

**AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IMIGRANTES
BRASILEIROS EM PORTUGAL
ASSESSMENT OF ACCESS TO HEALTH SERVICES OF THE BRAZILIAN
IMMIGRANT IN PORTUGAL**

Iris do Céu Clara Costa, Professora doutora, Pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN-Brasil. Artigo resultante de pesquisa realizada no estágio pós-doutoral, vinculado ao Projeto de Cooperação Internacional GRICES/ICCTI: Migração e Saúde em Contextos Português e Brasileiro (119/05).

Email: irisdoceu@ufrnet.br e iris_odontoufrn@yahoo.com.br

Natália Ramos, Psicóloga, Professora doutora Pesquisadora do CEMRI, GI – Saúde, Cultura e Desenvolvimento, Universidade Aberta de Lisboa-UAb-Portugal. Coordenadora do referido Projeto em Portugal. Email: natpramos@hotmail.com

Antonia Oliveira Silva, Enfermeira, Professora doutora, Pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba-UFPB-Brasil. Coordenadora do referido projeto no Brasil.

Email: alfaleda@hotmail.com

Autora responsável pela correspondência:

Iris do Céu Clara Costa, Avenida Senador Salgado Filho 1787, Lagoa Nova, Natal-RN-Brasil, CEP: 59056-000, fone/fax: 84 32154133

RESUMO

A comunidade brasileira constitui-se na maior população estrangeira residente em terras lusitanas. Esta pesquisa objetivou conhecer as representações sociais de 70 imigrantes brasileiros residentes em Portugal há pelo menos um ano, que já tinham utilizado serviços públicos de saúde. O cenário da Pesquisa foi a “Casa do Brasil” em Lisboa, instituição de apoio sócio-jurídico aos imigrantes. Os instrumentos de coleta de dados foram um Teste de associação livre de palavras (TALP), com os estímulos: saúde, doença, acesso à serviços de saúde, além de entrevista semi-estruturada. A preocupação com adoecimento, dificuldades, adversidades e insegurança estão presentes na realidade desse grupo. Conclui-se ser necessário o delineamento de políticas e estratégias de intervenção, especialmente preventivas, mais resolutivas, abrangentes e eficazes para os imigrantes. É importante que eles sejam incluídos nas políticas sociais e de saúde, considerando que têm direitos e deveres como qualquer cidadão e como força de trabalho, ajudam o crescimento do país.

Palavras-Chave: saúde do imigrante; imigração; atenção básica.

ABSTRACT

The Brazilian community constitutes the largest foreign population resident in Portugal. The aim was to understand the social representations of 70 Brazilian immigrants living in Portugal for at least one year who had used public health services. The scenario of the search was the "House of Brazil" in Lisbon, the institution of socio-legal support to immigrants. The data collection instruments were a Test Free Word Association (TALP), with stimuli: health, disease, access to health services, as well as semi-structured interview. The preoccupation with illness, difficulty, adversity, insecurity is present in reality this group. It is concluded that the design of appropriate policies and intervention strategies, especially preventive, resolving most comprehensive and effective for immigrants. It is important they be included in social policy and health, considering they have any rights and duties as a citizen and as a workforce, help the country's growth.

Keywords: health of immigrant, immigration, primary attention.

HISTORIANDO AS MIGRAÇÕES EM PORTUGAL E NO MUNDO

O direito à saúde é um direito fundamental para o exercício dos outros direitos humanos. As questões da saúde, dos direitos humanos e da cidadania das minorias étnico-culturais e migrantes fazem parte das preocupações universais, principalmente da União Europeia, dos responsáveis políticos, dos profissionais e dos pesquisadores (RAMOS, 2012).

No mundo globalizado que vivemos atualmente, as pessoas continuam a deslocar-se dentro ou fora dos seus territórios, em busca de melhores condições de vida, devendo estes movimentos migratórios ser considerados como um direito humano. A migração ocorre, sobretudo no interior dos países, estimando-se haver 740 milhões de migrantes internos; 224 milhões de migrantes internacionais legais ou ilegais, vivendo atualmente fora dos seus países de origem, dos quais algo em torno de 100 milhões são mulheres; além de 14 milhões de migrantes refugiados devido à insegurança, a catástrofes ou a guerras. Em Portugal, a população de origem estrangeira representa cerca de 5% da população residente, segundo dados de 2010, cujos registos relatam 443055 estrangeiros com título de residência válido. A comunidade brasileira constitui a maior população estrangeira residente em Portugal, seguida pela população da Ucrânia, Cabo Verde, Romênia e Angola (RAMOS, 2004, RAMOS, 2012).

Portugal país de imigração, sobretudo a partir dos anos 70, quando se confrontou com um forte movimento migratório, continua a ser um país de emigração. Estima-se que o número de portugueses e de descendentes residentes no estrangeiro é de 4,9 milhões, o que corresponde a 50% da população residente em Portugal, tendo esse país se transformado conforme mostram as estatísticas num dos grandes berços mundiais das diásporas (RAMOS 2001).

Os fluxos migratórios são atualmente mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e complexos do que no passado, atingindo todos os continentes, gêneros, classes sociais, gerações e os vários domínios da vida pública. É a Europa que acolhe um maior número de migrantes (64 milhões), seguida da Ásia (53 milhões) e da América do Norte (44,5 milhões). Dados revelam que o número de migrantes internacionais quase triplicou, desde 1970. Só na União Europeia (UE), o número de migrantes oriundos de países extra europeus, aumentou 75% desde 1980 (RAMOS, 2009).

