

Cidadania e diversidade em saúde: necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados

Beatriz Padilla, Sónia Hernández-Plaza, Cláudia de Freitas, Érika Masanet, Cristina Santinho, Alejandra Ortiz

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL), padilla.beatriz@gmail.com

RESUMO: Este artigo introduz o conceito de cidadania associado à sua concretização no âmbito da saúde em contextos de diversidade. Conjuga resultados de vários projetos de investigação de cariz qualitativo como forma de ilustrar algumas das estratégias concebidas pelo Estado e pela sociedade civil em resposta às mudanças trazidas pelas migrações internacionais. Assim, identificam-se as necessidades da população, as barreiras de acesso aos cuidados de saúde, as principais fontes de desigualdades e iniquidade e algumas das estratégias desenvolvidas na promoção da equidade em saúde, alertando para a importância de levar em consideração as questões culturais e as de índole socioeconómica.

Palavras-chave: cidadania, diversidade, saúde, desigualdades, imigração.

Citizenship and diversity in health: needs and strategies in the promotion of equity healthcare

ABSTRACT: This article introduces the concept of citizenship and its achievement in the field of health in contexts of diversity. It conjugates findings from several qualitative research projects illustrating some strategies conceived by the State and civil society in response to changes brought by international migrations. Thus, we identify population's needs, barriers accessing health services, the main sources of inequalities and inequities and some strategies developed to promote equity in health, highlighting the importance of both cultural and socio-economic issues.

Keywords: citizenship, diversity, health, inequalities, immigration.

A diversidade é uma das características que definem as sociedades contemporâneas e que resulta, em grande parte, do aumento das migrações internacionais. Por sua vez, as migrações internacionais constituem uma das determinantes mais relevantes da saúde global e do desenvolvimento social¹. Neste sentido, surge o termo superdiversidade que tenta resumir num único conceito esta nova realidade, sugerindo que as migrações recentes têm mudado quantitativa e qualitativamente, redundando numa diversificação da diversidade. Vertovec², criador do conceito, explica como a superdiversidade engloba tanto a heterogeneidade de origens como os diferentes fatores que influenciam onde, como e com quem as pessoas vivem, representando uma nova encruzilhada. Entre estes fatores, que incluem a origem nacional, étnica ou racial, realçamos também o sexo, a idade, a posição socioeconómica e o tipo de imigração³, assim como o estatuto legal, o nível de escolaridade, a língua e as redes sociais.

Esta diversidade coloca ao Estado e à sociedade de acolhimento desafios tanto na apreciação das necessidades dos seus habitantes como na prestação de serviços. Ao nível

dos sistemas de saúde, a resposta à diversidade implica maior capacidade de adaptação³. No entanto, quando se verifica um aumento da diversidade num contexto de crise, como o atual, é necessário avaliar o seu impacto nos serviços de saúde e na própria saúde da população com especial cuidado, sobretudo se aceitamos a íntima relação existente entre a saúde e o exercício da cidadania.

Apesar do conceito de saúde da OMS ser criticado devido à impossibilidade de ser plenamente atingida⁴, no campo do "dever ser" ainda tem vigência como meta: a saúde não implica apenas a ausência de doença, mas é uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Consequentemente, a saúde transcende a questão da doença, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença e o próprio acesso aos cuidados de saúde que pode ser entendido como o produto da interação de três fatores: direito/informação (se as pessoas têm direito aos cuidados de saúde e dispõem da informação necessária para fazer uso desses cuidados); disponibilidade (se os serviços se encontram disponíveis e as pessoas os conseguem usar); e aceitação/qua-

lidade (se os utentes consideram que os serviços recebidos respondem às suas necessidades de forma eficiente e satisfatória)⁵. A compreensão holística da saúde só pode ser atingida na realização e na concretização da cidadania, em particular da cidadania de saúde. No que respeita aos sistemas de saúde, “as necessidades dos migrantes devem ser incorporadas em todos os elementos dos sistemas de saúde, os que incluem as regulações, a organização, o financiamento e planeamento a fim de assegurar a não-discriminação e a igualdade de acesso aos serviços de saúde”^{3,p.6}.

A saúde é uma responsabilidade pública, pelo que cabe ao Estado velar pela saúde de todos os habitantes, assegurando igualmente que esta seja um direito fundamental de todos os seres humanos⁶⁻⁷. Portugal, tal como vários outros países da União Europeia, adotou um sistema de saúde universal⁸, sendo que a universalidade está vinculada à equidade e à igualdade. Perante o esquema adotado, o acesso estaria garantido. No entanto, verificam-se desigualdades significativas ao nível da acessibilidade do sistema que são mais notórias entre as populações migrantes, as minorias étnicas e outros grupos vulneráveis e que se devem a limitações associadas a questões políticas, socioeconómicas, comunitárias, organizacionais e pessoais.

