



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Um Olhar sobre as Experiências de Vigilância de Saúde Infantil de Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa

Susana Sofia Monteiro Mourão

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientadora:

Professora Doutora Sónia F. Bernardes, Professora Auxiliar,
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2011

Experiências de Vigilância de Saúde Infantil de Mães Imigrantes de Lisboa



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Um Olhar sobre as Experiências de Vigilância de Saúde Infantil de Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa

Susana Sofia Monteiro Mourão

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientadora:

Professora Doutora Sónia F. Bernardes, Professora Auxiliar,
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2011

*“Encontrei uma preta
que estava a chorar,
pedi-lhe uma lágrima
para a analisar.
Recolhi a lágrima
com todo o cuidado
num tubo de ensaio
bem esterilizado.
Olhei-a de um lado,
do outro e de frente:
tinha um ar de gota
muito transparente.
Mandei vir os ácidos,
as bases e os sais,
as drogas usadas
em casos que tais.
Ensaiei a frio,
experimentei ao lume,
de todas as vezes
deu-me o que é costume:
Nem sinais de negro,
nem vestígios de ódio.
Água (quase tudo)
e cloreto de sódio.”*

(António Gedeão)

AGRADECIMENTOS

O trabalho apresentado pretende, em última instância, ser uma continuidade no poema de António Gedeão, ao contribuir para a desconstrução de imagens estereotipadas e preconceituosas perante alguns grupos da sociedade, neste caso, a população imigrante. Apesar de esse objectivo ter sido idealizado, sobretudo, pela autora principal deste estudo, não teria sido atingido sem a presença, em tantos momentos, de outras pessoas. A todas elas o meu especial “obrigada”:

- À Professora Doutora Sónia F. Bernardes, orientadora desta dissertação, por ter caminhado comigo ao longo desta viagem, com passos sábios de serenidade e de rigor, mesmo quando alguns dos trilhos se avizinhavam como mais tortuosos;
- Aos meus pais, por serem presença constante nesta e em todas as etapas da minha vida;
- À minha irmã, Rita, pela partilha de todos os momentos da minha existência, e a quem devo muitas das linhas, e também das entrelinhas, deste trabalho;
- Aos meus amigos, porque entre brindes de sorrisos e de cumplicidade renovam-se energias, que nos ajudam a alcançar as metas mais improváveis;
- Ao Miguel, por ser quem é e por trazer brilho a todas as minhas manhãs, mesmo nos dias mais sombrios;
- Aos meus colegas do Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores, em especial ao “Grupo Maravilha”, pois os amparos e desamparos das vivências destes dois anos foram, muitas das vezes, partilhados entre o sabor de uma doce conversa ao jantar;
- Às minhas colegas da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios, por me terem guiado nos primeiros tempos da minha vida profissional, partilhando comigo deste empenho em ser amparo às crianças e famílias de maior vulnerabilidade;
- Às Associações de Imigrantes, em especial aos seus responsáveis, pela disponibilidade com que nos abriram as suas portas e com a qual nos aproximaram da experiência de “Ser Imigrante” em Portugal;
- À Junta de Freguesia de Massamá, na pessoa do seu Exmo. Sr. Presidente, José Pedro Matias, por acreditar que, ao impulsionar o envolvimento da “sua” comunidade neste estudo, estaria, de certa forma, a enriquecê-la;
- Às mães imigrantes que aceitaram partilhar connosco pedaços das suas histórias, por darem voz e vida a este trabalho...

RESUMO

A imigração é um fenómeno crescente nas sociedades contemporâneas e implica o contacto das pessoas com realidades diversas, com influência em várias áreas das suas vidas, incluindo na saúde. A condição de imigrante constitui-se como um factor de risco no acesso e na utilização dos serviços de saúde, sendo as crianças um grupo particularmente vulnerável nesse âmbito. Por isso, torna-se essencial intervir junto das populações imigrantes para uma promoção do bem-estar e para a prevenção de situações de doença, questão que deverá ser impulsionada desde idades precoces, tal como preconizado pela Lei da Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (1999) e pela Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2005).

As populações Cabo Verdiana e Brasileira constituem os grupos de imigrantes mais representativos na Região de Lisboa, tendo, também, elevada expressão em todo o país. Face ao apresentado, este estudo tem como principal objectivo compreender as experiências de vigilância de saúde infantil de alguns grupos de mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa, através de uma amostra de conveniência.

Realizaram-se cinco “focus group”: três com mães Cabo Verdianas e dois com mães Brasileiras, respectivamente. A análise de conteúdo da informação recolhida permitiu-nos identificar crenças, atitudes e práticas de saúde infantil dos países em causa, e barreiras e elementos facilitadores no acesso e utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil em Portugal, vivenciados pelas populações estudadas. Reflectimos, ainda, sobre eventuais relações entre as caracterizações que são feitas acerca dos sistemas de saúde do Brasil e de Cabo Verde, comparativamente com Portugal.

Palavras-Chave: Imigração; Risco; Saúde; Vigilância de Saúde Infantil.

ABSTRACT

Immigration is a growing phenomenon in contemporary societies and involves the contact of people with different realities, with influence in many areas of their lives, including in health. The immigration status is a risk factor in access to and in use to of health services, being children a particularly vulnerable group in this area. Therefore, it is essential intervene with immigrant populations for promoting well-being and prevention of diseases, issue that should be driven from the earliest ages, as contemplated by the Law on the Protection of Children and Young People in Danger (1999) and by the Directorate-General for Health [DGS] (2005), in Portugal.

The Cape Verdean population and Brazilian population are the most representative groups of immigrants in the Lisbon Region, having also a strong presence across the country. So, this investigation has as main objective to understand the experiences of child health surveillance of some groups of Cape Verdean immigrant's mothers and Brazilian immigrant's mothers, in Lisbon, through a convenience sample.

In this study, took place five focus group: three with Cape Verdean mothers and two with Brazilian mothers, respectively. The content analysis of information collected allowed us to identify beliefs, attitudes and practices of child health in the countries concerned, and the enablers and barriers to access and to use the services of child health surveillance in Portugal, experienced by the population analyzed. We reflect, also, on possible links between the characterizations that is made about the health systems of Brazil and Cape Verde, compared to Portugal.

