunidades de participação existentes, bem como para lhes facultar exercícios de capacitação conducentes à aquisição das competências necessárias à influência sobre processos de tomada de decisão. As organizações e associações da sociedade civil podem, por esta via, ter um contributo imprescindível na mobilização dos cidadãos leigos para a participação.

Finalmente, é necessário empoderar os decisores políticos, gestores, profissionais de saúde e público em geral para que estes possam estabelecer relações colaborativas. O mútuo reconhecimento das competências específicas de cada um destes atores é essencial para que a consulta e a potencial incorporação das perspectivas dos cidadãos leigos na governação da saúde seja vista como uma

² Estas observações foram feitas durante o «*Fórum Mediação: um caminho para a construção de cidades interculturais*» realizado na Câmara Municipal da Amadora em 16 de Setembro de 2012 e durante o «*Workshop Internacional Saúde e Cidadania: equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise*» realizado no ISCTE-IUL nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2014.

mais-valia e não como um mero artifício formal decorrente da necessidade de se seguirem convenções internacionais.

Conclusão

A participação cidadã em saúde vem sendo advogada enquanto um direito e uma prática decisiva da governação participativa desde há várias décadas (WHO, 1978, 2006, 2010; White e Harris, 2001; Portugal et al., 2007; Watters et al., 2008; CSDH, 2008; Padilla et al., 2009). A incorporação das perspectivas dos cidadãos na governação da saúde tem inúmeros benefícios, incluindo o aumento da equidade em saúde e a viabilização de uma cidadania mais plena e ativa, aspectos que são, aliás, dois dos principais objetivos do atual Plano Nacional de Saúde. No entanto, apesar do suporte legal existente e das sucessivas manifestações de vontade para se instituírem espaços participativos em Portugal, a participação cidadã em saúde é ainda muito incipiente no nosso país.

A atual conjuntura sociopolítica e económica tem implicado reduções nos orçamentos destinados ao sector da saúde, bem como reformas que vêm mobilizando os cidadãos em defesa do que consideram ser os princípios fundamentais e os deveres do SNS. Este é, portanto, um momento privilegiado para partir em busca das visões e do envolvimento dos cidadãos. A promoção de uma participação cidadã mais vigorosa em Portugal requer, no entanto, um impulso igualmente mais determinado por parte das autoridades públicas de saúde. Este é um requisito fundamental não só para a efetiva implementação dos espaços participativos convidados, mas também na criação de condições potenciadoras de um maior compromisso por parte das organizações da sociedade civil na disseminação de informação sobre a existência desses espaços e na promoção da participação dos cidadãos.

Referências

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2014), *Taxas moderadoras: atualização de dados*, Lisboa: ACSS. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/117TaxasModeradoras/TaxasModeradorasAtualiza%C3%A7%C3%A3odedados/tabid/664/language/pt-PT/Default.aspx>. [Consultado em 18/03/2014].
- Barnes, M., Newman, J. and Sullivan, H. (2007), *Power, participation, and political renewal. Case studies in public participation*, Bristol: The Policy Press.
- Banfield, M.; Barney, L.; Griffiths, M. and Chistensen, H. (2014), «Australian mental health consumers' priorities for research: Qualitative findings from the SCOPE for Research project» in *Health Expectations*, Vol. 17, No. 3, pp. 365–375.
- Carapinheiro, G. (2008), «A participação dos doentes na definição das políticas de saúde» in Infarmed (Ed.), *Infarmed 15 anos: olhar o passado, projectar o futuro*, Lisboa: Infarmed.

- Coelho, V., Pozzoni, B. and Cifuentes, M. (2005), «Participation and public policies in Brazil», in Gastil, J. and Levine, P. (Orgs.) *The deliberative democracy handbook*, San Francisco: Jossey Bass.
- Cornwall, A. (2004), «Introduction: New democratic spaces? The politics and dynamics of institutionalised participation» in *IDS Bulletin*, Vol. 35, No. 2, pp. 1–10.
- Cornwall, A. (2008), *Democratising engagement. What the UK can learn from international experience*, London: Demos.
- Crawford, M.; Aldridge, T.; Bhui, K.; Rutter, D.; Manley, C.; Weaver, T.; Tyrer, T. and Fulop, N. (2003), «User involvement in the planning and delivery of mental health services: A cross-sectional survey of service users and providers» in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, No. 107, pp. 410–414.
- CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health*, Geneva: World Health Organization.
- De Freitas, C. (2011), *Participation in mental health care by ethnic minority users: case studies from the Netherlands and Brazil*, Utrecht: Utrecht University (Tese de Doutorado).
- De Freitas, C. (2013), «Aiming for inclusion: a case study of motivations for involvement in mental health-care governance by ethnic minority users» in *Health Expectations*, DOI: 10.1111/hex.12082.
- De Freitas, C.; García-Ramírez, M.; Aambø, A. and Buttigieg, S. (2014), «Transforming health policies through migrant user involvement: Lessons learnt from three European countries» in *Psychosocial Intervention*, Vol. 23, No. 2, pp. 1005–113.
- Direção-Geral da Saúde – DGS (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004–2010*, Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde – DGS (2012), *Plano Nacional de Saúde 2012–2016*, Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Frankish, C.; Kwan, B.; Ratner, P.; Higgins, J. and Larsen, C. (2002), «Challenges of citizen health participation in regional health authorities» in *Social Science & Medicine*, Vol. 54, pp. 1471–1480.
- Fung, A. and Wright, E. (2003), *Deepening democracy. Institutional innovations in empowered participatory governance*, London: Verso.
- García-Ramírez, M.; Hernández-Plaza, S.; Albar, M.; Luque-Ribelles, M. and Suárez, V. (2012), «Building healthcare stakeholder coalitions: A community psychology approach to user involvement for migrant populations», in Ingleby, D., Devillé, W. e Kotsioni, I. (Orgs.) *Inequalities in healthcare for migrant and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity, Vol.II*, Antwerp/Apeldoorn: Garant, pp.188–204.

- Heisler, M.; Bouknight, R.; Hayward, R.; Smith, D. e Kerr, E. (2002), «The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management» in *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 17, N.º. 4, pp. 243–52.
- Hernández-Plaza, S. (2013), *Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals*, Final Report of the Project (PsySPOCUC), Marie Curie Actions FP7-PEOPLE-2010-IEF (Intra-European Fellowship, Ref. 272976), 7th Research Framework Programme, European Commission, Research Executive Agency.
- Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J.; Thomson, S.; Basu, S.; Stuckler, D.; Mackenbach, J. e McKee, M. (2013), «Financial crisis, austerity, and health in Europe» in *Lancet*, Vol. 381, N.º. 9874, pp. 1323–31.
- Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Papanicols, I.; Basu, S. v McKee, M. e Stuckler, D. (2011), «Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy» in *Lancet*, Vol. 378, N.º. 9801, pp. 1457–8.
- Legido-Quigley, H.; Otero, L.; La Parra, D.; Alvarez-Dardet, C.; Martín-Moreno, J. and McKee, M. (2013), «Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?» in *British Medical Journal*, Vol. 346, pp. 2363.
- Lister, R. (1997), *Citizenship: Feminist perspectives*, London: MacMillan Press.
- Mitchell, W. (2014), «Making choices about medical interventions: the experience of disabled people with degenerative conditions» in *Health Expectations*, Vol. 17, N.º. 2, pp. 254–266.
- Mockford, C.; Staniszewska, S.; Griffiths, F. and Herron-Marx, S. (2012), «The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review» in *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 24, N.º. 1, pp. 28–38.
- Montesanti, S. (2014), *The participation of marginalised populations in health services planning and decision making*, Open Access Dissertations and Theses, Paper 8578.
- Newman, J. (2001), *Modernising governance. New Labour, policy and society*, London: Sage.
- Nunes, J.A. & Matias, M. (2007), «Patients organizations as emergent actors in the health arena: The case of Portugal» in *RECIIS, Electronic Journal Inf. Innov. Health*, Vol. 1, n.º. 1, pp.105–108.
- OPSS (2013), *Relatório de Primavera 2013. Duas faces da saúde*, Lisboa: OPSS e INODES.
- Padilla, B. (2014), *Health and Citizenship: Gaps and needs in intercultural healthcare to immigrant mothers – final report of the project*, Portuguese National Science Foundation (Ref: PTDC/CS-SOC/113384/2009).