Em 2003 a população estrangeira residente em Portugal somava 5% da população total, o que constituía um total de 434.548 indivíduos, estando basicamente distribuído por quatro setores: trabalhadores indiferenciados, trabalhadores especializados da construção civil, vendedores ambulantes e empregados do serviço doméstico (SEF, 2004, apud RAMOS, 2006). No ano de 2010 o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras-SEF tinha nos seus registos que 119.363 brasileiros viviam em Portugal com situação regular, sendo 66.885 (56%) do sexo feminino e 52478 (44%) do sexo masculino (REIS, RAMOS, 2012). Além disso, programas de intercâmbio universitário têm proporcionado uma diversidade cultural igualmente representada nos 3 milhões de estudantes de ensino superior que se encontram fora dos seus países e que estão em aumento crescente, assim como nos fluxos de trabalhadores qualificados. Em 2000, 11% dos enfermeiros e 18% dos médicos que trabalhavam nos países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico-OCDE eram de origem estrangeira (OCDE, 2007). A OCDE é uma organização internacional, composta por 34 países, com sede em Paris-França, cujo objetivo é promover políticas que visem o desenvolvimento económico e o bem-estar social de pessoas por todo o mundo.

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AS QUESTÕES CULTURAIS

O Migrante é aquele para quem a migração poderá ampliar a perspectiva de liberdade, melhorar as condições de vida, aumentar o acesso aos serviços básicos, à escolaridade, à saúde e à participação, além de se constituir um fator importante de desenvolvimento, se lhe for proporcionado acolhimento adequado que lhes permita desenvolver-se nos contextos

social, educacional, sanitário e político. Porém, o processo migratório pressupõe adaptações pelas quais o migrante deverá passar, exigindo dele vivências muitas vezes hostis num mundo desconhecido que poderão transformar-se em problemas psicológicos e por vezes gerar stress acentuado pelo processo de aculturação. (REIS, RAMOS, 2012).

A migração contempla a adaptação do indivíduo a uma nova cultura, língua, regras culturais e uma dinâmica de vida diferentes, o que fragiliza o migrante social e psicologicamente. Sendo assim, o imigrante tem que desenvolver estratégias de adaptação que resultam em diferentes modalidades de aculturação, definida como o conjunto de transformações culturais provenientes dos contatos contínuos e diretos entre dois grupos culturais independentes, que lhes possibilite solucionar os problemas advindos dessa condição (RAMOS, 2008).

Segundo Ramos (2012) os migrantes possuem mais dificuldades de acesso a serviços e bens que previnem doenças e promovem saúde, tais como cuidados pré-natais e busca ativa de câncer, por exemplo, do que a população do país acolhedor. Essa afirmativa é reforçada, quando declara que os migrantes, especialmente aqueles que vivem na clandestinidade, apresentam patologias mais graves, devido, sobretudo a falta de diagnóstico precoce e ao tratamento tardio, além da carência psicossocial.

A esse respeito Schouten et al (2009) lembram da síndrome da exclusão, a qual resume sentimentos de vergonha, desespero e impotência, que os migrantes vivenciam nas suas relações, por incapacidade de exigir e defender seus direitos, o que poderá gerar doenças psicossomáticas e afetar suas perspectivas de futuro.

Um estudo realizado com usuários de centros de saúde gratuitos da região parisiense demonstrou que havia uma predominância de doentes de nacionalidade estrangeira (68 a 84%). Ao se comparar com a população como um todo, a de estrangeiros apresentou um pior estado de saúde geral, com uma maior prevalência de doenças acompanhadas principalmente de dores, síndromes depressivas e intoxicações e muitas idas e vindas ao hospital público em situações de urgência, mais que a população em geral. Aliado a tudo isso, os doentes estrangeiros por falta de condições em dar continuidade, abandonam mais rapidamente os tratamentos curativos e o uso de medicamentos (CREDES, 2003 apud RAMOS, 2004).

Nesse sentido, a globalização, a migração de pessoas e a multiculturalidade, tanto em Portugal quanto noutros países e continentes, tem gerado questões de diferentes nuanças, as quais têm exigido soluções da sociedade, dos serviços e dos governos em todas as instâncias. Diante dessas novas demandas surgidas com a migração, faz-se necessário que as políticas de prevenção e intervenção estejam fundamentadas numa perspectiva multidisciplinar, focada nas pessoas, nas relações sociais, ambientais e políticas, capaz de gerenciar toda essa pluralidade cultural, no sentido de promover saúde física e mental dos indivíduos e consequentemente da família e da sociedade de pertença (STRONKS et al., 2001; PHINNEY et al., 2001).

Portanto, a nova vida em outro país traz para o migrante, situações de conflito que o obrigam a conviver concomitantemente com realidades distintas entre o seu país de origem, onde viveu até então e o país de acolhimento no qual deverá se acostumar e se aculturar. Essa nova realidade mostra ao migrante uma situação de vulnerabilidade, onde de um lado quando emigra, ele sai, abandona, deixa para trás a sensação de proteção que o ambiente onde nasceu lhe dá, para no outro lado, quando imigra, confrontar-se com o novo, o desconhecido, onde terá de reconstruir, se aculturar às coisas que outros elaboraram, as quais ele terá que se acostumar, vivenciar, se adaptar para melhor sobreviver. Segundo Ramos (2008), são várias as mudanças que o migrante experimenta que podem ser agrupadas em físicas - que referem-se a mudanças no ambiente e nos hábitos de vida), biológicas - porque está exposto à novas doenças, o que o fragiliza biologicamente, sociais - porque deverá estabelecer novas relações, culturais - porque deverá aprender uma nova língua e adaptar-se a uma religião e sistemas de

formalidade e educação, além de mudanças psicológicas experimentando novas motivações e finalmente mudanças políticas com perda da sua autonomia e adequação a um novo regime e novas leis.

Nesse contexto a aculturação compreende o conjunto de transformações culturais resultantes dos contatos contínuos e diretos entre dois ou mais grupos culturais independentes (RAMOS, 2006), onde ocorre um processo recíproco de transformações que atinge todas as pessoas envolvidas. No processo de aculturação quatro estratégias importantes – Assimilação, Integração, Separação e Marginalização - estão presentes. A Assimilação ocorre de forma unilateral, quando os membros do grupo minoritário esquecem seus padrões culturais, se apropriando da identidade e elementos culturais do outro grupo; a Integração consiste na manutenção parcial dos seus valores culturais de origem e absorção de valores da sociedade de acolhimento; a Separação que ocorre quando o sujeito se fecha e insiste em não estabelecer relações, além da Marginalização que acontece nos casos em que, por discriminação, o sujeito é proibido de participar da vida social e das Instituições da sociedade de acolhimento (RAMOS, 2004; RAMOS, 2006).