Key-Words: Immigration; Risk; Health; Health Child Surveillance

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1.1 Porquê a problemática das populações migrantes? Um fenómeno em crescimento... ..	1
1.2 Porquê o estudo da relação entre saúde e imigração?	2
1.2.1 <i>Porque a envolvente sócio-cultural dos indivíduos influencia os processos de saúde/doença...</i>	2
1.2.2 <i>Porque, no âmbito da saúde, as populações migrantes são particularmente vulneráveis</i>	4
1.3 Porquê o enfoque na vigilância de Saúde Infantil de populações migrantes?.....	9
1.4 Crenças, Atitudes e Práticas de Saúde de Populações Imigrantes.....	13
1.4.1 <i>As vivências da população Cabo-Verdiana</i>	13
1.4.2 <i>As vivências da população Brasileira</i>	15
2. OBJECTIVOS DO ESTUDO	17
3. MÉTODO.....	19
3.1 Participantes.....	19
3.2. Técnica e Procedimento de Recolha de Dados.....	24
3.2.1 <i>Descrição da Técnica de Recolha de Dados: os Grupos de Discussão Focalizada</i>	24
3.2.2 <i>Descrição do Procedimento de Recolha de Dados</i>	24
3.3 A Metodologia de Análise de Dados	27
3.3.1 <i>Breve Introdução à Técnica de Análise de Conteúdo</i>	27
3.3.2. <i>Descrição do Procedimento de Análise de Dados</i>	28
3.3.3 <i>CrITÉrios de Qualidade da Pesquisa</i>	30
4. RESULTADOS	32
4.1 Dimensão I: Percepção das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa sobre a Saúde nos seus Países de Origem.....	33

4.2 Dimensão II: Percepção das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa sobre a Saúde no País de Acolhimento.....	43
4.3 Dimensão III: Atitudes das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa com Influência nos Processos de Vigilância de Saúde Infantil	53
4.4 Dimensão IV: Barreiras Percepcionadas pelas Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal.....	58
4.5 Dimensão V: Elementos Facilitadores Percepcionadas pelas Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal	63
5. DISCUSSÃO.....	66
5.1 Uma Análise sobre as Experiências de Vigilância de Saúde Infantil de Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa	66
5.1.1 <i>Percepções das Mães Imigrantes deste Estudo sobre os Sistemas de Saúde dos seus Países de Origem e sobre o Sistema de Saúde do País de Acolhimento</i>	66
5.1.2 <i>Percepções das Mães Imigrantes deste Estudo sobre as Barreiras no Acesso e na Utilização dos Serviços de Saúde em Portugal</i>	68
5.1.3 <i>Percepções das Mães Imigrantes deste Estudo sobre os Elementos Facilitadores no Acesso e na Utilização dos Serviços de Saúde em Portugal</i>	71
5.2 Reflexão sobre as Implicações e sobre as Contribuições do Estudo Apresentado	72
5.3 Reflexão sobre Limitações do Estudo Apresentado	75
6. CONCLUSÃO	76
7. REFERÊNCIAS	77

ÍNDICE DE QUADROS

Tabela 3.1: Estado Civil das Participantes do Estudo em Função da sua Naturalidade	21
Tabela 3.2: Situação em Portugal das Participantes no Estudo em Função da sua Naturalidade.....	21
Tabela 3.3: Constituição do Agregado Familiar das Participantes em Função da sua Naturalidade.....	22
Tabela 3.4: Número de Filhos das Participantes no Estudo em Função da sua Naturalidade .	22
Tabela 3.5: Actividade Profissional das Participantes no Estudo em Função da sua Naturalidade.....	23
Tabela 4.1: Temática a); Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde nos Países de Origem	34
Tabela 4.2: Temática b); Percepção das Mães Imigrantes sobre Comportamentos de Saúde nos seus Países de Origem.....	40
Tabela 4.3: Temática a); Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde em Portugal.....	44
Tabela 4.4: Temática b); Percepção das Mães Imigrantes sobre Comportamentos de Saúde no País de Acolhimento	53
Tabela 4.5: Temática c); Práticas Pessoais das Mães Imigrantes no País de Acolhimento	54
Tabela 4.6: Dimensão III; Atitudes das Mães Imigrantes com Influência na Vigilância de Saúde Infantil.....	56
Tabela 4.7: Temática a); Barreiras Estruturais no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal	59
Tabela 4.8: Temática b); Barreiras Comunicacionais no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal	60
Tabela 4.9: Temática c); Barreiras Pessoais no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal	61
Tabela 4.10: Temática a); Elementos Facilitadores Relacionados com o Funcionamento/Organização dos Serviços de Saúde em Portugal.....	64
Tabela 4.11: Temática b); Elementos Facilitadores Relacionados com Atitudes e Comportamentos das Participantes no Estudo.....	65

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

EUA – Estados Unidos da América

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ACIDI – Alto-Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural

APA – American Psychological Association

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A imigração assume no contexto das sociedades actuais uma importância crescente, pois a conjuntura social e económica das sociedades contemporâneas, que vivenciam um mundo global, tem contribuído para que os movimentos migratórios se tornem uma realidade inegável. O processo de migração conduz, como que inevitavelmente, a uma vivência de encontros, desencontros e contrastes aos mais diversos níveis, que importa, por isso, analisar sob a perspectiva de áreas científicas como a Psicologia. Assim, o trabalho aqui apresentado tem como principal objectivo compreender as experiências de algumas famílias imigrantes em Portugal relativamente à vigilância de saúde dos seus filhos.

O enquadramento teórico desta investigação traduz, ele próprio, as principais questões e inquietações que foram surgindo aquando da tentativa de definir e de contextualizar a pertinência da problemática em causa. Assim, reflectiremos, em primeira instância, sobre a importância de abordar a questão da imigração em geral, perspectivando-a depois na relação existente entre a saúde e a imigração, de forma a compreender, por fim, a importância de abordar a vigilância de saúde infantil de crianças imigrantes ou filhas de imigrantes, no âmbito de uma intervenção em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores.