- Padilla, B.; Portugal, R.; Ingleby, D.; De Freitas, C. e Lebas, J. (2009), «Health and migration in the European Union: Good practices» in Fernandes, A. e Miguel, J. (Orgs.) *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisbon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Padilla, B.; Hernández-Plaza, S.; De Freitas, C.; Masanet, E.; Santinho, C. e Ortiz, A. (2013), «Cidadania e diversidade em saúde: necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados» in *Saúde & Tecnologia*, Supl., pp. 57-64.
- Portugal (1976), *Constituição da República Portuguesa*. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.
- Portugal – Ministério da Saúde (1988), *Decreto Regulamentar N.º 3/88 de 22 de Janeiro. (Revogado pelo Art. N.º 42 do DL N.º 188/2003 de 20 de Agosto)*. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Decreto_Regulamentar_n.%C2%BA_3/88 . [Consultado em 27/03/2014].
- Portugal – Assembleia da República (1990), *Lei de Bases da Saúde. Lei N.º 48/90 de 24 de Agosto*. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf> . [Consultado em 27/03/2014].
- Portugal – Ministério da Saúde (1993), *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Decreto-Lei N.º 11/93 de 15 de Janeiro*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/asaudeempportugal/serviconacionaldesaude/estatutodosns/estatutosns.htm> . [Consultado em 18/03/2014].
- Portugal – Ministério da Saúde (1999), *Decreto-Lei N.º 157/99 de 10 de Maio*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/8E2FC63E-2F43-4DB8-A7F6-8BDBC7752FE0/0/24212424.pdf> . [Consultado em 18/03/2014].
- Portugal – Ministério da Saúde (2003), *Regime jurídico da gestão hospitalar. Decreto-Lei N.º 188/2003 de 20 de Agosto*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4812CCCA-3B1F-44C3-A19F-7105E413DAC7/21392/52195233.pdf> . [Consultado em 24/04/2014].
- Portugal – Ministério da Saúde (2007), *Orgânica das Administrações Regionais de Saúde. Decreto-Lei N.º 222/2007 de 29 de Maio*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/72FA84DB-067F-4D25-B379-55F69B23EA1E/0/35193523A.pdf> . [Consultado em 24/03/2014].
- Portugal – Ministério da Saúde (2008), *Regime Jurídico dos Agrupamentos dos Centros de Saúde. Decreto-Lei N.º 28/2008 de 22 de Fevereiro*. Disponível em: <https://www.ers.pt/uploads/document/file/92/05.pdf> . [Consultado em 24/03/2014].

- Portugal – Ministério da Saúde (2010), *Conselho Nacional da Saúde*. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/asaudeemportugal/ministerio/servicos/conselhosaude.htm>. [Consultado em 24/04/2014].
- Portugal – Ministério das Finanças e Ministério da Saúde (2011a), *Portaria N.º 306-A/2011 de 20 Dezembro*. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Portarian%C2%BA306-A2011_Taxasmoderadoras.pdf. [Consultado em 18/03/2014].
- Portugal – Ministério da Saúde (2011b), *Requerimento: Reconhecimento de insuficiência económica para pagamento de taxas moderadoras e outros encargos no acesso às prestações de saúde dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde – SNS*. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Mod.RIEITM-ACSS.pdf>. [Consultado em 18/03/2014].
- Portugal – Ministério da Saúde (2012), *Decreto-Lei N.º 128/2012. DR 119 Série I de 2012-06-21 que revê o Decreto-Lei n.º 113/2011. DR N.º 229, Série I de 2011-11-29*. Disponível em: http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6F4C9716-7ED5-4B28-9A04-2BEE1B728264/0/DecLei128_2012_2106.pdf. [Consultado 18/03/2014].
- Portugal, R.; Padilla, B.; Ingleby, D.; De Freitas, C.; Lebas, J. e Miguel, P. (2007) (Orgs.) *Good practices on health and migration in the EU*, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rasanathan, K.; Posayanonda T.; Birmingham M. e Tangcharoensathien, V. (2012), «Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand» in *Health Expectations*, Vol. 15, pp. 87–96.
- Renedo, A. e Marston, C. (2011), «Healthcare professionals’ representations of patient and public involvement and creation of public participant identities: Implications for the development of inclusive and bottom-up community participation initiatives» in *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Vol. 21, pp. 268–280.
- Serapioni, M., Ferreira, P. e Antunes, P. (2012), «A participação dos cidadãos nos cuidados primários de saúde. Resultados preliminares de um estudo sobre os conselhos de comunidade», in Tavares, D., Carapinheiro, G. e Lopes, N. (Orgs.), *Atas VII Congresso Português de Sociologia*, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia.
- Smith, E.; Ross, F.; Donovan, S., Manthorpe, J., Brearley, S., Sitizia, J. e Beresford, P. (2008), «Service user involvement in nursing, midwifery and health visiting research: a review of evidence and practice» in *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 45, pp. 298–315.
- Vasconcelos, E. (Org.); Klein, A.; De Freitas, C. e Fonseca, M. (2008), *Abordagens psicossociais: Vol. II – Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*, São Paulo: Huticec.

Cuidar a Parentalidade Partilhada

Vasco Caleira*

Fernanda Costa†

António Marques‡

Isabel Rebelo§

Resumo

Trata-se de uma investigação-ação, ainda em decurso e até junho 2014 (co-financiada pela FCT, POPH e QREN), conseqüente da relação protocolada entre a SEIES e a ESS-IPS, instituições preocupadas com a necessidade de tornar mais ágil a sensibilização de pais e mães para a licença da coparentalidade, na promoção da igualdade de género e no incentivo dos/as profissionais de enfermagem a constituírem-se enquanto agentes desta sensibilização. Assim, considerou-se pertinente a conceção de um projeto que visasse «*Cuidar a Parentalidade Partilhada*», designadamente que levasse ao usufruto da licença parental partilhada, envolvendo homens e mulheres, a partir dos serviços especializados na área da saúde. O ACES A é o contexto de CSP que tem co-autoria no processo e acolheu os estudantes de enfermagem do 3º ano do 11º e 12º CLE aquando do desenvolvimento da pesquisa, desde o estudo exploratório até à construção e validação do *Kit «Cuidar a Coparentalidade»*, que se objetiva como ferramenta de trabalho dos profissionais de saúde que têm a mulher e o homem, pais ou futuros pais, como público-alvo das suas intervenções cuidativas. Procedeu-se à apresentação deste projeto à OE, no colégio da especialidade de SMO, à DGS na divisão da SSR e à Câmara Municipal de Setúbal. Atualmente dá-se continuidade ao projeto.

Palavras-chave: Parentalidade; coparentalidade; cuidar; enfermagem; licença parental; igualdade de género.