Na prática, quando o tema da diversidade é considerado, surgem vários problemas que condicionam a forma como as populações diversas podem usufruir dos serviços de saúde e gozar efetivamente de uma boa saúde. A falta de acesso introduz desigualdades entre as populações⁹, mui-

tas vezes atenuadas com boas práticas que tentam melhorar o acesso ou a qualidade dos cuidados de saúde sem alterar o sistema nem atacar as causas¹⁰.

Neste artigo abordaremos várias questões vinculadas ao tema da saúde e da diversidade, tentando oferecer um panorama alargado da multiplicidade de estratégias desenvolvidas em resposta à chamada diversificação da diversidade. Em primeiro lugar, identificam-se as necessidades e as barreiras de acesso, assim como as principais fontes de desigualdades e iniquidade. De seguida, abordam-se algumas das estratégias de promoção da equidade em saúde desde a perspetiva dos profissionais de saúde e ao nível da intervenção comunitária.

Nota metodológica

Este artigo resulta duma reflexão conjunta, reunindo contributos de vários projetos em curso, orientados por metodologias predominantemente qualitativas, nomeadamente entrevistas a profissionais de saúde, utentes do serviço nacional e associações que trabalham em contextos de diversidade. Contempla ainda o recurso a observação participante, quer em atividades comunitárias quer no acompanhamento de grávidas e mães aos serviços sociais. A maioria dos projetos desenvolve-se na Área Metropolitana de Lisboa, que acolhe 53,4% do total da população estrangeira residente em Portugal¹¹. A Tabela 1 sintetiza informação sobre os trabalhos e os métodos dos projetos envolvidos neste artigo.

Tabela 1: Projetos e métodos

Projetos	Métodos
“Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes”, 2011-2013, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.	Entrevistas com profissionais de saúde, utentes e técnicos de associações. Observação de participantes em atividades comunitárias, acompanhamento a utentes aos serviços sociais.
“Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: a psycho-socio-political approach to cultural competence in health professionals”, Marie Curie Intra European Fellowship, European Commission, 2011-2013 (FP7-PEOPLE2010-IEF).	Entrevistas com utentes do Serviço Nacional de Saúde, autóctones e imigrantes. O projeto também inclui um inquérito, mas não é considerado neste artigo.
“Skilled migration of health professionals in Portugal and Spain: a comparative study on the conditions of integration into the host society”, Projeto de Pós-doutoramento, 2010-2013, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.	Entrevistas com médicos/as latinoamericanos inseridos no Serviço Nacional de Saúde.
“A saúde das mulheres imigrantes: uma questão de cidadania e inclusão”, Projeto de doutoramento 2011-2013, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.	Entrevistas a mães e a responsáveis de projetos de intervenção. Observação participante e acompanhamento de grupo de mães.

Necessidades e barreiras como fontes de desigualdades e iniquidade

a) Necessidades e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde primários em contextos de diversidade

A promoção da competência cultural é uma das estratégias mais advogadas entre profissionais e instituições de saúde para se reduzirem as desigualdades em saúde em

contextos de diversidade. No entanto, estudos e experiências de implementação de programas de “competência cultural” têm gerado intensos debates e crítica em torno deste conceito, sendo hoje consensual a necessidade da sua redefinição¹²⁻¹³.

Em linha com estas preocupações emergem algumas questões chave: quais são as principais necessidades dos utentes dos serviços de saúde em contextos de diversida-

de? Que dimensões da diversidade estão envolvidas: étnica e cultura de origem; ou também outras dimensões da diversidade, como a posição socioeconómica, o contexto comunitário local, o estatuto legal, os direitos de cidadania e saúde, a educação, o género, a idade, etc.? Quais são as principais fontes de desigualdades nos cuidados de saúde? Que papéis desempenham as dinâmicas de poder aos diferentes níveis? Quais são as implicações para a promoção de equidade e sensibilidade a diversidade nos cuidados de saúde? Nesta secção examinamos estas questões e ilustramo-las com narrativas provenientes de trabalho de campo qualitativo conduzido na Área Metropolitana de Lisboa.