Tendo em conta que as populações imigrantes transportam consigo marcas culturais importantes das vivências nos seus países de origem, consideramos que a consciência dessa herança não pode ser descurada quando nos reportamos às questões da saúde. Por isso, compreender as experiências de vigilância de saúde infantil de famílias imigrantes em Portugal, implica atender, também, às suas crenças, práticas e concepções no âmbito da saúde, pois irão influenciar os processos de vigilância de saúde infantil. Neste caso, serão reveladas algumas das vivências da população Cabo Verdiana e Brasileira, respectivamente, por serem, de entre os vários grupos de imigrantes, o enfoque principal desta investigação.

1.1 Porquê a problemática das populações migrantes? Um fenómeno em crescimento...

Em Portugal, a população estrangeira residente no país terá aumentado de 207 587 pessoas (cerca de 2% da população total), no ano de 2000, para cerca de 454 191 habitantes (4,3% da população total), no ano de 2009. Nesse ano, as nacionalidades de imigrantes mais representativas no país diziam respeito a países como o Brasil (25%), Ucrânia (12%), Cabo

Verde (11%), Roménia (7%), Angola (6%), Guiné-Bissau (5%) e Moldávia (5%) (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF], 2010).

Relativamente ao Distrito de Lisboa, no ano de 2009, residiam no mesmo 196 798 habitantes de nacionalidade estrangeira, sendo esta a zona do país que concentra maior número de imigrantes. Nesta região, a distribuição da população imigrante em termos de nacionalidade tende a acompanhar a tendência da realidade nacional, sendo os estrangeiros residentes em Lisboa provenientes, maioritariamente, de países como o Brasil (27%) e como Cabo Verde (15,5%) (SEF, 2010).

Os dados apresentados permitem constatar uma crescente diversidade étnica, cultural, religiosa e linguística na população Portuguesa, com repercussões aos mais diversos níveis, incluindo na área da saúde (Silva & Martingo, 2007).

1.2 Porquê o estudo da relação entre saúde e imigração?

1.2.1 Porque a envolvente sócio-cultural dos indivíduos influencia os processos de saúde/doença...

As condicionantes culturais e sociais, que resultam da nossa relação com pais/familiares e pares, influenciam todos os nossos comportamentos (Steg, Buunk & Rothengatter, 2008), incluindo os comportamentos de saúde, e a forma como definimos o próprio conceito de saúde (Gurung, 2006). No caso específico da população migrante, a premissa em causa assume especial relevância, pois a envolvente social, cultural e económica subjacente à condição de imigrante poderá ter repercussões importantes ao nível da saúde destas pessoas. A envolvente sócio-cultural de um determinado indivíduo poderá ter, então, uma influência directa ou indirecta na sua saúde, pela adopção, por um lado, de comportamentos que influenciem directamente o seu estado de saúde (e.g. o consumo de álcool) e, por outro lado, pela expressão de comportamentos culturalmente apreendidos, não directamente relacionados com questões de saúde, mas que a poderão influenciar (e.g. a forma como nos relacionamos com os outros) (Gurung, 2006).

O estatuto sócio-económico e o sexo constituem-se como dois elementos fundamentais na definição dos diferentes grupos culturais (Gurung, 2006), sendo, por isso, variáveis com elevada importância no estado de saúde dos indivíduos, e particularmente nas populações migrantes, cujo quadro cultural do país de origem difere, na maioria das vezes, do quadro cultural do país de acolhimento. Nesse sentido, Chin, Monroe e Fiscella (2000) referem que

diversos estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos da América [EUA] permitiram concluir que um estatuto sócio-económico desfavorecido contribui para a adopção de determinados comportamentos de risco (e.g. consumo de drogas e álcool, início precoce da actividade sexual), com influência no estado de saúde das pessoas. Num pólo oposto, Gurung (2006) afirma que quanto maior o estatuto sócio-económico de um indivíduo, melhor tende a ser o seu estado de saúde, verificando-se esta relação quer nos adultos, quer nas crianças.

Para além disso, também, o nível de escolaridade de cada pessoa parece assumir relevância no seu estado de saúde (Chin et al., 2000; Bambra et al., 2010). Por um lado, estudos desenvolvidos nesse âmbito concluem que os comportamentos de risco enunciados, adoptados pelas pessoas de estatuto sócio-económico desfavorecido, parecem ser partilhados por indivíduos com níveis de escolaridade baixos (Chin et al., 2000). Por outro lado, Bambra e colaboradores (2010), na revisão de literatura que fazem sobre políticas de saúde que têm por base determinantes sociais com influência na saúde, alertam para o facto de as habilitações académicas poderem condicionar desigualdades ao nível das oportunidades de emprego, com consequências importantes em outras esferas da vida das pessoas (e.g. alimentação, habitação, participação social), que acabam por ter repercussões na sua saúde.

As condições do local onde se vive são, também, consideradas pelos autores como um determinante social importante no que se refere à sua influência no estado de saúde dos indivíduos (Chin et al., 2000; Bambra et al., 2010). Nesse âmbito, importa referir questões como as infra-estruturas da habitação, as condições do sistema de abastecimento de água e de saneamento e a, eventual, existência de problemas de violência/criminalidade na envolvente da habitação (Bambra et al., 2010). Para além disso, é de realçar, ainda, que a defesa de políticas de realojamento das famílias em determinados bairros, contribui, em alguns casos, para o isolamento dessas pessoas e para limitar as suas oportunidades em termos de acesso a serviços e ao emprego, com importante influência nas suas escolhas ao nível da saúde (Chin et al., 2000; Bambra et al., 2010). Face à existência dessa relação, entre saúde e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, Bambra e colaboradores (2010) realçam a importância da defesa de políticas que contribuam para a formação dos profissionais desses serviços, no sentido da aceitação de determinados grupos de risco (e.g. grupos minoritários).

Parece existir, também, uma relação entre as questões laborais e o estado de saúde das pessoas. Por um lado, o trabalho em si tende a influenciar a saúde dos indivíduos, nomeadamente, no que se refere a questões como as condições físicas do local de trabalho, o número de horas de trabalho e o impacto do lugar ocupado na hierarquia de uma organização.

Por outro lado, de referir que o desemprego pode constituir-se como uma causa de alterações ao nível da saúde ou como uma consequência do estado de saúde (Bambra et al., 2010).