*Coordenador de Projetos de Intervenção Social, sócio efetivo da SEIES – Sociedade de Estudos e Intervenção em Engenharia Social: ✉ vascocaleira@cooperativaseies.org

†Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Didática e Organização Educativa: ✉ fernanda.gomes@ess.ips.pt

‡Vice-Presidente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Sociólogo, Doutorado em Psicologia Social e Organizacional: ✉ antonio.marques@ess.ips.pt

§Fundadora da SEIES – Sociedade de Estudos e Intervenção em Engenharia Social, Bióloga, Especialista em Igualdade de Género: ✉ isabelmaiarebelo@cooperativaseies.org

Abstract

This is an action–research still in progress and until June 2014 (co-financed by FCT , POPH and QREN) , filed by the consequent relationship between SEIES and ESS–IPS, institutions concerned with the need to become more agile awareness of parents to leave of coparenting, promoting gender equality and encouraging/professional nursing to constitute themselves as agents of awareness. It was considered pertinent to designing a project that targets «*Care to Shared Parenting*», namely that takes the enjoyment of shared parental leave, involving men and women, from specialized services in healthcare. ACES A is the context of Primary Cares that has co-authored in the process and welcomed the nursing students of the third year of the 11th and 12th CLE when developing the research, from the exploratory study to develop and validate *Kit «Caring for the coparenting»* which aims to work as a tool for health professionals who have women and men, parents or future parents, as their target audience interventions care. We proceeding present this project to the OE, at the colleague of nurse specialty SMO, the DGS in the division of SSR and Setúbal Municipality. Currently it gives continuity to the project.

Key-words: parenting; coparenting; care; nursing; parental leave; gender equality.

Introdução

A Sociedade de Estudos e Intervenção em Engenharia Social – SEIES, fundada em 1980, é uma Cooperativa de Serviços e Solidariedade Social que visa apoiar dinâmicas locais de promoção do exercício da cidadania ativa, assim como a investigação e a intervenção ao nível do desenvolvimento da participação nas/das instituições, associações, comunidades e grupos. Concebe e implementa estratégias e métodos participativos de intervenção nos territórios e nas organizações, utilizando a formação como uma atividade estratégica da engenharia social. Privilegia o envolvimento das pessoas na resolução dos seus próprios problemas, considerando a mobilização dos recursos locais e a especificidade de cada grupo, bem como a diversidade das pessoas, mulheres e homens, que os compõem. É uma entidade formadora acreditada em todos os domínios da formação.

Entre a SEIES e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – ESS–IPS existe protocolo de colaboração interinstitucional. A ESS–IPS é uma instituição de ensino superior que, através dos cursos que proporciona, visa contribuir para o desenvolvimento da sociedade e para a valorização dos recursos humanos, através de atividades de formação terciária, da criação, transmissão e difusão da ciência, tecnologia e cultura. Pelo que assume uma cultura de melhoria contínua da qualidade, potenciando a capacidade de responder aos desafios e à mudança, efectuando investigação transversal ao ensino, saúde e serviços, priorando por estar entre as melhores, na formação de profissionais de saúde, realizando uma educação humanista, de desenvolvimento científico, técnico, ético e culturalmente sensível.

O Curso de Licenciatura em Enfermagem – CLE, faz parte do menu formativo do Departamento de Enfermagem da ESS-IPS, onde no processo ensino-aprendizagem se desenvolvem metodologias promotoras da autonomia e reflexividade do estudante, em ensino teórico e em ensino clínico, pois entende-se que o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem é suportado, pela investigação e os projetos com a comunidade, numa óptica de abertura e inovação, desenvolvem-se relações com a comunidade, sejam organizações de saúde e de ensino ou outras entidades, promovendo e participando em atividades no campo da saúde e da educação.

A SEIES é entidade promotora do Projeto Público & Privado, financiado pela medida 9.7.3 do POPH-QREN. Este, objetiva reforçar a integração da perspetiva de género em três pontos-chave da intervenção que a SEIES desenvolve, no concelho de Setúbal, a partir do Centro de Cidadania Ativa.

No âmbito da parceria interinstitucional SEIES/ESS-IPS diagnosticou-se a necessidade de tornar mais ágil a sensibilização de pais e mães para a licença da coparentalidade, promovendo a igualdade de género e incentivando os/as profissionais de enfermagem a constituírem-se enquanto agentes desta sensibilização. Assim considerou-se pertinente a conceção de um projeto/atividade que visasse «Cuidar a Parentalidade Partilhada».

No enquadramento da área estratégica de intervenção 2 do IV Plano Nacional para a Igualdade - IV PNI, refere-se que «... a importância da paternidade próxima e da coparentalidade, consentâneas com a promoção das novas masculinidades e feminilidades. A consolidação de novos papéis de género afigura-se como um vetor central da cidadania ativa e plena, passando pela valorização e vivência dos afetos e do cuidar no espaço privado, no caso dos homens, e pela concretização da autonomia económica e participação efetiva na vida profissional e pública, em geral, no que diz respeito às mulheres...». Igualmente se rememora um dos objetivos desta área estratégica: Promover a conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal para mulheres e homens.

A atividade «Cuidar a Parentalidade Partilhada» mira testar a implementação de novas formas de abordagem e sensibilização/estímulo ao usufruto da licença parental partilhada, envolvendo homens e mulheres, a partir dos serviços especializados na área da saúde.

Assim, traçaram-se como objetivos operacionais desta investigação: promover e testar mecanismos de simplificação de informação, desconstrução de estereótipos e sensibilização sobre a coparentalidade, junto de casais, tendo como agentes os profissionais de enfermagem; produzir *kit* sensibilização «Cuidar a Coparentalidade» composto por materiais dirigidos aos profissionais de saúde e a pais e/ou mães, que promovam o incentivo ao gozo da licença parental partilhada e da partilha das responsabilidades familiares.

O presente texto, pretende dar conhecimento sobre o percurso do Projeto/Atividade desde a sua conceção até ao momento atual, procurando contribuir para a reflexão do/a leitor/a acerca da participação dos homens na vida privada, nomeadamente, no âmbito da paternidade. A sua redação responde às indicações do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e às diretrizes para apresentação de trabalhos escritos da *American Psychological Association* – APA. Estruturalmente inicia-se pela apresentação de um enquadramento conceptual seguido dos aspetos metodológicos desenhados e sucedidos assim como da menção do que ainda falta realizar. Finaliza-se com a apresentação da bibliografia considerada de referência e passível de possível complementaridade do

exposto.

Enquadramento Conceptual

O IV Plano Nacional para a Igualdade, Género, Cidadania e não Discriminação, 2011-2013 – IV PNI, menciona que apesar dos progressos na tendência geral de redução das desigualdades entre homens e mulheres no emprego, as dificuldades que as mulheres tradicionalmente se deparam na conciliação das suas responsabilidades familiares e laborais e os entraves estereotipados à participação masculina na esfera doméstica continuam a representar um dos maiores obstáculos à Igualdade de Género - IG.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística – INE, a relação entre a duração da licença parental iniciais do pai e da mãe é 16,03% em Setúbal contra 16,61% a nível nacional. A duração da licença parental inicial, no concelho de Setúbal, teve a duração de 142.400 dias para as mulheres e 22.800 dias para os homens, uma média semelhante à média nacional (INE, 2011).

No contexto português, o estudo de Mónica Lopes (2009) sobre trabalho e parentalidade, que visa a acomodação e custos da maternidade e da paternidade para os indivíduos revela, que os homens, mais do que as mulheres, sentem dificuldades acrescidas no gozo das licenças de parentalidade a que têm direito por lei.

Os obstáculos que enfrentam prendem-se não só com a perceção de custos organizacionais, em termos de menor produtividade/maior absentismo, e custos de formação com trabalhadores substitutos, mas também com a prevalência da ideologia da masculinidade hegemónica (Marsiglio e Pleck, 2005) que identifica a masculinidade com a provedoria da família, o que resulta em críticas negativas (preconceito e discriminação, comentários jocosos e depreciativos do «*ser homem*»...) por parte de colegas e de chefias quando aqueles decidem beneficiar, na totalidade, das suas licenças de parentalidade.

Por exemplo, as faltas ao trabalho para assistência às crianças originam grandes resistências por parte das entidades empregadoras quando são reivindicadas pelos pais, mas não pelas mães.

No modelo de masculinidade dominante, os homens surgem como pais envolvidos no seu trabalho, que, em consequência disso, se distanciam da sua família e dos/as filhos/as. O espaço familiar e doméstico não é reconhecido como um local de trabalho, assim como as tarefas domésticas e familiares a não são legitimadas como trabalho.