A aculturação pressupõe a absorção de uma nova cultura, bem como a decisão conflituosa do imigrante entre o que ele gostaria de preservar e o que terá de substituir nos hábitos culturais de origem, ou seja, a convivência concomitante de dois códigos culturais, algumas vezes contraditórios e em alguns momentos incompreensíveis, que poderá gerar psicopatologias, dificuldades de adaptação e estresse (RAMOS 2008; RAMOS, 2009).

INFLUÊNCIA DO PROCESSO MIGRATÓRIO NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Em busca de proteção mútua e por partilharem idênticas condições de sobrevivência e de exclusão social, os migrantes acabam se concentrando em bairros degradados, sem condições de higiene e habitação adequadas, o que agrava suas dificuldades, expondo-se a riscos à saúde inclusive, induzindo à situações de intolerância, discriminação e preconceito, gerando por sua vez na população autóctone sentimentos da mesma natureza. Nesse sentido, dados do European Social Survey (ESS) de 2002, revelaram que paradoxalmente, embora 68% das pessoas da união Europeia considerem que os imigrantes devam ter os mesmos direitos que as pessoas dos países de acolhimento, 70% dessas mesmas pessoas declaram serem estes os responsáveis pelo aumento da insegurança e da criminalidade (RAMOS, 2004).

E, apesar da legislação portuguesa garantir aos migrantes o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, estatuto legal e nível económico segundo Despacho 25 360/2001, do Ministério da Saúde (RAMOS, 2012), na prática, esse acesso pode encontrar algumas dificuldades e barreiras.

Três em cada quatro imigrantes ilegais não se beneficia de cuidados de saúde, segundo o Observatório Europeu de Acesso à Saúde dos Médicos do Mundo (MdM). Três razões são apontadas para isto: desconhecem os seus direitos (33%), porque os profissionais lhes recusam esse direito (10%) ou simplesmente porque têm medo de serem denunciados ao poder público caso estejam em situação ilegal. O cenário repete-se nos oito países estudados, incluindo Portugal, apesar de ser um dos que têm as leis mais positivas na Europa no que se refere à imigração (NEVES, 2008; PHINNEY et al., 2001). Metade das pessoas que tiveram problema de saúde sofreram atrasos nos cuidados e 10% dizem que lhes foi recusado tratamento. Por tudo isto, a associação Médicos do Mundo (MdM) propõe uma carta de saúde para os estrangeiros residentes na Europa, que possa assegurar os cuidados de saúde para todos e impedir que os ilegais doentes sejam extraditados (NEVES, 2008; SOUSA, 2008).

O nível de assistência médica aos imigrantes estabelecido por lei, varia muito entre todos os países europeus, especialmente em relação aos residentes ilegais. Na Bélgica, o

atendimento é gratuito apenas em caso de urgência e para imigrantes sem recursos. Portugal proporciona assistência completa, mas o paciente deve arcar com uma parte das despesas e comprovar que vive no país há mais de três meses. A Espanha é considerada pela organização não-governamental Médicos do Mundo (MdM) um dos países com melhores condições sanitárias para os imigrantes. O governo dá direito a atendimento médico completo e gratuito a todos os estrangeiros inscritos na administração da cidade onde vivem. Para o ministro de Saúde espanhol, Bernat Soria, o compromisso assinado por 27 países em Dezembro de 2007, representa um passo adiante na criação de uma Europa mais justa (FOLHAONLINE, 2008; NEVES, 2008).

Nesse contexto, é válido afirmar que a migração gera mudanças significativas na estrutura social e familiar, com reflexos importantes na saúde dos imigrantes. Dessa forma, o aumento dos índices de morbidade, mortalidade, doenças graves, comportamento de risco (alcoolismo, tabagismo e sedentarismo), níveis elevados de estresse e baixa expectativa de vida se intensificam nessas pessoas (NEVES, 2008; SCHOUTEN, 2009).

Sobre morbidade, algumas patologias que muitas vezes são endemias nos países de origem dos imigrantes e já são extintas nos países de acolhimento, praticamente exigem dos médicos que trabalham em serviços de urgências onde se atendem imigrantes, que estudem sobre essas doenças para saberem tratá-las quando necessário. Doenças como neurocisticercoses, tuberculose, hepatite, doenças infecciosas e parasitárias, paludismo, Síndrome de Ulisses, dentre tantas outras, foram as mais presentes nos imigrantes que fizeram parte do estudo de Junyent et al. (2006). A Síndrome de Ulisses é das patologias psíquicas mais frequentes nos imigrantes atendidos nas urgências e compreende um quadro clínico que inclui disritmia cardíaca, depressão, advindas nomeadamente da solidão, sentimento interno de fracasso, situação de desemprego, medo do amanhã e luta ferrenha pela sobrevivência. Devido a sua alta prevalência, principalmente nos imigrantes em situação irregular ou recém chegados, este transtorno merece uma atenção de destaque pelas autoridades sanitárias dos países de acolhimento (JUNYENT et al., 2006).

Sabe-se que o processo migratório, inclui rupturas espaciais, temporais e transformações as mais diversas, bem como diferentes modalidades de aculturação. É um processo complexo que pode trazer consequências na saúde física e psíquica do migrante, no qual a experiência e a situação migratória influenciam o modo de utilização dos cuidados e serviços de saúde e sociais. Dentro desse processo, o suporte social formal inclui os técnicos e os serviços sociais, hospitalares, educativos e administrativos organizados para promoverem apoio formal e assistência do tipo sanitária, educativa, social, administrativa e jurídica dentre outras. O suporte social informal inclui amigos, vizinhos, familiares, grupos sociais como clubes, associações, igrejas e outros, que oferecem apoio emocional, suporte na vida diária e nas dificuldades cotidianas (REIS, RAMOS, 2012).