No que se refere ao contexto português, algumas das premissas anteriormente referidas parecem também verificar-se, sobretudo no que se reporta à existência de uma relação entre o estatuto sócio-económico e a escolaridade dos indivíduos, e o seu estado de saúde. Antunes (2010), que analisou processos clínicos referentes a óbitos em dois hospitais portugueses, vem como que aglutinar as questões anteriormente enunciadas, ao considerar que as pessoas com maiores recursos sociais e culturais tendem a adoptar comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, em contraste com a população mais desfavorecida nesse âmbito. Para além disso, o autor considera que a relação entre o estatuto sócio-económico e o nível cultural das pessoas, e a sua saúde, tende a cimentar-se pela influência de diversos factores, tais como: as próprias condições materiais de vida; a alimentação; a exposição a factores de risco em contexto laboral e/ou em contexto habitacional; a possibilidade de acesso e de utilização dos serviços de saúde; os valores que influenciam a relação dos indivíduos com o seu corpo e com a sintomatologia, e que podem condicionar a adopção de comportamentos de risco ou de hábitos de vida saudáveis.

A relação de reciprocidade existente entre a envolvente sócio-cultural das pessoas e o estado de saúde das mesmas, desenvolvida nesta fase do trabalho, é particularizada em seguida para o caso das populações migrantes.

1.2.2 Porque, no âmbito da saúde, as populações migrantes são particularmente vulneráveis...

De acordo com vários autores, as populações migrantes podem ser consideradas como um grupo vulnerável no que respeita à saúde, tendo em conta que partilham, muitas das vezes, um conjunto de características que as coloca numa situação de risco neste âmbito. Nesse sentido, alguns estudos indicam que a condição de imigrante pode ter repercussões ao nível do acesso e da utilização dos serviços de saúde, e que os factores sociais e económicos vivenciados por alguns imigrantes podem influenciar o estado de saúde dos mesmos; daí a importância de os considerar no ponto anterior deste trabalho.

Relativamente ao acesso e à utilização dos serviços de saúde pela população migrante, são identificadas, pelos imigrantes e pelos profissionais de saúde que com eles intervêm, importantes barreiras neste âmbito. As dificuldades no domínio da língua do país de acolhimento por parte de população imigrante são apontadas como uma barreira relevante no acesso e na utilização dos serviços de saúde por esta população (Schwarzwald, 2005; Sousa,

2006; Rosa, 2007; Silva & Martingo, 2007; Soares Machado, 2007; Andrade, 2008; Dias, Severo & Barros, 2008; Mendoza, 2009, Fonseca & Silva, 2010). De acordo com Sousa (2006), que realizou um estudo sobre os imigrantes Ucranianos em Portugal e a sua relação com os cuidados de saúde no país, as questões de diferença linguística acarretam dificuldades para os próprios profissionais de saúde que intervêm com esta população, não apenas na questão da comunicação, mas também na interpretação de quadros clínicos, quando os registos anteriores de saúde destas pessoas se encontram na língua do país de origem e existem dificuldades em obter a sua tradução. O autor refere, ainda, que, em alguns casos, o historial clínico das pessoas imigrantes é inexistente, face à sua vinda para o país de acolhimento, sendo esse facto identificado, também, pelos profissionais de saúde, como uma dificuldade na intervenção com a população imigrante.

Para além das diferenças linguísticas, a comunicação profissional de saúde/utente parece ser, também, afectada pela atribuição de diferentes significados a um mesmo conceito (e.g. conceito de saúde e de doença), em função do “background” cultural de cada indivíduo (Schwarzwald, 2005; Silva & Martingo, 2007; Mendoza, 2009; Moleiro, Silva, Rodrigues & Borges, 2009), o que pode dificultar a comunicação entre a população imigrante e os profissionais de saúde. No estudo de Sousa (2006), essa dificuldade é referida pelos próprios profissionais de saúde que intervêm com a população imigrante de origem Ucraniana, que reportam desconhecimento face aos valores e às crenças culturais desses imigrantes, com eventual influência nos processos de saúde/doença dos mesmos.

Assim, para além das questões da língua, a desadaptação dos serviços em relação às especificidades culturais dos imigrantes (Andrade, 2008; Bäckström, 2009; Fonseca & Silva, 2010), expressas, em alguns casos, por poucas competências culturais dos profissionais de saúde (Mendoza, 2009) poderão, também, contribuir para dificultar a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes. Daí que autores como Sue, Arredondo e McDavis (1992) alertem para a importância do desenvolvimento de competências multiculturais por parte dos profissionais que intervêm com populações minoritárias, implicando esse processo alterações ao nível dos conhecimentos adquiridos, mas também dos seus comportamentos e crenças.

No que se refere aos meios para acesso aos serviços de saúde, a investigação desenvolvida por Andrade (2008) revela que a população imigrante estudada utiliza, predominantemente, os transportes públicos para acesso aos serviços de saúde ou desloca-se a pé para chegar aos mesmos. Nesse sentido, a taxa de utilização dos serviços de saúde tende a decrescer quando aumenta o tempo de deslocação entre a residência desses imigrantes e os cuidados de saúde primários. Assim, questões como a disponibilidade de meios de transporte e a distância aos

serviços de saúde poderão ser, também, identificadas como uma barreira no acesso e na utilização dos serviços de saúde pela população imigrante (Dias *et al.*, 2008).

As questões burocráticas e de organização dos serviços de saúde em Portugal são, também, apontadas pelos imigrantes como uma dificuldade no recurso a estes serviços, expressas por questões como: barreiras administrativas, dificuldade na marcação de consultas em articulação com as exigências profissionais (Andrade, 2008; Dias, Rocha & Horta, 2009; Fonseca & Silva, 2010), horário desajustado de funcionamento dos serviços ou o elevado tempo de espera para atendimento (Gonçalves, Dias, Luck, Fernandes & Cabral, 2003; Sousa, 2006; Rosa, 2007; Andrade, 2008; Dias *et al.*, 2009; Fonseca & Silva, 2010). De referir que grande parte destas dificuldades dizem respeito, especificamente, ao funcionamento dos centros de saúde em Portugal, contribuindo para que os imigrantes privilegiem o recurso ao hospital, ao invés dos cuidados de saúde primários (Gonçalves *et al.*, 2003). Nesse âmbito, alguns estudos realizados revelam que o facto de não se ter médico de família atribuído em Portugal irá, também, condicionar o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde primários no país (Gonçalves *et al.*, 2003; Andrade, 2008). Poderá questionar-se se estas limitações não serão vivenciadas, também, pela população autóctone no acesso aos serviços de saúde. No entanto, Andrade (2008) enfatiza que as condicionantes em causa assumem especial relevância para a população imigrante, tendo em conta a sua situação prévia de vulnerabilidade social, que vem exacerbar as dificuldades na utilização dos serviços de saúde.