No que respeita aos cuidados de saúde primários, as necessidades identificadas estão relacionadas com a desigualdade no acesso aos cuidados, o que é explicado, em larga medida, pela posição socioeconómica dos utentes. Isto tem sido observado de forma ainda mais óbvia desde 2012, altura em que foram aumentados os custos com a saúde suportados pelos utentes. De entre os problemas mais graves salientam-se as dificuldades no acesso a medicamentos, consultas médicas e testes diagnósticos, causadas pela incapacidade de muitos dos utentes entrevistados em pagar o uso dos serviços (sujeitos a taxas moderadoras) e a medicação. Estas desigualdades socioeconómicas mostram que a universalidade do Serviço Nacional de Saúde está em risco. A estes problemas somam-se ainda dificuldades em garantir uma alimentação saudável e completa. Os grupos mais vulneráveis são as mulheres grávidas e as mães, bem como os pacientes com doenças crónicas:

"A enfermeira disse assim: 'Olha, daqui a um mês tem que fazer um tipo de sopa no almoço, no jantar' (...) 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 carninha, 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, com autorização de residência e desempregada*)

Ao nível do sistema de saúde, também podemos encontrar graves desigualdades relacionadas com o acesso aos médicos de família. Os utentes com médico de família descrevem: 1) facilidade nos procedimentos de acesso e marcação de consultas; 2) continuidade nos cuidados de saúde, baseados na continuidade personalizada da relação médico-paciente; 3) aumento das oportunidades de comunicação baseada na confiança, cuidado, respeito e apoio; 4) conhecimento do utente enquanto indivíduo, em contextos ecológicos diferentes (família, redes sociais, vizi-

nhança, local de trabalho, etc.); 5) oportunidades de sensibilização para a diversidade; 6) satisfação com os cuidados de saúde em geral.

"Vou à minha médica de família que por acaso é uma médica espetacular! Ela, sempre que eu vou, ela cuida de mim. Toda a gente que vai a ela gosta dela, porque ela deve ser uma boa médica. Sempre que eu tenho um problema, eu vou lá. Hoje eu cheguei lá às 8h e 8h15m já não havia, já estava tudo marcado. A consulta dela começa às 10h15m e eu cheguei e ela disse que não havia problema. (...) Naquela vez que eu tive aquele problema, ela foi umas das pessoas que me aconselhou a não beber. Ela falou comigo não como médica mas como amiga e disse-me que não podia beber. Eu segui 6 meses sem beber nada! (...) Ela falou-me de uma maneira que eu vi o que ela sabia o que estava a dizer e eu segui o que ela disse." (*homem, descendente de pais caboverdianos, nacionalidade portuguesa, desempregado*)

Por contraste, os utentes sem médico de família descrevem: 1) procedimentos complicados para a marcação de consulta, listas de espera, acesso dificultado; 2) falta de continuidade nos cuidados, relação com vários médicos diferentes; 3) relações médico-paciente extremamente despersonalizadas; 4) comunicação baseada na desconfiança, estereótipos, preconceitos étnicos e falta de apoio; 5) ausência de conhecimento do utente enquanto indivíduo; 6) ausência de sensibilidade para a diversidade; 7) insatisfação extrema com os cuidados de saúde.

"A consulta é muito breve. Na última vez eu estive lá uns 10 minutos. Eu acho que é muito pouco, para o médico ver uma pessoa. (...) Acho que o médico tem pouca atenção. Eu falo do meu caso! Eles estão pouco tempo com o paciente. Acho que o médico devia ser uma pessoa mais chegada e comunicar mais com o paciente (...). Muitas vezes saio do consultório e penso 'O que é que ele fez? O que é que eu vim cá fazer? Estive aqui uma hora para quê? Para ele me auscultar o coração e mais nada'. Acho que o médico devia ser mais afetivo, falar com a pessoa. (...) Ter uma consulta mais humana! A pessoa vai ao médico e o primeiro medicamento está na maneira de ser atendido pelo médico." (*homem de origem angolana, nacionalidade portuguesa, desempregado*)

As implicações ao nível das políticas públicas assinalam a necessidade de garantir acesso igual aos cuidados de saúde proporcionados pelos médicos de família como uma condição necessária à equidade em contextos de diversidade.

b) Barreiras associadas ao acesso e à acessibilidade aos serviços de saúde

As barreiras que dificultam o uso pleno e informado dos serviços de saúde por parte dos utentes, em particular imi-

grantes, são de vários tipos e dependem de um conjunto complexo de variantes relacionadas, por exemplo, com o contexto sociocultural, geográfico, económico e político. As mudanças recentemente introduzidas nas políticas de saúde tiveram, como consequência imediata, a alteração do princípio de gratuidade, implicando o pagamento de taxas de utilização elevadas, frequentemente impossíveis de suportar pela população empobrecida, nomeadamente os imigrantes. Esta alteração drástica tem sido verificada no trabalho de campo realizado, quer com profissionais de saúde quer com utentes, sendo que, tanto uns como outros, referem a existência de barreiras de acesso muitas vezes difíceis de ultrapassar.