Pesquisas sobre a saúde dos migrantes têm mostrado que as dificuldades mais comuns dizem respeito ao acesso aos serviços e onde eles estão localizados, além da burocracia excessiva, preconceito, exclusão social, passando ainda pelo desemprego, isolamento, desinformação e pobreza (RAMOS, 2012). De forma geral, os imigrantes têm mais fontes de estresse e probabilidade de sofrer os efeitos oriundos dos fatores ambientais, em função da precariedade das suas condições de vida e de trabalho, dos conflitos étnicos, da discriminação, do isolamento social e principalmente por possuírem menos condição de enfrentar todas essas adversidades. A angústia é então apontada como o sentimento mais comum que se vivencia na experiência migratória (REIS, RAMOS, 2012).

Ao mesmo tempo, a procura dos serviços de saúde pelo migrante está em função das suas necessidades, e é fortemente influenciada pela sua cultura de origem, crenças e práticas, bem como, pelo conhecimento da cultura, línguas e redes de apoio do país de acolhimento. A literatura descreve a saúde como um fenômeno biopsicossocial por sofrer influencia das mais

diversas origens, tais como, fatores relacionados ao meio social e cultural, como hábitos de vida, crenças, valores e práticas de saúde e doença, como particularidades biológicas e genéticas, grau de escolaridade e utilização de serviços formais e informais de saúde. Por sua vez, o processo saúde-doença é entendido como complexo e dinâmico, estando diretamente relacionado com os contextos cultural, sócio-econômico e político, com os hábitos, comportamentos e crenças individuais e com o acesso aos serviços de saúde, resultando da interação de causas as mais diversas, internas e externas que acontecem ao longo do tempo e em distintos contextos (REIS, RAMOS, 2012)

Inúmeros fatores podem agravar as dificuldades de acesso do imigrante. O primeiro obstáculo que o imigrante encontra na sua chegada a um serviço de saúde é no acolhimento, onde a burocracia, aliada a falta de documentos e conhecimento insuficiente do idioma falado, entravam a sua admissão ao atendimento. Outro ponto importante é a situação (legal, ilegal, política e social) do imigrante, a qual poderá refletir no seu comportamento no que se refere aos cuidados de saúde, fazendo surgir o medo de ser denunciado no caso de estar em situação ilegal, de omitir os sintomas com receio de ser demitido ou ao contrário, acentuá-los na tentativa de chamar a atenção para si. Por sua vez, os profissionais em geral não fazem nenhum esforço para se fazerem entender, o que aumenta a ansiedade e os conflitos no processo de comunicação, que extrapolam as dificuldades na compreensão dos sinais e sintomas do doente, o que poderá originar erros na avaliação clínica e diagnóstico, bem como na terapêutica e condução do tratamento em si (RAMOS, 2006; SOUSA, 2008; SCHOUTEN, 2009; REIS, RAMOS, 2012).

Em muitos casos, os mitos, a cultura e sua maneira de compreender a saúde acabam interferindo ou criando conflitos entre o que o médico aconselha e o que o paciente entende e interpreta à sua maneira. Para se fazer compreender e alcançar um bom diagnóstico e tratamento adequado, muitas vezes o médico precisa da ajuda de terceiros, tendo que lançar mão de gestos e mímicas que facilitem a comunicação profissional/paciente. Não há dúvida que o idioma é o problema mais imediato com que se depara o imigrante, especialmente nos atendimentos de urgência, o que representa uma barreira importante entre o médico e o paciente (JUNYENT et al., 2006; SCHOUTEN, 2009).

Portanto, pautados na literatura anteriormente colocada os objetivos dessa pesquisa foram: verificar o acesso dos imigrantes brasileiros nos serviços de saúde em Portugal; identificar as estratégias utilizadas no atendimento em saúde; analisar a percepção que os imigrantes brasileiros têm sobre os serviços de saúde portugueses e apreender as representações sociais acerca do processo saúde-doença construídas pelos imigrantes brasileiros.

PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa classifica-se como um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, buscando-se explorar e descrever fenômenos sócio-culturais sobre representações sociais da imigração no que se refere à saúde, doença e acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, as pesquisas descritivas têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população, dimensões investigadas no presente estudo (ESTRELA, 2005). O cenário da coleta de dados foi a “Casa do Brasil” de Lisboa uma instituição de apoio sócio-jurídico aos imigrantes em Portugal, especialmente aos brasileiros residentes.

Foram entrevistados 70 imigrantes brasileiros residentes em Portugal há pelo menos um ano e que já tinham utilizado os serviços públicos de saúde. Como exigência ética, na abordagem dos sujeitos eram colocados pela pesquisadora os objetivos da pesquisa e explicados todos os princípios éticos (autonomia, confidencialidade dos dados, anonimato dos sujeitos, dentre outros) que embasam e regulam as pesquisas com seres humanos e a partir dos quais ela foi concebida e elaborada (DECLARAÇÃO DE HELSINKI, 2008, RESOLUÇÃO,

2008). Somente depois desse preâmbulo explicativo e com o consentimento livre e esclarecido assinado pelo sujeito entrevistado, a coleta de dados era então iniciada.

Os instrumentos de coleta de dados foram um Teste de associação livre de palavras (TALP), com os seguintes estímulos indutores: saúde, doença, acesso à saúde, além de uma entrevista semi-estruturada com o seguinte roteiro: 1-Você já teve algum problema de saúde aqui em Portugal? SIM () NÃO (), 2-Se respondeu SIM, você precisou usar os serviços de saúde? Centro de Saúde ou Hospital? Diga qual. 3-Se utilizou, diga sua opinião sobre o serviço e 4-Como foi o acesso ao serviço de saúde? Fale um pouco sobre isso.