Em reforço, e de acordo com dados do INE de 7 de Março de 2012, são as mulheres quem mais utilizam instrumentos de conciliação entre o trabalho e a família, como a redução do horário de trabalho, a interrupção de carreira, para além da já referida licença parental. Os cuidados a menores e a pessoas dependentes são, também, assegurados essencialmente pelas mulheres. Estas representaram 91,3% dos beneficiários desta licença (INE, 2010). A existência de filhos, sobretudo em idades mais baixas, e o nível de escolaridade condicionam a participação feminina no mercado de trabalho. Por outro lado verifica-se que as práticas profissionais e a organização dos serviços não têm dado particular relevo à masculinidade e papel dos rapazes e homens na Saúde Sexual e Reprodutiva (Balancho, 2004; Featherstone, Riveet e Scourfield, 2007; Marsiglio e Pleck, 2005).

Mudar as práticas, conforme se afirma no IV PNI, implica simplificar e agilizar o acesso à informação, mas também diversificar, agilizar e multiplicar os/as agentes com capacidade de interação com os futuros pais e mães influenciando o seu processo de decisão.

Os/as profissionais de saúde materna, infantil e planeamento familiar (em especial os profissionais de enfermagem) são agentes estratégicos neste processo, na avaliação das práticas existentes e na construção de novas abordagens e materiais. Igualmente estratégico é dar visibilidade aos pais e mães que já usufruíram do direito à licença parental partilhada, pois sendo minoritários nas estatísticas revelam-se quase invisíveis nas comunidades, empresas e no concelho.

Metodologia

A lógica da *investigação-ação* tem como preocupação incluir no processo de identificação dos problemas os novos questionamentos, as potencialidades e dificuldades que o trabalho de terreno evidencia, e a necessidade de proceder ao seu aprofundamento ou mesmo à sua inclusão, quando não inicialmente considerado.

Desenvolver dinâmicas que promovam o envolvimento ativo e o empoderamento dos vários atores-chave (professores/as e alunos/as do 3º ano do CLE e, Enfermeiras/os dos Centros de Saúde, voluntárias/os do CdCA, jovens, mulheres e homens da população e dirigentes das organizações da sociedade civil), são suporte à construção de estratégias que promovam o despertar das pessoas para a reflexão sobre: Orientação Sexual – OS; Identidade de Género – IG; Violência de Género – VG e Violência Doméstica – VD, ao nível do território.

A metodologia proposta/desenhada contribui para o reforço dos processos inovadores do projeto ao solicitar o envolvimento de todos os/as destinatários/as na base de uma lógica de construção coletiva que, no final, pode ser apropriado e disseminado com os produtos resultantes de cada uma das atividades do projeto nos quais todos os intervenientes se reveem.

Este envolvimento dos/as destinatários/as ao longo do processo de desenvolvimentos e construção dos produtos, constitui um objetivo e, em simultâneo, uma necessidade para uma maior eficácia do projeto, dada a importância fulcral do seu papel no efeito multiplicador e de disseminação que se deseja provocar.

O acompanhamento e auto-avaliação tem por suporte: a definição de indicadores quantitativos e qualitativos de execução; a análise qualitativa e quantitativa dos registos das ações e dos resultados, da qual resultarão relatórios produzidos pela coordenação do projeto; a monitorização dos índices de participação dos/as destinatários nas atividades propostas e dos materiais produzidos; a aplicação de instrumentos de recolha de dados qualitativos de tipo entrevista semidirecta, registo de testemunhos, questionários, escrita de textos ou outros, que expressem opiniões ou sentimentos; a seleção e introdução dos considerados relevantes; a avaliação pelas/os participantes das atividades desenvolvidas; as reuniões de equipa/grupo de acompanhamento que visam a análise permanente da coerência estratégica e metodológica das ações e dos resultados emergentes, assim como no proceder a ajustamentos e/ou alterações, caso se venham a considerar pertinentes e necessárias; o acompanhamento/consultoria de suporte à coordenadora e equipa técnica por técnica sénior da SEIES; a participação de peritas/os no acompanhamento à elaboração e validação dos produtos do projeto e na avaliação centrada, simultaneamente, no processo de concretização das

atividades e nos resultados obtidos.

O Agrupamento de Centros de Saúde Arrábida – ACES–A, que envolve 32 unidades de saúde pública, integra, na sua área de influência, os concelhos de Palmela, Sesimbra e Setúbal, deu o seu acordo de princípio para esta estratégia que, mais tarde, evoluiu para um protocolo formal.

A Ordem dos Enfermeiros – OE, «*tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional*» (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A sua preocupação dirige-se para com a regulamentação e disciplina da profissão de Enfermagem, designadamente para o que rege o desempenho do enfermeiro/a, seja Enfermeiro/a de Cuidados Gerais ou Enfermeiro/a Especialista (cada especialidade pertence ao seu colégio específico, como por exemplo, ao Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, pertencem os/as enfermeiros/as com o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – CPLEESMO).

A Direcção-Geral da Saúde – DGS é a autoridade de saúde do governo português que embora tenha autonomia administrativa pertence ao ministério da saúde e visa a regulamentação, orientação e coordenação das actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, além da definição das condições técnicas para uma adequada prestação de cuidados de saúde.

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva – PNSR existe desde 2007 e está sob a autonomia da DGS, abrangendo as seguintes áreas: Planeamento Familiar – PF, Vigilância Pré-Natal – VPN, Diagnóstico Pré-Natal – DPN, Interrupção Voluntária da Gravidez – IVG e Procriação Medicamente Assistida – PMA. Visa dar resposta ao Plano Nacional de Saúde 2012–2016 através de um modelo autónomo, flexível e dinâmico, que investe num conjunto de intervenções focadas no envolvimento das mulheres e dos homens na sua própria Saúde Sexual e Reprodutiva - SSR, mais abrangente do que concerne à prestação de cuidados de saúde, dado que objetiva a mobilização de recursos e capacidades de outros setores sociais, similarmente relevantes, para a obtenção de ganhos em saúde.

No ano letivo 2012/2013 procedeu-se à formação teórica de 25 estudantes do 3º ano do 11º CLE da ESS–IPS «*Sensibilização para a IG, VG e coparentalidade*». A este grupo de estudantes, solicitou-se-lhes a construção de uma grelha consensual de observação direta e crítica, com posterior registo das práticas de enfermagem referentes à informação fornecida às mães e/ou pais sobre coparentalidade. Esta grelha foi aplicada pelos estudantes do 3º ano do 11º CLE aquando da realização dos seus Ensinos Clínicos de Enfermagem, em contextos de Cuidados de Saúde Primários do ACES–A, na área da Mulher e Saúde Reprodutiva (Ensino clínico de Enfermagem VI: Mulher e Saúde Reprodutiva) e na área da Criança (Ensino Clínico de Enfermagem VII: Criança e Adolescente), a saber: Consulta de Planeamento Familiar; Consulta de Saúde Materna; Consulta de Saúde Infantil e Vacinação.

Temporalmente para o 11º CLE, no ano letivo 2012/2013, estes Ensinos Clínicos com uma carga horária presencial mínima de 168h em contexto real, decorreram durante o segundo semestre, em três fases e em diferentes unidades de saúde do ACES–A, nomeadamente: 1ª Fase: de 18 de fevereiro a 28 de março; 2ª Fase de 9 de abril a 19 de maio e 3ª Fase de 21 de maio a 27 de junho de 2013 nos seguintes contextos: Unidade de Saúde Familiar – USF Luísa Todi; USF Conde Saúde; USF Santiago; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

– UCSP São Sebastião; UCSP Pinhal Novo Praça do Ultramar; UCSP Pinhal Novo guerra Junqueiro; UCSP Santa Maria e UCSP Santo Nicolau.