Uma das barreiras organizacionais identificadas no contexto dos serviços de saúde é a existência de relações muito hierarquizadas na relação entre médicos e outros profissionais e entre estes e utentes. O médico surge no topo da 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. Tal atitude entra frequentemente em conflito com outros saberes, não só entre profissionais com diversas especializações (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) como também entre médicos e imigrantes. A alteração destes comportamentos pressupõe que, para além dos fatores meramente biomédicos, seja também considerada a influência de fatores económicos, laborais, familiares, habitacionais, etc. sobre o bem-estar dos indivíduos.

No trabalho de campo realizado verificamos que muitas das barreiras na acessibilidade e uso dos serviços de saúde são atribuídas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) a “diferenças culturais” que reificam a cultura como uma “característica” compacta, delimitada, localizada e historicamente situada em tradições e valores, transmitidos de geração em geração¹⁴. Ao apontarem-se 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”. Contudo, sabemos que tal nem sempre é assim pois, para além das diferenças culturais, plasmadas nos distintos sistemas de significados, existem outras diferenças mais reveladoras que interligam o “nós” ao “eles” e que têm origem na classe social, género, religião, idade ou mesmo grau de instrução, no contexto até de uma mesma cultura. Mais importante do que as diferenças culturais *per se* são os significados políticos que, em determinados contextos de domínio e conflito, conduzem às diferenças culturais, pelo que “é a configuração de estruturas sociopolíticas e relações dentro, e entre os grupos, o que ativa as diferenças e modela as possibilidades ou dificuldades nas formas de comunicação”^{14,p.12}.

No que diz respeito às barreiras linguísticas referenciadas por profissionais de saúde e utentes imigrantes, verificamos que, quando não existem médicos ou outros profissionais de saúde bilingues, é frequente o recurso a tradutores informais como, por exemplo, membros da família ou ami-

gos. Um aspeto positivo na utilização deste recurso, de acordo com alguns médicos entrevistados, reside na possibilidade de conhecimento da rede familiar de pertença dos pacientes, alargando-se assim o conhecimento do seu contexto de vida, para além de (supostamente) resolver de imediato a barreira de comunicação. Contudo, o recurso a este sistema informal de tradução pode trazer algumas dificuldades, como a quebra de confidencialidade entre médico e paciente. Existem também outros condicionalismos ou riscos, como a desvalorização ou o exagero de sintomas percebidos pelo familiar ou amigo na comunicação com o médico, com implicações negativas para o doente.

Um outro aspeto que afeta o entendimento entre médico e paciente, imigrante ou não, é o uso de terminologia demasiado científica no contexto de consulta. A banalização do recurso a termos como “gravidez de alto risco”, “epidural”, “monitor fetal”, “ultrassonografia”, entre outras, ao invés de proporcionar à mulher grávida, com altos níveis de iliteracia médica e ansiedade, um mapa tranquilizador gera ansiedades acrescidas. Ainda que esta situação não seja consciente, podemos supor que reflete a necessidade duma formação específica sobre a sensibilidade à diversidade sociocultural na saúde.

Estratégias de promoção de equidade em saúde

A necessidade de promoção da equidade em saúde tem sido alvo de uma atenção crescente nas sociedades ocidentais, dado o aumento da diversidade das suas populações, bem como as desigualdades em saúde observadas entre os diferentes grupos que as constituem (autóctones, imigrantes, minorias étnicas e idosos, pessoas com baixos rendimentos, etc.)¹⁵⁻¹⁶. Estas desigualdades reportam-se a aspetos como a incidência de determinadas doenças (por exemplo, doenças crónicas), o acesso aos cuidados de saúde e a própria esperança média de vida e tendem a afetar mais negativamente grupos socialmente menos privilegiados. Assim, a equidade em saúde pode ser definida como a ausência de disparidades sistemáticas na saúde de grupos populacionais distintos, onde a presença de diferenças evitáveis, desnecessárias e, portanto, injustas, traduz uma situação de iniquidade¹⁷. Esta noção de equidade encontra-se profundamente relacionada com os conceitos de cidadania e de justiça social, sendo que este último pressupõe os princípios da igualdade de oportunidades e de direitos¹⁸ que são essenciais para o exercício de uma cidadania plena.