Sobre o Teste de Associação Livre de Palavras, é o mais antigo dos testes projetivos utilizados em Psicologia Clínica e ajuda a localizar zonas de bloqueamento de um indivíduo, permitindo que apareçam espontaneamente associações relativas a palavra indutora.

Quanto a análise dos dados, aqueles pertinentes ao TALP, foram analisados e comparados entre si a partir de uma análise quantitativa executada pelo software EVOC 2000, tomando-se por base a frequência (F) e a ordem média de evocação (OME) (VÈRGES, 2002). Para tal, as palavras foram organizadas através de um processo de classificação, agrupando-se as palavras idênticas ou similares por aproximação dos sentidos semânticos, com a finalidade de estabelecer as categorias de análise para posterior descrição e compreensão das evocações a partir da Teoria do Núcleo Central (ABRIC, 1998).

As evocações que figuram no quadrante superior esquerdo das figuras 1, 2 e 3 são as que fazem parte do núcleo central. As que estão no quadrante inferior direito pertencem ao sistema periférico, enquanto as demais são consideradas pertencentes ao sistema intermediário. O núcleo central determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação e é nesse sentido o elemento unificador e estabilizador da mesma. Ele é determinado, por um lado, pela natureza do objeto representado; por outro lado, pela relação que o sujeito mantém com esse objeto. Em torno do núcleo central, se distribuem os elementos periféricos da representação que, atualizam e contextualizam as determinações normativas do núcleo central. Diferentemente deste, o sistema periférico é flexível e mais sensível ao contexto imediato, sendo nele portanto, que devem se concentrar as estratégias que visem interferir no núcleo das representações de um grupo (ABRIC, 1998; VÈRGES, 2000).

As falas obtidas através da entrevista foram categorizadas, descritas e interpretadas pela Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2011) A Análise de conteúdo é uma maneira de revelar o que há de significativo nas comunicações escritas pelos pesquisados, no que diz respeito ao objeto de estudo. Assim, esta técnica enquanto analisa as condições de produção do discurso, efetua inferências sobre as mensagens inventariadas e sistematizadas, articulando o discurso com o contexto de produção. Após a leitura flutuante do material gerado, foram definidas as categorias: acesso favorável, acesso neutro e acesso desfavorável, para posterior descrição, articulação e entendimento das mesmas (BARDIN, 2011)

DESCREVENDO E INTERPRETANDO OS RESULTADOS

Dos setenta imigrantes entrevistados, 50% eram do gênero feminino e 50% do gênero masculino. Quanto ao grau de escolaridade, a Tabela 1 mostra que aproximadamente 50% têm o segundo grau completo, o equivalente no sistema educacional português ao 12º ano de escolaridade. Apenas cinco têm curso superior completo (correspondendo a mais de 12 anos de estudo), onze interromperam a formação superior e emigraram do Brasil para Lisboa em busca de oportunidades de emprego e os restantes, têm escolaridade no nível de primeiro grau completo ou incompleto (entre 1º e 9º ano de escolaridade em Portugal).

Tabela 1: Imigrantes brasileiros entrevistados segundo faixa etária e grau de escolaridade. Lisboa-PT, 2012.

ESCOLARIDADE	Até 9 anos de estudo	Menos de 9 anos de estudo	Mais de 9 até 12 anos de estudo	Mais de 12 anos de estudo	Total
IDADE					
20 a 30	2	3	14	11	30
31 a 40	5	3	16	3	27
41 a 50	4	2	4	1	11
+ de 50	1	-	-	1	2
Total	12	8	34	16	70

No que diz respeito as representações sociais, as figuras 1, 2 e 3 mostram respectivamente os possíveis núcleos centrais dos estímulos indutores usados no TALP: saúde, doença e acesso aos serviços de saúde do grupo de imigrantes brasileiros entrevistados nesta pesquisa.

Figura 1. Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central sobre saúde do imigrante brasileiro em Portugal. Lisboa, 2012.

OME < 2,0		OME > 2,0	
F > 52	Dificuldades (95) 1,9		
F entre 30 e 51		Qualidade de vida (44) 2,2	
		Importante (39) 2,1	
		Medo (30) 2,1	

Em relação à saúde do imigrante, a figura 1 revela que dificuldades as mais diversas ocupam o Núcleo Central e provavelmente estão ligadas à memória coletiva do grupo, diante da experiência de viver em um país estrangeiro. A busca pela saúde e qualidade de vida, o reconhecimento da saúde individual como um bem importante e o medo de perdê-la, estão cotidianamente presentes na vida do imigrante, e acabam reforçando o caráter central da necessidade de lutar contra essas dificuldades, em relação à saúde, para mantê-la a todo custo, como um elemento importante para a própria sobrevivência.

Figura 2. Identificação dos possíveis elementos do Núcleo Central sobre doença do imigrante brasileiro em Portugal. Lisboa, 2012.

OME < 2,0		OME > 2,0	
F > 52	Solidão (90) 1,90	Desemprego (69) 2,10	
		Dificuldades (55) 2,10	
F entre 25 e 51		Preocupação (25) 2,01	

Os resultados mostrados na figura 2 revelaram um núcleo central sobre a doença caracterizado pela solidão, que foi o sentimento mais forte que os imigrantes dizem sentir ao

lembrar da expressão indutora (doença), palavra que aparece como um elemento consensual acerca da temática e que aponta para uma provável homogeneidade do grupo, no tocante aos sentimentos mais comuns que acompanham a solidão: tristeza, angústia, sofrimento e depressão. Na estrutura da representação social, percebe-se claramente apenas aspectos negativos presentes tanto no núcleo central, como também nos sistemas intermediário e periférico. A estrutura representacional revela ainda, a vulnerabilidade e a fragilidade emocional do imigrante advinda da doença em um contexto adverso de desemprego e dificuldades.

Figura 3. Identificação das RS sobre acesso aos serviços de saúde, pelo imigrante brasileiro em Portugal. Lisboa, 2012.