Após o término deste período prático, o grupo de estudantes, professores e técnicos da SEIES reuniram-se e promoveram um focus-group, entre os estudantes que estiveram no ACES-A, para a efetivação de uma sistematização de resultados das observações realizadas/registadas. Deste grupo saiu um rol de informação sobre as questões/dúvidas provenientes das mães e/ou pais e do tipo de informação verbal e/ou escrita dita/fornecida assim como a identificação do tipo de documentos em carência e passíveis de possível complementaridade da informação possivelmente transmitida. Os estudantes tiveram em conta não só elementos em suporte físico como os de uso com a ajuda das tecnologias de comunicação e informação atualmente disponíveis. Assim consideraram-se como elementos constituintes do *Kit Cuidar a Coparentalidade*: documento orientador sobre a filosofia de parentalidade; documento sobre legislação de família; vídeo com testemunhos de pais e/ou mães que gozaram a licença parental. Foi abordada a questão de que a informação contida nos diferentes elementos constituintes do *Kit* deveriam ser traduzidos em várias línguas visando abranger o público-alvo de pais e mães de outros idiomas, que não o português, designadamente: inglês; francês; romeno; eslovaco; russo, assim como surgiu a ideia da construção de cartaz e folheto para duplicar e difundir pelas unidades de saúde e outros locais a considerar pertinentes.

No ano letivo 2013/2014, no 3º ano do CLE, estavam escritos estudantes do 12ºCLE, destes formou-se um grupo de 12 estudantes, voluntários, para darem continuidade ao trabalho em curso. Desta forma, foram colocados ao corrente do caminho já desenvolvido e do que ainda faltava fazer tendo em conta o projeto desenhado. Depois estes usufruíram de formação, similar à realizada aos seus pares do 11º CLE, designadamente a «*Sensibilização para a IG, VG e coparentalidade*». A estes foi-lhes pedido que pensassem sobre outros elementos possíveis de agrupar no *Kit* e que pensassem na estrutura física do mesmo tendo em conta o seu tamanho, aspeto, cor facilidade de manuseio, etc. Este grupo de estudantes colaborou com ideias relevantes para a estrutura física do *Kit*, concretamente assemelhou-o a uma almofada com cerca de 20/10cm, de forma cilíndrica e achatada, de cartão, com aberturas lateralizadas de fácil abertura e com uma fita ou cordão que servisse para o segurar na mão/prender no pulso.

Resultados

Até ao momento (1º trimestre de 2014), considera-se o projeto cuidar a parentalidade partilhada não só sustentado nas premissas do IV PNI, que terminou em 2013, como sendo um contributo para os interesses do atual V PNI que tem o seu início em agora 2014, procedeu-se à divulgação e discussão do percurso realizado/resultados obtidos com:

- Ordem dos Enfermeiros, que nos encaminhou para o Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e nos referenciou um enfermeiro do Colégio para integrar o grupo de investigação; - Direção-Geral de Saúde através da Divisão da Saúde Sexual e Reprodutiva, com quem se realizou reunião para explicitação do projeto, dos seus objetivos e resultados esperados alcançar;

- Representante nomeada, do ACES–A, enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica que integrou o grupo de investigação podendo dar a este projeto a visão do/a enfermeiro/a que intervém junto de pais/mães, seus clientes, podendo validar os elementos constituintes do *Kit* e do mesmo como ferramenta de trabalho para os enfermeiros/as;
- Redes de cooperação a nível local, regional e nacional, como é o caso da Câmara Municipal de Setúbal;

Continuidade

Na continuidade desta investigação–ação pretende-se reforçar as parcerias com a Ordem dos/as Enfermeiros/as, com o ACES–A, com a Direção–Geral da Saúde e com a Câmara Municipal de Setúbal.

Programar para realizar uma formação que objetive sensibilizar os/as Enfermeiros/as do ACES–A para as questões da parentalidade, IG e VG, sensibilizando-os para o uso da nova ferramenta de informação/divulgação do *Kit Cuidar da Coparentalidade*.

Proceder à promoção da utilização dos materiais produzidos com suporte nas parcerias estabelecidas e no recente V Plano para a Igualdade de Género, Cidadania e Não Discriminação.

Referências

- Balancho, L. (2004), «Ser pai: transformações intergeracionais na paternidade» in *Análise Psicológica*, 2 (XXII), pp. 377–386.
- Barroso, R. e Machado, C. (2011), *Definições, dimensões e determinantes da parentalidade*. Disponível on–line em http://www.academia.edu/1294639/Definicoes_Dimensoes_e_Determinantes_da_Parentalidade_Definitions_Dimensions_and_Determinants_of_Parenting_.
- Brás, P. (2008), *Um olhar sobre a Parentalidade (estilos parentais e aliança parental) à luz das transformações sociais actuais*, dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, disponível on–line em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/743/1/17380_Tese_de_Mestrado_Patricia_Bras.pdf. [Acesso em 12 de janeiro de 2014].
- Coleman, D. (2006), *Inteligência Social: A Nova Ciência das Relações Humanas*, Barcelos: Círculo de Leitores.
- Cruz, O. (2005), *Parentalidade*, Coimbra: Quarteto.
- Dadam, S. (2011), *Programa de Orientação para a Parentalidade: Avaliação da sua Importância e Momento Adequado de Aplicação*, dissertação de Mestrado

- em Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, de Coimbra, disponível *on-line* em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23457/1/TeseFinal.pdf>. [Acesso em 13 de novembro de 2013.]
- Dowd, N. (2000), *Redefining Fatherhood*, New York: New York University Press.
- Featherstone, B. e White, S. (2006), «Dads talk about lives and services» in Ashley, C.; Featherstone, B.; Roskill, C.; Ryan, M. e White, S. (Eds.), *Fathers Matter: research findings on fathers and their involvement with social care services*, London: Family Rights Group.
- Featherstone, B., Riveet, M. e Scourfield, J. (2007), *Working with Men in Health and Social Care*, London: Sage Publications.
- Gage, J., Everett, K. e Bullock, L. (2001), «Integrative review of parenting in nursing research» in *Christchurch: Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 38 (1), N.º 56. Disponível *on-line* em http://repository.cpit.ac.nz/eserv.php?pid=cpit:183&dsID=intergrated_review.pdf.
- Hockenberry, M. e Wilson, D. (2006), *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Ed.), Rio de Janeiro: Elsevier.
- Houzel, D. (2004), «As implicações da parentalidade» in *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milénio* (1ª Ed.), São Paulo: Casa do psicólogo Livraria e Editora Ltd.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.
- Lopes, J. (2012), *Implementação de uma Escola de Pais: Preparação para a Parentalidade*, Dissertação de Mestrado no Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu, disponível *on-line* em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1491/1/LOPES%20Joana%20Carvalho%2c%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20uma%20escola%20de%20pais.pdf>.
- Lowdermilk, D. e Perry, S. (2006), *Enfermagem na Maternidade* (7ª Ed.), Loures: Lusodidata.
- Marsiglio, W. e Pleck, J. (2005), «Fatherhood and masculinities», in Kimmel, M.; Hearn, J. e Connell, R. (Eds.), *Handbook of Studies on Men and Masculinities*, Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Martins, C. (2013), *A Transição no Exercício da Parentalidade durante o Primeiro Ano de Vida da Criança: Uma Teoria Explicativa de Enfermagem*, tese de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa, disponível *on-line* em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf.