A conduta negativa dos profissionais de saúde para com a população imigrante é, também, encarada como uma barreira no acesso e na utilização dos serviços de saúde (Gonçalves *et al.*, 2003; Freitas, 2006; Sousa, 2006; Dias *et al.*, 2008; Sopa, 2009), reportando-se, em alguns casos, os imigrantes à adopção de atitudes discriminatórias e estereotipadas por parte dos profissionais que intervêm nos serviços de saúde (Rosa, 2007; Dias *et al.*, 2009; Moleiro *et al.*, 2009), bem como ao seu desconhecimento relativamente aos direitos dos imigrantes (Dias *et al.*, 2009). Esta dificuldade parece acentuar-se para os imigrantes indocumentados ou em situação irregular, face à incerteza de participação às autoridades da sua situação (Gonçalves *et al.*, 2003; Sousa, 2006; Paredes Moreira, Silva, Feitosa Alves, Jesuíno & Tura, 2007; Dias *et al.*, 2008), expressando, muitas vezes, os próprios desconhecimento relativamente ao funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e aos seus direitos e deveres nesse âmbito (Freitas, 2006; Andrade, 2008; Bäckström, 2009; Dias *et al.*, 2009; Fonseca & Silva, 2010). O receio de denúncia às autoridades de uma situação de irregularidade e algum desentendimento sobre a organização dos serviços de saúde poderão contribuir para que os imigrantes acedam a

práticas de medicina tradicional, ao invés de recorrerem aos serviços de saúde, o que, em alguns casos, poderá favorecer riscos de saúde significativos (Schwarzwald, 2005).

Apesar do desconhecimento dos profissionais de saúde relativamente aos direitos dos imigrantes se constituir como uma barreira no acesso e na utilização dos serviços de saúde por parte dos mesmos, importa referir que, em Portugal, de acordo com o Despacho n.º 25.360/2001 do Ministério da Saúde, é direito de todos os cidadãos a prestação de cuidados de saúde, de acordo com as suas necessidades, e independentemente das suas condições económicas, sociais ou culturais. Nesse sentido, também aos imigrantes lhes aufero o direito de acesso aos serviços de saúde, aquando necessário. Para além do referido, o despacho em causa regulamenta, ainda, que os cidadãos estrangeiros a residir legalmente em Portugal terão direitos de acesso ao Serviço Nacional de Saúde similares aos dos cidadãos portugueses. A situação dos imigrantes em condições irregulares é, também, contemplada pela legislação portuguesa, no artigo 34.º, do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril, que regulamenta o direito de acesso dos mesmos aos serviços de saúde, desde que se façam acompanhar de um comprovativo de residência no país há mais de noventa dias, emitido pela Junta de Freguesia do local onde habitam.

Relativamente aos factores sociais e económicos vivenciados pelos imigrantes, verifica-se que se deparam, na maioria das vezes, com dificuldades importantes na chegada ao país de acolhimento, e que poderão ter repercussões significativas no seu estado de saúde. Nesse sentido, Machado e colaboradores (2007) identificam uma maior privação sociomaterial na população de imigrante estudada, dos Concelhos de Sintra e da Amadora, comparativamente com a população de não imigrantes dos mesmos concelhos; particularizando-se questões como o baixo nível de escolaridade das famílias, o desemprego ou o emprego pouco qualificado e as más condições habitacionais. Assim, sabe-se que os imigrantes vivem, frequentemente, em locais com más condições de higiene e de habitabilidade (Matos, Gonçalves & Gaspar, 2004; Machado et. al., 2007; Andrade, 2008; Bäckström, 2009; Fonseca & Silva, 2010), que poderão contribuir para o surgimento de determinadas doenças ou para o agravamento de doenças crónicas já diagnosticadas. Para além disso, os bairros de realojamento periféricos às grandes cidades albergam, habitualmente, um elevado número de imigrantes, sujeitos, muitas das vezes, à exclusão social e à marginalização própria destes locais (Matos et al., 2004; Andrade, 2008; Mendoza, 2009).

O isolamento dos imigrantes é vivenciado, também, na ruptura de relações sociais anteriores, o que poderá contribuir para uma certa fragilidade psicológica desta população (Andrade, 2008; Dias et al., 2009), com eventual risco de alterações ao nível da sua saúde

mental. Contudo, de acordo com um trabalho de campo realizado em Portugal, sobre o funcionamento de um serviço de saúde mental criado especificamente para apoio à população imigrante, a adesão terapêutica nesta área constitui-se como pouco significativa. Isto porque, por um lado, a população imigrante tende a considerar que um acompanhamento deste tipo contribui para exacerbar o estigma e a exclusão social a que estão, muitas das vezes, sujeitos, apenas pela sua condição de imigrantes. Por outro lado, a autora refere que a pouca competência intercultural dos profissionais de saúde que intervêm nesse serviço, entretanto extinto, poderá ter condicionado a utilização do mesmo pelos imigrantes (Pusetti, 2010).

As condições económicas deficitárias em que se encontram grande parte dos imigrantes contribuem para que estes se sujeitem a trabalhar durante um elevado número de horas por dia, com dificuldades acrescidas para se ausentarem do local de trabalho por questões de saúde (Andrade, 2008; Bäckström, 2009; Dias *et al.*, 2009). A essa realidade, crescem, muitas das vezes, hábitos alimentares inadequados, com horários de refeições irregulares (Dias *et al.*, 2009). Para além disso, a escassez de recursos económicos condiciona eventuais gastos com despesas de saúde (Sousa, 2006; Andrade, 2008;), o que em certos contextos, como por exemplo nos EUA, é agravado pelo facto de grande parte dos imigrantes não serem beneficiários de seguros de saúde (Mendoza, 2009; Javier, Huffman, Mendoza & Wise, 2009). Importa referir que, em Portugal, o Despacho nº 25.360/2001 do Ministério da Saúde regulamenta as questões do pagamento das intervenções do Serviço Nacional de Saúde. Assim, aos imigrantes que efectuem descontos para a Segurança Social, ser-lhe-ão cobradas taxas moderadoras de acordo com os termos fixados para a população em geral, nas mesmas circunstâncias. Aos imigrantes que não efectuem os descontos em causa, a cobrança dos serviços estará dependente da análise da situação sócio-económica de cada pessoa.