	OME < 2,0	OME > 2,0
F > 70		
Dificuldades (92)	1,90	Bom atendimento (78) 2,01
F entre 40 e 69		Burocracia (40) 2,01

A palavra “dificuldades” aparece como o núcleo central das RS de acesso aos serviços de saúde (quadrante superior esquerdo). No sistema intermediário (quadrante superior direito) a categoria positiva (bom atendimento) encontra-se presente. É possível afirmar que não há consenso em relação a acesso aos serviços de saúde pelo grupo. Ora eles falam que foram bem atendidos, mas também aparecem relatos de mau atendimento. Nas entrevistas aparecem aspectos da experiência do grupo em relação ao acesso aos serviços de saúde, relatados de maneira espontânea, do que foi realmente vivido por cada um. A realidade deste grupo no que se refere ao acesso à assistência (presente no sistema periférico) mostra que, provavelmente, há muita burocracia na área da saúde, o que provavelmente reitera as dificuldades surgidas no núcleo central.

As entrevistas foram transcritas e digitadas num arquivo Word. O corpus resultante foi organizado em três categorias: Acesso Favorável (Quadro 1), Acesso Neutro (Quadro 2) e Acesso Desfavorável (Quadro 3). Algumas falas agrupadas nesses quadros ilustram a discussão em cada categoria. Pode-se observar que há um aspecto interessante das falas destacadas nos três quadros. Embora, muitos façam elogios ao atendimento que tiveram, sempre atribuem isso a sorte e não a qualidade do atendimento em si. Mesmo naqueles depoimentos considerados neutros, por exemplo, embora não façam críticas, atribuem sempre a sorte, relacionada com diversas circunstâncias, que pode ter facilitado o seu acesso ao atendimento.

O quadro 1 revela um nível de satisfação com o acesso, especialmente nos aspectos relativos a urgência. Ramos (2004) corrobora esse achado, quando declara que os migrantes buscam muito mais as urgências, que os serviços rotineiros, de prevenção e ambulatoriais de saúde. Nesse quadro também aparecem relatos ligados a saúde ocupacional que é um tema surgido em vários momentos nas entrevistas, embora não fosse objeto de nossa pesquisa, mas que ao mesmo tempo reforça as situações de vulnerabilidade e risco que os imigrantes de qualquer nacionalidade estão expostos, confirmados por Phinney et al., (2001), quando falam nos diversos riscos que os imigrantes estão fragilizando-os tanto física, como psicológica e até socialmente.

Nessa perspectiva, Junyent et al. (2006) relatam uma elevada satisfação por parte do imigrante adulto no que se refere ao acolhimento nos serviços de urgência hospitalar na

Espanha e completa que todo imigrante em situação de urgência tem direito a ser atendido, independente de sua situação de legalidade ou não.

Esses pesquisadores referem que há inclusive na Espanha, um serviço que começou de forma pioneira na Catalunha, o qual dispõe de um grupo de tradutores à distância com 60 idiomas, o que permite uma conversação telefônica tripla entre paciente, intérprete e médico. Este serviço tem se constituído numa ferramenta de ajuda incomparável para se chegar a um diagnóstico clínico correto, principalmente nos atendimentos de urgência dos imigrantes (JUNYENT et al., 2006).

Quadro 1: Categoria Acesso favorável

... por sorte era uma médica angolana. Os angolanos passam pelo mesmo preconceito que passamos. Sabem as humilhações que passam... () ... como sentem na própria pele sabem retribuir, tratam bem as pessoas... () ... fui no hospital com problema gástrico, vomitando sangue... trabalho com pintura, aspiro tudo, pó de lixa, tinta, não tive condição ainda de comprar uma máscara adequada. Fui bem atendido, mas tou endividado, devo 2000€, não sei quando pago... por enquanto quero ficar bom... () ... tava desacordado, o INEM foi chamado, veio de imediato... () ... fui atendido no Hospital Santa Maria. O atendimento foi impecável. Quando preciso vou sempre lá, porque já sei o que me espera. Acho que dei sorte. Eu tava mal, com apendicite, muita infecção, tive meu problema resolvido. A demora já estamos acostumados, é assim em todo lugar, mas resolver o problema, isso sempre se resolve... () ...tive uma hemorragia nasal. Chamaram os bombeiros e fui pra o Hospital Santa Maria. Graças a Deus fui bem atendida. Aqui os bombeiros vêm buscam a gente com a maior fineza, levam a gente com muita paciência. Tive muita sorte...

Os quadros 2 e 3 revelam um ponto que deve ser ressaltado nessa discussão, a desinformação que permeia essa relação do imigrante com o país de acolhimento no que se refere aos seus direitos e deveres, especialmente na saúde. Eles desconhecem na sua maioria, mesmo aqueles que estão legalizados, onde reclamar ou a quem reclamar quando não são atendidos e percebe-se a partir das falas retratadas em ambos os quadros, que também há desinformação por parte dos funcionários dos hospitais e centros de saúde, dentre outras coisas, quanto a princípios éticos no atendimento em saúde, que exige um diferencial humano e de acolhimento. Claro que os trâmites burocráticos têm de ser cumpridos, as despesas com a prestação do serviço devem ser levadas em conta, mas há de se compreender que ali, naquele momento, antes de tudo, está um ser humano em situação emergencial, muitas vezes de risco, qualquer que seja a nacionalidade do cidadão. Tirar o sujeito da situação de risco é o primeiro passo, em seguida resolve-se o relativo às despesas. Quem trabalha na saúde tem que se ter sensibilidade para resolver cada coisa no seu tempo.