A equidade em saúde pode ser fomentada a partir de várias estratégias, de entre as quais destacamos: 1) a formulação de políticas de saúde multissetoriais e equitativas; 2) a sensibilização dos profissionais de saúde para a diversidade cultural, étnica, socioeconómica, etária, etc. das populações a quem prestam serviços, assim como para o impacto destes fatores sobre as necessidades e preferências dos utentes relativamente aos cuidados de saúde; e 3) a participação ativa dos cidadãos quer no planeamento e avaliação dos serviços de saúde quer em iniciativas comunitárias apostadas na promoção da saúde.

Em Portugal, a promoção da equidade em saúde pela via das políticas de saúde assenta predominantemente nos princípios de universalidade, generalidade e gratuidade (tendencial) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que consubstanciam o direito à saúde¹⁹ de todos os cidadãos residentes no país, documentados ou não. No entanto, como vimos nas secções anteriores, o acesso aos cuidados de saúde prestados pelo SNS é condicionado por várias barreiras que afetam mais especificamente aqueles que se vêm forçados a viver numa situação de irregularidade, mas às quais não são alheios outros segmentos da população, incluindo mulheres migrantes gestantes e/ou mães de crianças pequenas com poucos recursos económicos. A persistência destas barreiras potencia o aumento das desigualdades em saúde e expõe as limitações de políticas desenhadas e implementadas de “cima para baixo” (*top-down*), com consequências potencialmente nefastas para a integração dos imigrantes e minorias étnicas²⁰. Assim, assume-se fundamental avaliar de que modos podem ser mais estimuladas a sensibilização dos profissionais para a diversidade e a participação cidadã em saúde enquanto estratégias de promoção de equidade em saúde, tanto mais quando no Plano Nacional de Saúde (2012-2016) em curso se destaca a necessidade de reforçar a cidadania em saúde, nomeadamente através do envolvimento dos cidadãos nas estruturas de governação²¹. Aqui incorre uma ressalva: para que a participação cidadã possa atuar como fator promotor de equidade em saúde é fundamental que os mecanismos participativos incluam representantes de todos os grupos sociais, já que a exclusão de certos grupos pode potenciar transformações na política e serviços de saúde que não têm em linha de conta as suas necessidades contribuindo, assim, para o aumento das desigualdades em lugar de as diminuir⁵.

Com o objetivo de pensar estratégias promotoras de maior equidade em saúde são apresentados, nesta secção, os resultados de dois estudos realizados na Área Metropolitana de Lisboa que abordam, por um lado, o papel dos médicos latinoamericanos enquanto agentes facilitadores de sensibilidade à diversidade nos serviços onde trabalham e, por outro, o contributo de um projeto comunitário apostado na participação de jovens mães imigrantes na promoção da sua saúde e da saúde dos seus bebés.

a) Os(as) médicos(as) latinoamericanos(as) como agentes facilitadores da promoção da equidade nos cuidados de saúde

Num contexto caracterizado pela superdiversidade², uma das estratégias usadas para reduzir as desigualdades nos cuidados de saúde é a promoção da “sensibilidade à diversidade” entre os profissionais da saúde. Esta é entendida como um conceito amplo e inclusivo que considera múltiplas dimensões – posição socioeconómica, contexto comunitário, estatuto jurídico, educação, género, idade, orientação sexual, fatores culturais, etc. – e que defende um compromisso com os valores de justiça social. As competências interpessoais são uma dimensão e um recurso fun-

damental dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural e humana, sendo que alguns autores²²⁻²³ enfatizam as competências comunicacionais baseadas na confiança, respeito mútuo e empatia. Os profissionais da saúde podem adotar uma atitude humilde e flexível através da autorreflexão, da consciência crítica e do compromisso para a aprendizagem contínua¹², sendo a humildade vista como um requisito fundamental para que o profissional renuncie ao seu papel de especialista perante o paciente, compensando assim os desequilíbrios de poder que existem nas dinâmicas de comunicação e da relação médico-paciente. A desconstrução dos desequilíbrios de poder inerentes é essencial para que se estabeleçam relações terapêuticas caracterizadas pela compreensão, confiança, respeito, honestidade e empatia.

Nas últimas décadas deu-se um aumento na chegada de recursos humanos da saúde a Portugal, motivado principalmente por uma escassez estrutural e por assimetrias na distribuição geográfica dos profissionais. Neste contexto salienta-se o recrutamento ativo de profissionais latinoamericanos pelo Ministério da Saúde, através de acordos bilaterais assinados com o Uruguai (2008), Cuba (2009), Colômbia (2011) e Costa Rica (2011), o que levou a um aumento do número de médicos(as) latinoamericanos(as) que desenvolvem a sua prática profissional nas instituições de saúde portuguesas.