Antes de chegarem ao país de destino, alguns imigrantes acabam por permanecer em outros países (e.g. refugiados), o que aumenta o risco de contraírem determinadas doenças, sobretudo quando se alteram fortemente as suas condições económicas (Schwarzwald, 2005).

Os inúmeros factores de risco em termos de saúde com que se defrontam as populações imigrantes poderão, de certa forma, contrabalançar-se com a existência de factores protectores neste âmbito, que importa, por isso, referir. Assim, identificam-se como elementos facilitadores para o acesso e para a utilização dos serviços de saúde em Portugal questões como as vivências positivas no contexto dos serviços de saúde, nomeadamente no centro de saúde, e a possibilidade de recurso a apoio social (Dias *et al.*, 2009), bem como a existência de intérpretes ou de linhas telefónicas de tradução nos serviços de saúde (Sousa, 2006;

Fonseca & Silva, 2010). Para além disso, como forma de facilitar o acesso aos serviços de saúde por parte das populações migrantes, alguns imigrantes sugerem a necessidade de melhorias a diversos níveis: na organização em geral dos serviços de saúde e nas infra-estruturas dos mesmos, na informação transmitida aos utentes e nas competências multiculturais dos profissionais de saúde (Gonçalves et al., 2003; Dias et al., 2009).

Os resultados dos estudos apresentados permitem sintetizar grande parte das dificuldades vivenciadas pelos imigrantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Algumas das barreiras enunciadas acabam por ser identificadas pelos profissionais que intervêm em projectos de proximidade com estas populações, como é o caso do “Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante”, onde os técnicos se confrontam diariamente com questões como: o desconhecimento dos profissionais de saúde e dos próprios imigrantes face à legislação existente; o limitar do acesso aos serviços de saúde aos imigrantes em situação irregular no país; carências sócio-económicas importantes, com influência no estado de saúde destas pessoas (Horta & Carvalho, 2007). Se considerarmos que, quer alguns dos utentes deste gabinete, quer os imigrantes que deram rosto aos estudos apresentados, têm filhos com idade precoces a seu cargo, importa agora compreender quais as dificuldades vivenciadas pelas famílias imigrantes no que se refere, especificamente, à vigilância de saúde infantil.

1.3 Porquê o enfoque na vigilância de Saúde Infantil de populações migrantes?

A influência de factores sócio-culturais na saúde assumirá maior importância durante a infância, pois muitos dos nossos comportamentos de saúde são apreendidos nesta fase da vida (Gurung, 2006). Assim, a melhoria do acesso das famílias aos cuidados de vigilância de saúde infantil permitirá que as crianças imigrantes adoptem, desde cedo, comportamentos de promoção da saúde e de prevenção da doença adequados, tal como se encontra preconizado pela DGS (2005), que enfatiza a importância de uma vigilância periódica de saúde de todas as crianças, tendo como âmbito a promoção da saúde e a prevenção da doença. Nesse sentido, propõe a calendarização de acções de vigilância para momentos específicos, de acordo com idades-chave pré-definidas, e uma harmonização dessas intervenções com o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação recomendado.

A promoção da saúde e do bem-estar infantil, bem como de um desenvolvimento harmonioso das crianças, constitui-se, também, como uma prioridade para a Lei de Protecção

de Crianças e Jovens em Perigo (1999), sendo uma das medidas de promoção dos direitos das crianças e de protecção das crianças e jovens em perigo. Nesse sentido, também, a DGS (2005) prioriza, nas consultas de saúde infantil, o apoio às crianças em situação de risco ou especialmente vulneráveis, o que, no caso das famílias imigrantes, tendo em conta os factores de risco identificados anteriormente e os que serão apresentados em seguida, assume especial relevância. De acordo com a DGS (2005), esse apoio implica reconhecer os pais como principais prestadores de cuidados à criança, considerando-se, por isso, essencial aumentar o nível de conhecimentos e de motivação por parte das famílias, para a melhoria do desempenho das suas funções parentais e para a melhoria da qualidade de vida das crianças.

Na nossa opinião, a viabilização dos pressupostos anteriormente referidos implica, por um lado, que os profissionais de saúde se consciencializem, a cada instante, de determinadas particularidades das famílias imigrantes, e, por outro lado, um trabalho no sentido de adaptação o mais possível dos serviços às características sócio-culturais de cada família. Assim, sugere-se que as intervenções de vigilância de saúde infantil sejam sustentadas por um Modelo Biopsicossocial, pois apesar das acções de promoção de saúde serem focalizadas num determinado indivíduo/família, têm, inevitavelmente, por base todo o seu “background” social e cultural. Assim, importa que o profissional se consciencialize dos seus eventuais estereótipos e preconceitos perante alguns grupos, tentando que estes não interfiram na sua intervenção, para poder perceber junto do outro como é que determinada questão de saúde é encarada na sua envolvente contextual, delineando com ele um projecto de intervenção que lhe faça sentido e que atenda às suas especificidades culturais (Chin et *al.*, 2000).