Essas situações ilustradas pelas falas dos quadros 2 e 3 são reforçadas pelos estudos de Ramos (2006) e Ramos (2009). O primeiro estudo refere-se a síndrome da exclusão que os imigrantes apresentam por se sentirem envergonhados, desesperados e impotentes, por não poderem na maioria das vezes lutar pelos seus direitos, cujas frustrações acabam trazendo sérias consequências para a sua saúde física, mental e social. Ramos (2009) descreve por sua vez as inúmeras dificuldades que o imigrante encontra no acesso aos serviços de saúde, começando pela comunicação e pela compreensão nem sempre satisfatória da língua do país de acolhimento. Ultrapassada essa barreira, surgem outras complicações, como medo de ser denunciado caso esteja ilegal, de omitir sintomas para poder voltar logo ao trabalho e não correr o risco de ser demitido, o que acaba piorando sua situação de saúde e laboral, tendo que retornar mais vezes ao serviço de urgência porque a omissão dos seus reais sintomas mascara o diagnóstico e consequentemente interfere no tratamento.

Quadro 2. Categoria Acesso Neutro

...no mesmo hospital já tive dois tipos de atendimento, um ruim e um bom. Um desinteressado e outro competente. Aqui como em qualquer lugar, tem médicos bons, humanos e outros ignorantes, depende da sorte pegar um...()...vou perto da minha casa e conheço as pessoas do posto. Mas isso não é norma geral. Conheço pessoas que já passaram por poucas e boas. Tenho sorte da minha vizinha que trabalha lá, então quando preciso procuro ela...()... já ouvi falar que urgência você tem direito de ser atendido, tendo documentos ou não. Só que nem os imigrantes sabem disso e nem os funcionários dos postos e hospitais...()... Não costumo reclamar de nada, é o meu jeito. Mesmo que demore, que eu fique lá o dia todo, só quero ser atendido e melhorar do que eu tou sentindo. Não crio caso. Os problemas que enfrentei no começo, assim que cheguei foram por não ter documentação...()...depois da documentação não tive mais nenhum problema. No início sofri muito. Se calhar passei até fome, foi muito difícil. Muitas vezes pensei em desistir e voltar, mas vim aqui com um objetivo, só saio com ele cumprido. Já estou bem perto de conseguir. Sobre a saúde, é difícil pra todo mundo...

Alguns estudos reforçam as situações vivenciadas pelos imigrantes que são do ponto de vista da saúde, cidadãos de alto risco social e de saúde por suas condições de vida e trabalho. É necessário reforçar e melhorar a proteção e assistência médica que muitos imigrantes recebem na União Européia. Nesse sentido, um documento em que se comprometem a garantir o acesso de todos os imigrantes, mesmo os ilegais, aos sistemas públicos de saúde de seus países, foi assinado em Dezembro de 2007 em Bruxelas, pelos ministros de Saúde dos países da União Européia. De acordo com o documento, os 27 países europeus também se comprometem a promover a consolidação dos sistemas sanitários dos países de origem dos imigrantes, por meio dos programas de cooperação e desenvolvimento que possuem com a União Européia (FOLHAONLINE, 2008).

Quadro 3: Categoria Acesso Desfavorável

...precisei e foi muito ruim. A médica nem quis me consultar, depois de três horas de espera na urgência. Acho que o acesso à saúde é difícil para o imigrante que não tem visto. Fiquei ali feito um cão sem dono. Nem reclamar eu podia. E mesmo que pudesse não sabia pra quem...()... demorei muito a ser atendida no pré-natal. Procurei o centro de saúde, mas diziam que não tinha vaga, que os médicos da família tavam cheios. Aqui tem isso, se os médicos tiverem cheios é capaz de você morrer e eles do posto não encaixam você. Só no 5º mês é que pressionando muito, tava vendo a hora parir e não fazer pré-natal consegui vaga na marra, porque não tinha médico disponível. Você já viu isso?...() não fui atendido porque não tinha cartão do utente. Achei uma falta de humanidade, porque era uma urgência, tava com o pé cortado, sangrando muito, um corte grande... É muito difícil, chega a ser desumano...()...enquanto você tá com saúde tá tudo bem, se você adoce é muita humilhação e aflição que você passa...()... uma vez fui com cólica renal, foi péssimo. A médica estava jogando paciência no computador e se recusou a parar para fazer meu exame. Mandou eu voltar para o Brasil e fazer lá caso tivesse com pressa. A gente não sabe a quem reclamar, fica por isso mesmo...()...Há muita discriminação, falta de informação dos imigrantes e das instituições...

É importante ressaltar, que embora numerosa, a população imigrante em geral é um grupo vulnerável, considerando os baixos níveis de escolaridade e qualificação profissional, o que leva essas pessoas a aceitarem subempregos com relações laborais instáveis ou inexistentes, os quais atraem principalmente os imigrantes clandestinos, naturalmente

excluídos dos sistemas de apoio social, o que potencializa e agrava suas dificuldades sociais e econômicas, precarizando seu acesso aos bens sociais, nomeadamente a saúde. Essas situações acabam ficando cíclicas e se agravando, porque os problemas e as complicações vão se somando, gerando mais insatisfação.

Os imigrantes ilegais desconhecem que podem recorrer a um centro de saúde ou a um hospital e que ninguém os vai denunciar. Mas os serviços de saúde e sociais desconhecem muitas vezes as leis e recusam-se a prestar-lhes cuidados, ou criam barreiras, exigindo papéis que não são necessários, gerando na maioria das vezes atitudes incorretas e discriminatórias com situações urgentes de saúde (NEVES, 2008).

A situação de clandestinidade agrava o quadro clínico e observa-se que muitas das doenças se devem a acidentes laborais cujos danos não foram tratados. Dentre as principais doenças dos pacientes atendidos pela Associação Médicos do Mundo que atende de forma humanitária, imigrantes legais e ilegais, estão problemas do aparelho gástrico, doenças mentais, a que se associam comportamentos aditivos, doenças infecciosas e lesões (NEVES, 2008).

CONCLUSÕES

A preocupação com a doença é algo presente na realidade concreta desse grupo, refletindo parte do pensamento social quando atribuem às doenças, características como adversidade, desvio da normalidade e preocupação. É importante observar que nesta estrutura representacional só existem categorias negativas (solidão, desemprego, preocupação). As dificuldades são, de fato, os elementos centrais e organizadores que dão significado aos outros elementos constituintes da representação, no que diz respeito à saúde do imigrante e aparecem de maneira marcante também na doença e no acesso aos serviços.

