

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

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**

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.