- Matias, M., Silva, A. e Fontaine, A. (2011), «Conciliação de papéis e Parentalidade: Efeitos de género e estatuto parental», in *Revista Exedra*, N.º 5, Centro de Psicologia Diferencial, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, pp. 57–76. Disponível *on-line* em <http://www.exedrajournal.com/docs/N5/06A-Matias-Conciliacao.pdf>.
- Menezes, C. e Lopes, R. (2007), «Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé» in *Psico USF*, Vol. 12, N.º 1, pp. 83–93. Disponível *on-line* em <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v12n1/v12n1a10.pdf>.
- Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2001), *O mundo da criança* (8ª Ed.), Lisboa: McGraw–Hill de Portugal.
- Paula, J. (2012), «Estilos parentais, inteligência emocional e o *enfant terrible* – relações, implicações e reflexões», in *Rev. Enfermagem Referência*, Série III, N.º 8. Disponível *on-line* em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a16.pdf>
- Soares, H. (2008), *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*, dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem da Universidade do Porto. Disponível *on-line* em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/TeseMestradoHlia.pdf>.
- Soares, D. e Almeida, L. (2011), «Perceção dos estilos educativos parentais: sua variação ao longo da adolescência» in *Livro de atas do XI Congresso Internacional Galego–Português de Psicopedagogia da Universidade de Coruña*. Disponível *on-line* em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/15346>.
- Spinthall, N. e Collins, W. (2008), *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem Desenvolvimentista* (4ª Ed.), Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian – Serviço de Educação e Bolsas.
- Valente, O. (2009), *Parentalidade em Famílias Multiproblemáticas: Como os Técnicos a Avaliam*, dissertação de Mestrado em Vitimização da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Disponível *on-line* em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2747/1/605735_Tese.pd.

From Cultural Explanation to Intercultural Dialogue: a Contribution to the Study of Cape Verdean Maternal Health in Portugal*

Elizabeth Pilar Challinor[†]

In the search for new paths in culturally sensitive practices, we could take inspiration from Janus, the Roman God of beginnings and transitions who is usually depicted with two heads that allow him to look simultaneously towards the future and back into the past. With two heads facing opposite directions, Janus, the God of transitions, of doors and gateways would thus serve as a constant reminder that when we take one path there is at least one other path that we could have chosen to take instead. By situating himself at the threshold, simultaneously facing both paths, Janus reminds us to look in opposite directions and to keep all gates open. This is the stance that I shall attempt to adopt by looking in towards culture whilst simultaneously looking out away from culture in my analysis of Cape Verdean experiences of maternal and paediatric health in Portugal.

The fieldwork was conducted in hospital and health centre settings in the northern town of Porto, over a two year period (2008–10) accompanying around fifteen young student mothers during their medical appointments who were enrolled in vocational training schools and in a private university in Porto.

Let us begin by taking the path that takes us deeper into culture. When, for example, doctors and nurses refer to the developmental speech delays of Cape Verdean infants, recommending that mothers talk more to their toddlers, a more culturally sensitive approach may be to recognize that proximal contact is far more valued in many African cultures than distal contact. To carry baby on the back whilst doing chores in the house constitutes a culturally embodied practice whilst recommending a mother to make time at the week-end to talk more to her baby, may not. This is not to argue that all Cape Verdeans carry their babies on their backs or that none of them talk much to their babies. As

*The following earlier versions of this paper, were presented: «Looking at Maternal and Infant Health: In and Out of Culture» presented at the Conference «*In and Out of Public Health: New Paths in Culturally Sensitive Practices*» in Lisbon, ISCTE, June 1st 2011 and «Cape Verdean Student Mothers in Portugal: Reflections upon the 'Other'», presented at the Workshop «*Health and Citizenship: Equity in maternal-child healthcare in times of crisis*» in Lisbon, ISCTE, 27–28 February 2014. The research was funded by the Foundation for Science and Technology (FCT), Lisbon, Portugal in the Centre for Research in Anthropology (CIA) at the University of Minho (UM). It began as a post-doctoral grant (SFRH/BPD/36914/2007), and was then funded within the ambit of the Programa Ciência 2008 and the project «Care as Sustainability in Crisis Situations» (PTDC/CS-ANT/117259/2010) within the strategic project of CIA (PEst-OE/SADG/UI4038/2014).

[†]Researcher at CIA/UM: ✉ e.p.challinor@gmail.com

Van Binsbergen (2003, p. 476) points out, behind the illusion of cultural systematics, we find «multiple cultural orientations that criss-cross each other simultaneously». Some mothers choose not to speak in Portuguese to their babies to facilitate their integration into playgroups or childminding schemes. Others speak in Creole to their babies, who are cared for, while mothers work or study, by Portuguese speaking nannies and nurseries. These babies are thus brought up bilingually and, to return to the issue of child development, bilingual children do not reach the developmental milestones at the same times expected for monolingual children (De Houwer, 2009). And we can go further along this path by questioning these expectations in the light of Gottlieb's observations regarding how «a small minority in the world's youth population – Euro-American and European infants – set the “norm” against which all other infants are measured in child development discourses» (2004, p. 234). Although it may be asking too much, in the search for new paths in culturally sensitive practice, for health professionals to question developmental norms, there is still room for the ways in which these norms are applied to be open to cultural variation. The following vignette offers an example of this. Concerned that a Cape Verdean baby was underweight, a paediatrician was enquiring into the baby's diet:

“What do you give him for breakfast?”

“Soup.”

“Soup!” exclaimed the doctor in a tone of surprise. “That is not what I told you to give him in the morning. I told you to give him milk.”

“Do you eat soup in the morning?” she asked in the form of a rhetorical question expecting her to say “no”.

“Yes, I do”.

“Oh, right. Well then, give him soup in the morning. What do you put in the soup?”

The questioning continued so that the doctor could get an idea of the baby's daily diet and she finally concluded that the milk intake needed to be increased and asked the mother if she minded substituting the soup with milk for breakfast. The paediatrician explained that the issue was not about him having soup in the morning, it was rather about him not getting enough milk. This displayed an awareness of the danger of two separate issues becoming conflated: soup for breakfast, instead of insufficient milk take could easily be interpreted as the cause of the baby's underweight condition. By the next appointment, baby had put on more weight and the doctor congratulated mother, commenting on how beautiful the baby was looking. This particular example illustrates how doctors may exercise «cultural competency», avoiding the slippery slope of «cultural explanation» whereby «cultural» attitudes and practices become obstacles to overcome. When this occurs, there is a danger of slippage into forms of «cultural racism» and of limited outlooks. I have discussed elsewhere (Challinor, 2012a) a doctor's incomprehension of a Cape Verdean woman's refusal to be administered with a contraceptive arm plant, asking me whether the problem was «cultural or what?»

In her work on health care for infibulated Somali women in Norway, [Johansen \(2006, p. 530\)](#) argues that the efforts of health workers to be culturally sensitive lead to an «over interpretation of culture» in which the women were seen as «products of their culture» instead of as individuals who did not necessarily share the same views, concerns and practices. Respect for cultural practices, may in such cases lead to failures in communication. In the context of Cape Verdean culture, for example, some Cape Verdean mothers keep the umbilical cord to boil in water and give the liquid to their babies when they have a serious illness whilst others are repulsed by this practice. Rather than speak of a cultural practice it may therefore be more helpful here to adopt the term suggested by [Van Binsbergen \(2003\)](#), by talking of «cultural orientations» instead.

When culture becomes exoticised, biologised (my computer automatically underlines these words in red) and crystallised into meta-narratives that account for everything, then it is time to turn on our heels and walk back in the opposite direction, away from cultural explanations, to try and understand what else is going on. I have examined in detail ([Challinor, 2012a](#)) the tendency of health professionals to comment, during appointments, upon the «weird» names of Cape Verdean mothers and those they choose for their babies. This too takes us down the cultural explanation path, but this time, the focus is on the dominant Portuguese culture from which the health professionals are unable to distance themselves, in which traditional names are highly valued ([Pina Cabral and Lourenço, 1994](#)). The paediatrician, who took the time to tell the mother that the issue was not about soup for breakfast, displayed the ability to set aside her own reference system.

One of the problems about actively promoting «cultural competency» is that once the concept of «culture» has been appropriated it is «no longer controllable from its original base in science» ([Van Binsbergen, 2003, p. 479](#)). Too close a focus on «culture» may produce hollow stereotypes where an individual's «culture» or supposed lack of «culture» (remember we have lost control over the concept) is made to blame for undesired outcomes or to account for certain practices.