Portanto, num contexto de crescente diversidade cultural e social colocamos a seguinte questão: será que os médicos e médicas imigrantes latinoamericanos podem ser considerados um recurso para responder melhor à diversidade sociocultural dos utentes? A metodologia utilizada é qualitativa baseada em entrevistas em profundidade com profissionais latinoamericanos que trabalham no SNS português, nomeadamente médicos(as) uruguayos(as), brasileiros(as), cubanos(as) e colombianos(as), como parte de um projeto de investigação sobre a imigração qualificada dos profissionais da saúde. A análise centrou-se nas autorrepresentações e perceções que estes sujeitos têm da sua prática profissional em relação às competências, funções e relações com os utentes.

No trabalho de campo verificamos que os(as) médicos(as) latinoamericanos(as) entrevistados(as) percebem-se como profissionais com empatia, humildade e sensibilidade, o que permite um tratamento mais humano, próximo e horizontal com o utente e com a sua família. Os profissionais entrevistados referem-se à importância de tratar com respeito pelas suas diferenças individuais dos utentes, com a finalidade de estabelecer uma relação personalizada e horizontal com o paciente. Esta maior proximidade permite o estabelecimento de relações baseadas na confiança e no respeito, ajudando a conhecer e a compreender melhor a situação e o contexto da pessoa, bem como os seus valores, crenças e comportamentos, o que leva a um melhor diagnóstico do problema de saúde e a um tratamento mais adequado às necessidades da pessoa.

Estas competências e atitudes baseadas na empatia, humildade e sensibilidade, que os/as profissionais entrevista-

dos/as afirmam possuir, têm a ver principalmente com o tipo de formação em Medicina que tiveram nos seus países de origem, direcionada para a relação com o utente e com a experiência profissional ou de formação em contextos de exclusão social. Nesta questão entraremos no debate sobre o campo dos saberes médicos, a cultura médica, a prática profissional médica, os contextos de formação em Medicina e, especificamente, nas diferenças existentes entre a América Latina e Portugal. Porém, por motivos de espaço e que ultrapassam os objetivos deste trabalho, não entraremos nessa discussão.

Por conseguinte, a análise das entrevistas sugere que as competências interpessoais e as atitudes dos médicos e médicas latinoamericanos entrevistados, quer por causa da formação curricular quer por causa da experiência profissional desenvolvida no país de origem, levam a uma maior proximidade, conhecimento e compreensão da situação e do contexto do utente – imigrante ou português –, que acaba por conduzir aparentemente a práticas profissionais mais sensíveis à diversidade sociocultural nos cuidados de saúde.

b) Promoção da equidade nos cuidados de saúde maternos: uma experiência de intervenção com jovens mães imigrantes

Os sistemas e as políticas de saúde, seguindo as orientações da OMS, têm vindo a colocar ênfase nas noções de educação, promoção e participação em saúde revalorizando o papel da intervenção comunitária. No Plano Nacional de Saúde, a sociedade civil ocupa um lugar central nos processos de sensibilização, formação e educação em saúde, pelo que entre as estratégias de promoção da saúde, “a ação comunitária assume um papel cada vez mais importante na prestação de cuidados, sobretudo em grupos vulneráveis”^{21,p.5}. Em contextos de exclusão, as associações tornam-se agentes privilegiados na promoção da saúde. Um exemplo disso é o projeto comunitário “Entre pais entre pares” desenvolvido pela Associação Casa Seis com jovens mães imigrantes e descendentes de imigrantes em Mira-Sintra*. O mesmo surgiu em 2010 como resposta às necessidades identificadas, envolvendo uma psicóloga e uma assistente social. A população alvo são jovens mães e/ou grávidas a partir dos 18 anos, que são acompanhadas durante a gravidez e após o nascimento dos filhos até aos dois anos. Os objetivos principais são melhorar as competências parentais, fortalecer o vínculo entre mãe e filho, gerar confiança e responsabilidade em relação ao cuidado dos filhos e fortalecer a interação entre as próprias jovens

(entre pares). A metodologia de intervenção baseia-se em sessões de formação e trabalho das competências com um caráter múltiplo: a) transmissão de conhecimentos e informações sobre os temas de interesse; b) recreação através de atividades lúdicas e de convívio; c) consulta individual e coletiva; e d) partilha de informação sobre atividades da associação e da comunidade em geral.