De acordo com o que foi apresentado anteriormente, presume-se que a condição das crianças imigrantes ou filhas de imigrantes seja semelhante à dos adultos imigrantes, explorada acima, e que possa, por isso, comprometer as acções de promoção de saúde preconizadas pela DGS, com eventuais riscos para a saúde destas crianças. Para além disso, sabe-se que as crianças imigrantes/filhas de imigrantes tendem a viver em situações de maior pobreza, comparativamente com as crianças não imigrantes; que as suas famílias têm, habitualmente, poucas habilitações académicas e, conseqüentemente, empregos pouco qualificados ou elevadas taxas de desemprego; grande parte destas famílias não fala correctamente a língua do país de acolhimento (Flores, Abreu & Tomany-Korman, 2005; Javier et *al.*, 2009; Mendoza, 2009). Estes factores, tradicionalmente, aumentam os riscos de disparidades ao nível da saúde (Mendoza, 2009). Inclusivamente, as dificuldades de não domínio da língua do país de acolhimento por parte das famílias imigrantes irão, elas próprias, condicionar uma situação sócio-económica desfavorável para estas famílias,

comparativamente com as famílias não imigrantes ou com aquelas que apresentam um melhor domínio da língua autóctone: empregos menos qualificados, menores rendimentos, menos possibilidade de cobertura de saúde através de um seguro de saúde (Flores et al., 2005).

As crianças de famílias imigrantes tendem a usufruir menos dos serviços de saúde, comparativamente com as crianças não imigrantes. Essa situação tende a agravar-se em crianças provenientes de famílias indocumentadas e, no caso dos EUA, em famílias que não beneficiam de seguros de saúde (Javier et al., 2009; Schwebel & Brezaussek, 2009;). Nesse âmbito, um estudo desenvolvido com crianças filhas de imigrantes de origem latina, cujos pais desempenham trabalhos agrícolas sazonais nos EUA, tentou avaliar a relação existente entre a situação de regularidade/irregularidade destas famílias no país e o facto de as crianças beneficiarem ou não de um seguro de saúde (Weathers, Minkovitz, Diener-West & O'Campo, 2008). Os resultados desse trabalho não são estatisticamente significativos, no que se refere à relação entre as duas variáveis em causa. Contudo, Weathers e colaboradores (2008) concluíram que as famílias em causa têm dificuldades importantes ao nível do acesso aos serviços de saúde: indicam depender de meios de transporte de outros para se deslocarem às consultas médicas das crianças e referem dificuldades em ausentarem-se do local de trabalho para poderem comparecer nessas consultas. Para além disso, os autores perceberam que o tempo de permanência das famílias imigrantes no país influenciava a cobertura de saúde das crianças, através de um seguro de saúde, alertando para a importância do conhecimento dos imigrantes acerca do funcionamento do sistema de saúde dos países de acolhimento, no acesso e na utilização dos mesmos por parte destas famílias. De referir que, em Portugal, a questão das despesas com a saúde infantil poderá ser facilmente ultrapassada, tendo em conta que serviços como os cuidados de saúde em casos de determinadas doenças transmissíveis, cuidados de saúde materno-infantil e vacinação serão gratuitos para qualquer cidadão que se encontre no país (DGS, 2002).

De acordo com o estudo de Javier et al. (2009), realizado com crianças com necessidades de saúde especiais, as crianças imigrantes reportavam menos idas ao médico no último ano e menos idas ao serviço de urgência, embora com piores indicadores de saúde que as crianças não imigrantes. Outros estudos vêm, também, comprovar esses piores indicadores de saúde das crianças imigrantes, quando comparadas com as crianças não imigrantes. De acordo com Mendoza (2009), as crianças nascidas fora dos EUA têm, habitualmente, piores indicadores de saúde: malnutrição, infecções não tratadas, problemas dentários, problemas de saúde mental. Estes problemas resultam do stress relacionado com o que motivou a emigração (e.g. a guerra) ou com condicionantes do próprio processo de imigração em si. Assim, em alguns

casos, as crianças imigrantes terão maior probabilidade de contágio com doenças infecto-contagiosas, por várias razões: a presença em campos de refugiados com condições de saneamento e de provisão de água inadequados, proveniência de áreas urbanas densas, a presença em instituições, o que condiciona o contacto com muitas crianças e com vários cuidadores. Para além disso, a nível psicológico algumas das crianças imigrantes apresentam atrasos no desenvolvimento e/ou stress pós-traumático, sobretudo as crianças provenientes de situações de guerra, instituições ou campos de refugiados. As alterações em causa podem relacionar-se com malnutrição ou com traumas psicológicos (Schwarzwald, 2005).

De uma forma geral, diversos estudos parecem apontar para a maior probabilidade de desenvolvimento de problemas psicológicos por parte das crianças imigrantes, quando comparadas com as crianças não imigrantes. Stevens e Vollenbergh (2008), autores de uma meta-análise neste âmbito, concluíram, contudo, que as investigações em causa não têm sido suportadas pelo rigor metodológico desejado, pois alguns dos trabalhos desenvolvidos diferem em áreas como: as características da amostra de crianças estudadas, o papel desempenhado por quem reporta os problemas psicológicos (pai, professor, criança), as concepções culturais sobre a definição de comportamento adequado por parte das crianças, as políticas de protecção aos imigrantes por parte dos países de acolhimento, entre outras questões. Apesar disso, poder-se-á considerar que os resultados desses trabalhos constituem-se como importantes pistas sobre um outro eventual factor de risco em termos de saúde no que se refere às crianças imigrantes, nomeadamente a possibilidade da condição de imigrante contribuir para uma maior fragilidade em termos da sua saúde mental.

A agravar a questão dos maiores riscos em termos de saúde, sabe-se que, em Portugal, alguns grupos de famílias imigrantes tendem a aceder aos serviços de saúde apenas em situação de doença aguda ou em casos de urgência (Andrade, 2008; Dias et al., 2009; Silva et al., 2010), o que deixa transparecer o não privilégio pela vigilância periódica de saúde infantil preconizada. Para além disso, algumas das crianças imigrantes não se encontram vacinadas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação recomendado no seu país de acolhimento (Schwarzwald, 2005), pelo que têm maior risco de ter contraído ou de contrair determinadas doenças, passíveis de serem evitadas através da vacinação. Assim, promover a sua ida aos serviços de saúde não apenas em situação de doença torna-se essencial.

Apesar dos inúmeros factores de risco em termos de saúde que as crianças imigrantes ou filhas de imigrantes apresentam, tal como descrito anteriormente, alguns autores reportam determinadas características das famílias imigrantes que podem constituir-se como factores

protectores neste âmbito: as crianças de famílias imigrantes são menos propensas a viverem em famílias monoparentais; tendem a viver em família alargada e as suas famílias tendem a relacionar-se positivamente com outras famílias da mesma etnia, o que pode constituir-se como um suporte social importante (Mendoza, 2009). Nesse sentido, a vigilância periódica de saúde das crianças imigrantes torna-se essencial, pois poderá reverter alguns dos riscos a que estas crianças se encontram expostas e enfatizar os factores protectores das suas famílias.