In her analysis of when doctors in France withhold patient information, [Fainzang \(2010, p. 106\)](#) found that they were far more likely to do so with patients who came from lower social backgrounds; they were more willing to discuss diagnoses and treatments with patients who had, what doctors referred to as, a «sufficient cultural level».

Promoting culturally sensitive practices may thus not always be about «culture» but also about social class. In the discussions that followed a conference I gave recently to an audience that included nurses, in which I discussed a case of the withholding of medical information, I was told by one participant that if my research had been carried out amongst Portuguese working class women, my findings regarding their experiences would have been similar to the case I had presented.

[Fainzang \(2010, p. 110\)](#) goes on to conclude that «inequalities of access to medical information do not result just from the insufficiency of the tools that society gives certain patients to allow them to understand it, but also from the fact that, a priori, information is withheld from patients belonging to certain social milieus». «Health literacy» is one of the tools that are often referred to, in connection with the promotion of «cultural competency» that will help patients to understand medical information. Yet, as [Ingleby \(2010\)](#) has pointed

out, the concept of «health literacy» is also problematic due to its implicit labelling of patients as illiterate and incompetent which takes us back down the cultural explanation path. Let's go for a walk inside a hospital instead.

The waiting room of the hospital where I accompanied around ten women to pre-natal checkups in Porto was often crowded with pregnant women, some sitting on their own, others accompanied by a partner, a relative or a friend; all waiting to hear their names called out over and above the hustle and bustle surrounding them. On busy days, long delays were frequent. Several Cape Verdeans mothers told me they no longer bothered to arrive on time for their appointments because they claimed it made no difference. When a woman's name was finally called out – presuming she was able to make sense of the muffled sound that came out of the loudspeaker and decipher, not only her own name, but also the room number to which she had been summoned – the woman would get up and walk into a long corridor, lined with doors out of which nurses and doctors constantly came in and out, in search of the right door to walk through. I have stood, on several occasions, with Cape Verdean mothers in the middle of the corridor, sometimes fruitlessly asking a busy health professional walking by, which room we should go into. On one occasion I understood room 3 (três) but the mother understood room 10 (dez) so we went to room ten to find a man sitting at a desk, taking off his overall. He looked up at us and without saying a word, shook his head. A few minutes later he walked by in the corridor where we were still lost, but appeared not to notice or care. I eventually discovered that when women were called to “the end of the corridor” this actually required walking through swing doors at the end of the corridor and turning right.

Tiredness, hunger and disorientation expressed itself in the body language of the women I accompanied, revealing hapless resignation to a disorientating system. None of this was due to «cultural difference» or to lack of «health literacy». Now, let's listen into a health appointment where a doctor asks a Cape Verdean mother if she has any «gynaecological problems» to which the mother replies that she does not. I then accompany the same mother to a chemist where she is denied the medication she requests because she doesn't have a prescription. I ask her why she didn't tell the doctor that she had a «gynaecological problem» and she replies that she had not understood the question. Is this lack of «health literacy»? I would argue that it is not. Lack of health literacy may be to have ignored the symptoms but this mother attempted to treat them by requesting medication at the chemist. We could also listen in to various paediatric appointments in which the mothers have requested medical attention for themselves and have been told by general practitioners that today is «baby day» and not a day for attending mothers or, by paediatricians, that the doctor is a baby's doctor and not a doctor for mothers. In most of these cases, it may be more helpful to talk about the promotion of «health systems literacy» (Challinor, 2012b) which takes the focus away from the embodied cultural practices and beliefs of the patient to look at the system: the institutional or organizational obstacles and barriers, the linguistic codes and professional formalities that prevent subjects from exercising their medical citizenship to the full. Promoting culturally sensitive practices is thus not just about «culture» and about social class; it is also about institutional and organizational responsiveness to patients' needs.

The institutional separation of mother's from baby's health, common in

many health centres, was not practised in one particular health centre, in which, after the end of the baby's consultation with the general practitioner, the doctor then asked «And what can we do for the mother?» Compare this to another health centre, in which a rigid separation was zealously practised, even though it was the same doctor who attended both mother and baby, but in different rooms and on different days. For student mothers from the professional training schools, the consequences of this separation went beyond the inconvenience caused of having to come to the health centre twice: for every medical appointment that entailed missing class, financial deductions were automatically made in the modest grants they were entitled to.

The hospital with the long corridor introduced a digital numbering system which helped to reduce the confusion caused when names and door numbers were not recognized over the loud speaker; whether the system created new kinds of problems remains to be seen. The importance of understanding the system is evident in the following case of a first come, first served policy, in a health centre for one-off medical appointments with whichever doctor is on duty (*consultas de recurso*). Patients who do not have their own family doctor which included a Cape Verdean mother I accompanied, have no choice but to use these appointments. The incidents described are reconstructed on the basis of my field notes.

I arrive at midday and ask a porter sitting at a desk what time can I expect to have a *recurso* appointment. He does not know, I have to go into the corridor where people are waiting and ask how many people there are in front of me, but he thinks there are nine. He explains that I have to wait and cannot leave my name and go. I say that I am here for someone else and he replies as long as I stay there is no problem. I ask if he hands out tokens. He says yes, he does, but only at 1pm. Is this when the appointments begin? No, they begin from 2pm onwards. I walk into the corridor and apart from five or six people, waiting on chairs lined up against the wall, do not see anybody to ask and so sit down in silence on one of the chairs, next to an old man who is reading a book. After a while, a man arrives and before sitting, announces in a loud voice: "Excuse me. Who is the last person for *recurso*?" A woman puts her hand up in the air. Another woman replies, "So, you sir, are number nine" and he sits down. After a few minutes, another man arrives and asks the same question and the penultimate arrival lifts up his hand. Only then do I understand the meaning of the porter's words and realize that I have been left out of the calculations. So I address the people present "I have been here for a while and am also here for *recurso*". The woman who administered the numbers replies: "You were talking to the porter for a long time. In that case you are number nine". She turns to the first man who came in and says "You are number ten" and, looking at the last man who arrived tells him he is now number eleven. I thank her and sit down again. Within a minute, another lady arrives, asking who is the last person for *recurso* and man number eleven lifts up his hand. She sits down and counting the people present declares out loud: "So I am number eight". A woman retorts "No, there are more people". "There are

eleven” informs the woman who appears to have taken charge. The newcomer sits down next to me and gets out her knitting. Evident.

It is evident from this description that patients who come for the first time for these appointments may not be aware of how the system works. Note the kind of spontaneous mediation that takes place as one of the patients assumes a leadership role. As shall become manifest below, a number of patients assumed that they were already waiting to be seen by the doctor that morning, but when the porter arrives, they discover that they were simply waiting to receive tokens for appointments in the afternoon.

It is now 1pm. The porter comes to give out the tokens, calling out the numbers and the people indicate who is who. He tells everyone to leave for lunch and to be back for 1.25pm. One of the women exclaims “Go for lunch! My husband is waiting at home for me to have lunch”. She adds in an indignant tone: “People who have their own family doctors it is not fair. They shouldn’t come to these appointments”. The porter replies that the family doctors also have lots of patients. “You are lucky”, he adds “because I still have some tokens left”. He has a maximum of fifteen for the doctor. Sometimes, he has to send six or seven people away when he runs out of tokens. “It is not me who makes the rules; it is the government, those in power who should be...” The woman who complained that her husband was waiting at home for lunch interrupted him “Them? Do you think they know what the health centres are like?” The old man who had been sitting next to me, quietly reading his book the whole time, is now on his mobile phone saying “I have been here since 11.15 and only now have I been given a token and I still have to wait until 1.30”.

The impersonality of a first come, first served system which advocates universal equality at the expense of equity (which is a form of addressing difference to achieve equality) appears to weigh on the porter’s conscience; however, the system does not allow him to identify individuals with special needs and he is the one who has to deal with the patients» complaints even though the porter is not responsible for how the system works. Those who are responsible, those in power, who, as one patient notes, do not have to subject themselves to these conditions are portrayed as privileged, distant, impersonal figures, which also evokes issues of social class.