As temáticas escolhidas para as sessões incluíram alimentação, higiene, vacinação, hábitos de conduta, fala, linguagem, fases de crescimento, brinquedos, música, massagens, ioga, segurança e educação pré-escolar. Vários profissionais externos foram convidados, entre eles uma educadora de infância, uma técnica de massagens, uma enfermeira, uma psicóloga e uma médica. Os temas foram selecionados pelas técnicas com base nas questões surgidas no bairro e pelas próprias jovens de forma assumida ou anónima, através de uma nota escrita, após debate em reunião plenária. As atividades lúdicas relacionaram-se com festividades (dia do pai, criança, mãe), confeccionando-se presentes e brinquedos reciclados, assim como também um álbum de fotografias. Desenvolveram-se ainda atividades de convívio, passeios, lanches e organização de celebrações. O perfil do grupo corresponde a jovens entre os 16 e 23 anos de idade, a maioria de origem cabo-verdiana, embora também participem jovens guineenses e portuguesas, imigrantes e descendentes de imigrantes. A maioria tem baixa escolaridade e encontra-se desempregada (algumas trabalham nas limpezas ou na restauração) e são integrantes de famílias alargadas, com exceção de dois casos.

Cabe questionar-nos quais os elementos chave orientadores do projeto. Vários aspetos positivos o posicionam como uma boa prática: ser resposta a uma necessidade concreta; a opção pela promoção da saúde a partir do quotidiano; e da procura do bem-estar social das jovens e das suas crianças. O projeto assenta a sua ação na participação ativa, na formação-ação, na continuidade, na proximidade e no empoderamento.

Com a participação ativa pretende-se encorajar o envolvimento das jovens na identificação e na resolução dos problemas. O nível da participação nas sessões tem evoluído ao longo do projeto. No início era pouco ativa, mas atualmente observa-se um envolvimento cada vez maior por parte das jovens.

A formação e a ação continuada contribuem para ganhar a confiança das jovens, identificando as necessidades e permitindo um maior controlo sobre o desenvolvimento das crianças e das competências parentais. Neste sentido, foi possível detetar progressos e atrasos nas diferentes fases de crescimento das crianças, bem como a verificação das consultas de saúde dos bebés e das mães.

A ação de proximidade implica um profundo conhecimento do contexto familiar, socioeconómico, cultural e de saúde destas jovens. Permite, assim, detetar necessidades “latentes” que permanecem ocultas para outros agentes. A proximidade contribui também para tornar a associação num parceiro “acessível” de consulta e de referência. Todas as atividades e formações têm o objetivo de empoderar as

* A Casa Seis – Associação para o Desenvolvimento Comunitário foi criada no ano 2000 e registada como IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social em 2001. Sediada em Mira-Sintra, tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e as condições de inserção social da população de Mira-Sintra e arredores, seguindo os princípios da Educação para a Cidadania Ativa, para que a população possa participar como protagonista e atuando na Sociedade como cidadãos de pleno direito.

jovens mães no sentido de ganhar competências e poder através do acesso às ferramentas necessárias para produzir a mudança e tomar as decisões que as afetam²⁴.

Um dos aspetos mais relevantes nesta prática prende-se precisamente com uma combinação de elementos (participação, proximidade, continuidade, formação-ação) que permite uma abordagem das questões de saúde num ambiente comunitário e que visa promover competências individuais e coletivas no sentido de empoderar as jovens mães. Outro aspeto refere a importância do trabalho em rede e articulado de forma a permitir continuidade e uma abordagem integral.

Reflexões finais

O SNS encontra-se numa encruzilhada relacionada com o momento de crise atual e com necessidade de adequação à crescente diversificação da diversidade. Este contexto pode ser aproveitado e transformado numa oportunidade de mudança, possibilitando a introdução de reformas que tornem o sistema sensível à diversidade ou, pelo contrário, pode desaguar num sistema mais desigual e desumano.

Neste artigo apontámos vários problemas que sugerem que o caminho para a eliminação ou menorização das barreiras no acesso aos serviços de saúde e das desigualdades em saúde em Portugal não é fácil nem imediato. São necessárias várias transformações quer ao nível das políticas quer das práticas. Com base nos resultados empíricos, sugerimos algumas propostas de ação. Em primeiro lugar, é necessário garantir o acesso igual aos cuidados de saúde. Isto só se torna possível assegurando, por um lado, a universalidade e a gratuitidade dos cuidados primários e, por outro, o acesso de toda a população ao médico de família, visto como o agente mais apropriado para promover a equidade em contextos de diversidade.

É também necessário investir na promoção da valorização e incorporação dos vários saberes (saberes dos enfermeiros, assistente sociais, utentes) e numa postura sensível à diversidade por parte de todos os profissionais de saúde, com o objetivo de se humanizarem os cuidados e de promover a proximidade na relação médico-paciente. O SNS pode, e deve, usufruir dos recursos já existentes para operacionalizar esta mudança. Neste sentido, os médicos e médicas latinoamericanas (e de outras origens) podem tornar-se agentes facilitadores de promoção da equidade em saúde nos serviços onde trabalham, desempenhando práticas profissionais mais voltadas para a sensibilidade à diversidade. Para além disso, é igualmente necessário promover-se a sensibilidade para a diversidade dos profissionais de saúde formados em Portugal, nomeadamente através de mudanças nos currículos dos programas de formação destes profissionais, que incluam, entre outras questões relacionadas com a equidade, a questão da diversidade e dos desafios que coloca.