Conforme se pode ver nos quadros ilustrativos, não há uma homogeneidade nas falas referentes ao acesso. Mesmo algumas enquadradas na categoria que sugerem neutralidade, têm uma conotação que sinaliza para dificuldades, desinformação e para acomodação ou resignação pela situação vivenciada, o que nos leva a concluir que o acesso aos serviços de saúde em Portugal, na visão do grupo pesquisado não é satisfatório, o que requer investigações mais aprofundadas, no sentido de se conhecer se essas características da assistência ocorrem em outros grupos da sociedade portuguesa e não somente com os imigrantes. Somente dessa forma poder-se-á garantir que as dificuldades são da população como um todo, o que exigirá um repensar das políticas públicas voltadas para a saúde.

É necessário também que os estudos que fazem o diagnóstico da realidade migratória em Portugal, sejam levados em conta, o que poderá possibilitar o delineamento de políticas e estratégias de intervenção, especialmente preventivas, mais resolutivas, abrangentes e eficazes, considerando que a prevenção é ainda o melhor instrumento para reduzir custos com intervenções em saúde, mesmo que a médio e longo prazos. É fundamental implementar serviços de informação e acompanhamento dos imigrantes, notadamente aos recém-chegados, no sentido de possibilitar a integração social, bem como favorecer o acesso aos diferentes serviços e cuidados de saúde.

A população imigrante necessita ter informação a respeito dos recursos disponíveis em termos de saúde, tais como assistência básica, referências especializadas, enfim, o fluxo e contra-fluxo por nível de complexidade da atenção e até como o sistema de saúde está organizado. Isso deveria ser um dos objetivos das campanhas de informação, nas quais o imigrante poderia receber informação oral ou escrita, por exemplo, uma cartilha ou um folder, contendo informações que possam facilitar a orientação e solução de problemas ligados a saúde e de recurso a serviços de apoio.

Não é indispensável que haja discriminação positiva tendo um serviço exclusivo para imigrantes. É importante que eles sejam incluídos nas políticas sociais e de saúde,

considerando que eles têm direitos e deveres como qualquer cidadão e como força de trabalho ajuda o crescimento do país. Finalmente, as políticas públicas para o imigrante ou a inclusão deles nos benefícios sociais de qualquer país, devem ser direcionadas, para a melhoria da qualidade de vida, saúde, bem estar e segurança dessas pessoas, de modo a assegurar-lhes o direito humano à saúde e a viver uma vida com dignidade e cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Abric, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia:AB, 1998. p.27-38.
2. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011. 223p.
3. Declaração de Helsinki. Declaração de Helsinki I-1964. Disponível na internet em www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm. Acesso em 10 de abril de 2008.
4. Estrela, C. Metodologia Científica. 2. ed. São Paulo-SP: Artes Médicas Ltda., 2005. v. 1. 794p .
5. Folhaonline – BBC Brasil. Europa promete dar acesso à saúde a todos imigrantes. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/bbc/ult272u352468.shtml> Acesso em 25 de Abril de 2008.
6. Junyent, M., Núñez, S., Miró, O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 1): 27-34.
7. Neves, C. Imigrantes ilegais não têm acesso a serviços de saúde. Disponível em <http://www.adpf.org.br/modules/news/article.php?storyid=37264> Acesso em 25 de Abril de 2008.
8. Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico-OCDE. Perspectives des migrations internationales. Paris: SOPEMI, 2007.
9. Phinney, J., Horenczyk, G., Liebkind, K., Vedder, P. Ethnic identity, immigration and well-being: na interactional perspective. Journal of social issues: immigrants and immigration 2001, 57 (3), p.493-510.
10. Ramos, N. Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. Revista Portuguesa de Pedagogia. 35 (2), p.155-178, 2001.
11. Ramos, N. Migração, aculturação, stress e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. Psychologica, 2006, 41, p.329-350.
12. Ramos, N. Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde. Psychologica, 2007, 45, p.147-169.
13. Ramos, N. Psicologia clínica e da saúde. Lisboa: Universidade Aberta. 2004.
14. Ramos, N. Migração, aculturação e saúde. In Ramos, N. (Org.). Saúde, migração e interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas. João Pessoa: EDUFPB, p. 45-96, 2008.
15. Ramos, N. Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In Ramos, N. (Org.). Saúde, migração e interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas. João Pessoa: EDUFPB, p. 96-132, 2008.
16. Ramos, N. Saúde, migração e direitos humanos. Mudanças – Psicologia da Saúde, 17 (1):1-11, Jan-Jun 2009.
17. Ramos, N. Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. Revista Inter-Legere, 11 (2):30-51, 2012.
18. Reis, L.; Ramos, N. Imigrantes brasileiros em Lisboa e utilização dos serviços de saúde. In: Padilla, B. et al (Org.). Novas e velhas configurações da imigração brasileira na Europa. Atas do 2º Seminário de estudos sobre a imigração brasileira na Europa. Lisboa: ISCTE-IUL, p.103-11, 2012.

19. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em www.etica.ufrn.br. Acesso em 10 de Abril de 2008.
20. Schouten, B. C.; Meeuwesen, L.; Harmsen, H. A. M. GPs` Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *Journal of Immigrant Minority Health*. Vol. 11, nº 6, p. 468-475, 2009.
21. Sousa, J. E. (2008). Imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde. Ramos, N (org.). (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 213-259.
22. Stronks, K., Ravelli, C., Reijneveld, A. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*. (55, 10), 701-707.
23. Vergès, P. Ensemble de programmes permettant l`analyse des evocations. EVOC 2000. Version 5 Avril 2002. Manuel. Disponível em: <http://www.pucsp.br/pos/ped/rsee/evoc.htm>