Three hours later, still waiting for the appointment with the Cape Verdean mother who since arrived, I discover, whilst talking to the porter that he doesn’t give priority to anybody:

“If I give priority to somebody with diabetes then I also have to give priority to people with heart conditions”. He said the other day he felt sorry for a woman who was at the end of her pregnancy and allowed her to jump the queue. The doctor reprimanded him saying “Pregnancy is not an illness’. So there is no point because I am the one who gets into trouble”.

While we sat waiting, I had noted that there was a small, black and white barely visible notice, posted on a board in the corridor entrance, squeezed amidst larger colourful posters about domestic violence and other issues, which read (my translation):

Recurso Appointments at 14 hrs.
At 1pm the serial numbers are distributed.
At 1.30pm registration takes place.

The notice is barely visible and it takes more than seeing and reading this notice to understand how the system works. This is evident in the reactions of the patients, surprised and annoyed at having to wait for so long when they are told to go for a quick lunch. The spontaneous mediation that occurs, in order to respect the order of arrival, elucidates the impersonality of a system which offers no means of establishing priorities in accordance with potentially different degrees of need.

My description of the workings of this first come first served system elucidates the importance of looking beyond cultural explanation to understand how immigrants relate to health services. The idea that it is only immigrants who fail to grasp the workings of the health system is further challenged in the case of a Cape Verdean couple, Graziela and João, who used their «health systems literacy» to direct Portuguese patients in a health centre who had also failed to see a notice. João's comment that all that was needed was a bit of creativity to overcome this communication problem, takes us down a slightly different path in which «culture» is implicitly celebrated as the product of economic hardship. In Cape Verde, he told me, children had to make their own toys and were thus more creative whereas in Portugal everything was bought or given, so they don't develop so much creativity (see [Challinor, 2012b](#) for a full description). The focus here is not on culture embodied in the individual but rather on culture as a product of wider socio-economic forces.

Cultural competency models that focus on «cultural difference» may obscure structural power imbalances and fail to recognize that biomedicine is a cultural system itself ([Carpenter-Song et al., 2007](#), p. 1363). To view biomedicine as a cultural system adds weight to the notion that patients need to develop «health systems literacy», rather than just «health literacy». One mother told me that in Cape Verde «the girls don't start going for appointments until they are five months pregnant, but it is different here». Keeping women in, rather than out of, public maternal health services may depend on their level of «health systems literacy». The first time the mother who gave soup for breakfast to her son sought a doctor, she was five months pregnant and it was thanks to a Cape Verdean friend, also a young mother, who suggested that she go. When I asked why she had not gone to see a doctor beforehand, she said it was because she didn't know anybody, didn't know the place and didn't know what she had to do.

After the consultation regarding the feeding habits of her son, the mother commented to me that the doctor's many questions made her feel jumpy. Her experience contrasts with that of another mother's reaction who, upon having her first consultation with a new doctor, exclaimed to me afterwards: «Now

that is what I call a doctor, she asks questions, she wants to know things. I liked her». The difference in the two reactions lies in their divergent interpretations of the doctor's intentions. One mother felt threatened and disempowered by the questioning, whereas the other mother felt reassured and empowered by the doctor taking an active interest in her. The differences between these experiences cannot be accounted for in terms of cultural sensitivity through direct observation of the medical appointments; we have seen how careful the doctor was to explain that the issue was not soup for breakfast. It can only be accounted for by taking a wider perspective upon the structural power imbalances of the doctor-patient relationship. After the «soup for breakfast» appointment, the mother told me that one has to be careful with what one says because the nanny had warned her that if they think you are not taking proper care of the baby, they will remove the child from your care. So when the doctor started asking lots of questions she felt it was safer to say as little as possible.

In the work of Moro and her colleagues (2008) with migrant women in France, open meetings are held between mothers and any health professionals in the hospital interested in participating, with the explicit objective of breaking down power hierarchies, considering any subject worthy of discussion. Although cultural diversity is an important factor in these meetings, the doctors and nurses also share their own personal experiences in an attempt to create an environment that suspends the unequal power relations that traditionally characterize the rapport between doctor and patient (Moro, Neuman and Réal, 2008, p. 139). Is this a utopia for the Portuguese context which is generally characterized by the unconditional surrender of the patient into the hands of the doctor? Not necessarily. The shift, proposed here, from cultural explanation to intercultural dialogue is also about bridging the gap between «lay» and «biomedical» cultures. If we were to treat the cultural system of biomedicine in Portugal in the same way anthropology now looks at culture; if we were to take inspiration from the way the ancient God Janus looks simultaneously in opposite directions then we would avoid deterministic analyses in which health professionals are seen as products of a biomedical cultural system instead of as individuals who also vary in their understandings and concerns with whom dialogue is also possible. And, if the search for new paths in culturally sensitive practices were backed by the political will to provide the necessary institutional and organizational adjustments and support, then the conditions might be more favourable for enhancing the quality and efficacy of patient access and engagement – be they immigrants or not – with public health services.

References

- Carpenter-Song, E., Schwallie, M. and Longhofer, J. (2007), «Cultural Competence Reexamined: Critique and Directions for the Future» in *Psychiatric Services*, Vol. 58, No. 10, pp. 1362–1365.
- De Houwer, A. (2009), *An introduction to bilingual development*, Bristol: Multilingual Matters.
- Challinor, E. (2012a), «(Ir)responsible Mothers? Cape Verdean Students in

- the Portuguese Social Care Sector», in *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol. 8, No. 1, pp. 12–21.
- Challinor, E. (2012b), «Cidadania Médica, Culturas e Poder nos Cuidados Perinatais e Pediátricos de Imigrantes» in *Saúde e Sociedade*, Vol. 21, Nº.1 , pp. 76–88.
- Fainzang, S. (2010), «Patient Information Between Public Space and Anthropology: Ethnography’s Contribution to the Debate» in *Etnográfica*, Vol. 14, Nº. 1, pp. 97–114.
- Gottlieb, A., (2004), *The Afterlife is where we Come From: the Culture of Infancy in West Africa*, Chicago: University of Chicago Press.
- Ingleby, D. (2010), «Health, Morality and Migrants», paper presented at the Conference *Who Cares? Reassessing Risk, Vulnerability and the Social Care Sector*, ISCTE, Lisboa 22–24 September 2010.
- Johansen, R. (2006), «Care for Infiltrated Women Giving Birth in Norway: An Anthropological Analysis of Health Workers» Management of a Medically and Culturally Unfamiliar Issue» in *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 20, No. 4, pp. 516–544.
- Moro, M., Neuman, D. and Réal, I. (2008), *Maternité en Exil: Mettre des Bébé au Monde et les Faire Grandir en Situation Transculturelle*, France: Éditions la Pensée Sauvage.
- Pina Cabral, J. and Lourenço, N. (1994), «Personal Identity and Ethnic Ambiguity: Naming Practices Among the Eurasians of Macao» in *Social Anthropology*, Vol. 2, No. 2, pp. 115–132.
- Van Binsbergen, W. (2003), *Intercultural Encounters: African and Anthropological Lessons Towards a Philosophy of Interculturality*, Munster: Lit Verlag.

Lista de Autores

Bernardo, Luís, [63](#)
Bäckström, Bárbara, [98](#)

Caleira, Vasco, [129](#)
Challinor, Elisabeth, [139](#)
Costa, Fernanda, [129](#)

De Freitas, Cláudia, [117](#)

Hernández Plaza, Sonia, [1](#), [23](#)

Marques, António, [129](#)

Masanet, Erika, [48](#)
Maure, Gabriela, [90](#)

Ortiz, Alejandra, [9](#)

Padilla, Beatriz, [1](#), [9](#), [48](#)

Rebelo, Isabel, [129](#)
Rodrigues, Elsa, [9](#)

Santinho, Cristina, [48](#)
Santos, Mário, [75](#)