No que diz respeito ao papel da sociedade civil, destacamos a necessidade dos projetos desenvolvidos por associações se constituírem enquanto programas planificados,

consistentes e continuados, sustentados e articulados com políticas públicas mais abrangentes e capazes de incorporar a participação e empoderamento dos utentes¹³. Embora exista um certo ceticismo acerca da capacidade das boas práticas para gerarem mudanças estruturais¹⁰, estas continuam a ser ferramentas indispensáveis para colmatar necessidades que ficam fora do alcance do sistema, particularmente num contexto de crise e mudanças onde as respostas se encontram cada vez mais condicionadas.

Referências

1. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health*. 1998;3(12):936-44.
2. Vertovec S. Superdiversity and its implications. *Ethn Racial Stud*. 2007;30(6):1024-54.
3. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedic R, McKee M. Migration and health in the European Union [Internet]. Berkshire: Open University Press; 2011. ISBN 9780335245673. Available from: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
4. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde [The health's concept]. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(5):538-42. Portuguese
5. Freitas C. Participation in mental health care by ethnic minority users: case studies from the Netherlands and Brazil. [Utrecht]: Universiteit Utrecht; 2011. ISBN 9039356920
6. Pace P. Migration and the right to health: a review of European Community law and Council of Europe instruments [Internet]. International Organization for Migration; 2007. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/IML_12_EN.pdf
7. Pace P. The right to health of migrants in Europe. In Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedic R, McKee M, editors. Migration and health in the European Union [Internet]. Berkshire: Open University Press; 2011. p. 55-66. ISBN 9780335245673. Available from: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
8. Silva MV. Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2012;(69):121-8. Portuguese
9. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med*. 1995;41(6):819-28.
10. Padilla B, Hernández-Plaza S, Ortiz A. Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política. *Forum Sociológico*. Série II. 2013;(22):33-41. Portuguese
11. Estrela J, Machado R, Bento AR, Martins LA, Sousa P. Relatório de imigração, fronteiras e asilo, 2011 [Internet]. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras; 2012. ISBN 9789729877292. Available from: http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2011.pdf
12. Chiarenza A. Developments in the concept of cultural competence. In Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I, editors. Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities. Antwerp/Apeldoorn: Garant Publishers; 2012. p. 66-81. ISBN 9789044129328

13. Ingleby D. Good practice in health service provision for migrants. In Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedic R, McKee M, editors. Migration and health in the European Union [Internet]. Berkshire: Open University Press; 2011. p. 227-42. ISBN 9780335245673. Available from: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
14. Stolcke V. Talking culture: new boundaries, new rhetorics of exclusion in Europe. *Curr Anthropol*. 1995;36(1):1-24.
15. Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I, editors. Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities. Antwerp/Apeldoorn: Garant Publishers; 2012. ISBN 9789044129328
16. Illsley R, Svensson PG. The health burden of social inequities: country profiles from 20 member states of the European Region of the World Health Organization. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1986.
17. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.
18. Rawls J. A theory of justice. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1971. ISBN 9780674017726
19. Carapinheiro G. Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica. *Alicerces*. 2010;III(3):57-64. Available from: <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/580>. Portuguese
20. Ingleby D, Chimienti M, Hatziprokopiou P, Ormond M, Freitas C. The role of health in integration. In Fonseca ML, Malheiros J, editors. Social integration and mobility: education, housing and health: IMISCOE Cluster B5 state of the art report [Internet]. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa; 2005. p. 88-119. ISBN 9789726361565. Available from: www.ceg.ul.pt/migrare/publ/Cluster%20B5.pdf
21. Direção-Geral da Saúde. Plano nacional de saúde 2012-2016 [Internet]. Lisboa: DGS; 2012. Available from: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016>. Portuguese
22. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006;3(10):e294.
23. Weaver HN. Striving for cultural competence: moving beyond potential and transforming the helping professions. In Dana RH, Allen J, editors. Cultural competency training in a global society. New York: Springer; 2008. p. 135-55. ISBN 9780387798219
24. Glanz J. A primer on action research for the school administrator. *Clearing House*. 1999;72(5):301-4.

Artigo recebido em 04.03.2013 e aprovado em 10.04.2013.