1.4 Crenças, Atitudes e Práticas de Saúde de Populações Imigrantes

O enquadramento anterior permitiu-nos concluir que as condicionantes sócio-culturais influenciam o estado de saúde dos indivíduos em geral, assumindo, relevância quando nos reportamos às populações imigrantes. Para além disso, constatamos dos dados de alguns dos estudos apresentados, que as diferenças entre as práticas de saúde do país de origem e as práticas de saúde adoptadas no país de acolhimento podem constituir-se como um entrave no acesso e na utilização dos serviços de saúde por parte da população imigrante. As próprias experiências anteriores da população imigrante aquando o recurso aos serviços de saúde no seu país de origem podem gerar determinadas expectativas sobre o funcionamento dos serviços de saúde no país de acolhimento, o que pode influenciar o acesso destas populações a esses mesmos serviços.

Consideramos que importa, nesta fase do trabalho, compreender algumas das particularidades culturais das populações de imigrantes no que se refere à vivência dos processos de saúde/doença, pois tendem a adquirir significado quando nos reportamos especificamente à vigilância de saúde infantil. Iremos, então, centrar-nos sobre as vivências das populações Cabo-Verdianas e Brasileiras nesse âmbito.

1.4.1 As vivências da população Cabo-Verdiana...

Estudos realizados com populações de origem africana em geral reportam-se à tendência para uma não aposta na promoção da saúde nos países de origem, por parte destes imigrantes (Gonçalves et al., 2003; Andrade, 2008; Dias et al., 2009; Sopa, 2009). A questão em causa é, também, referida por Bäckström (2009), mas especificamente para a população Cabo Verdiana de Lisboa. Nesse âmbito, verifica-se que a não adopção de comportamentos de carácter preventivo é partilhada, sobretudo, pelos elementos do grupo caracterizado como

popular (com características sócio-económicas desfavorecidas e menor nível de escolaridade que o grupo de elite, também estudado) e pelos homens (Bäckström, 2009).

Importa ter em conta que, quando se reportam à não aposta na promoção de saúde pela população africana, as autoras referem-se, sobretudo, ao recurso aos serviços de saúde apenas em situação de doença/urgência. Contudo, a população Cabo Verdiana da região de Lisboa mostra adoptar determinados comportamentos no seu país de origem, que podem, eles próprios, constituir-se como práticas de promoção da saúde, como é o caso da prática de exercício físico, referida como um hábito comum para a maioria dos Cabo Verdianos. Para além disso, este grupo de imigrantes reporta-se a algumas das condições do seu país de origem, como indutoras de estilos de vida mais saudáveis, comparativamente com Portugal: o clima, que possibilita a prática de actividades ao ar livre; menores índices de poluição; alimentos mais naturais; menos “stress” (Bäckström, 2009).

Centrando-nos agora, especificamente, nas situações de doença, consideramos importante referir que a população Cabo Verdiana tende a recorrer, nesses casos, a curandeiros e a práticas de espiritismo (Bäckström, 2009). Para além disso, é prática de saúde recorrente para os imigrantes de origem africana em geral, e para os Cabo Verdianos em particular, a utilização de medicinas tradicionais (Gonçalves et al., 2003; Andrade, 2008; Bäckström, 2009), sobretudo no tratamento de doenças típicas da infância, sendo as mães ou as avós das crianças quem detém conhecimentos importantes sobre as potencialidades curativas de algumas das plantas disponíveis no país de origem. Para além disso, em Cabo Verde, a utilização das medicinas tradicionais, surge, por vezes, como uma alternativa à escassez de outros meios de assistência de saúde disponíveis (Bäckström, 2009).

De ter em conta que a população Cabo Verdiana da região de Lisboa refere ocultar dos profissionais de saúde em Portugal o recurso às medicinas tradicionais, essencialmente, por receio das suas atitudes nesse âmbito ou por considerar que a utilização das medicinas tradicionais poderá interferir com outro tipo de tratamentos, utilizando-as, assim, de forma alternada com os mesmos. Para além disso, este grupo de imigrantes refere recorrer com menos frequência às medicinas tradicionais desde a sua chegada a Portugal, comparativamente com o que se verificava em Cabo Verde, o que a autora questiona, invocando questões de, eventual, adequação à desejabilidade social (Bäckström, 2009).

Alguns dos Cabo Verdianos que participaram no estudo de Bäckström (2009) referiram, ainda, a crença na existência de dois tipos de doença: as doenças não médicas, em que a sintomatologia das mesmas se torna visível, e as doenças médicas, cujos sinais e sintomas não

são perceptíveis, sendo, por isso, consideradas como mais perigosas. Apenas nas doenças não médicas se considera útil o recurso às medicinas tradicionais.

No que se refere especificamente à saúde materno/infantil, alguns estudos deixam transparecer a valorização atribuída, pela população africana em geral, à multiparidade (Dias *et al.*, 2009; Sopa, 2009) sendo que algumas mulheres africanas parecem reportar-se à gravidez como um estado que não depende do seu controlo (Dias *et al.*, 2009). Nesse âmbito, sabe-se que as mulheres Cabo Verdianas têm, habitualmente, um elevado número de filhos e optam por ser mães em idades precoces (Andrade, 2008). Para além disso, existem em Cabo Verde práticas de saúde particulares, relacionadas com esta primeira fase do ciclo de vida, como é o caso de alguns dos partos ocorrerem no domicílio. É, também, prática de saúde infantil em Cabo Verde a “Tradição do Guarda Cabeça”, que consiste na realização de uma festa, sete dias após o nascimento de uma criança, com o objectivo primordial de celebrar a protecção do recém-nascido (Bäckström, 2009). De acordo com a autora, a cerimónia em causa tem por base a elevada mortalidade perinatal, face à contracção de tétano por parte dos recém-nascidos, na sequência da realização de partos no domicílio, com poucas condições de higiene e de segurança, ou a cuidados desadequados com o coto umbilical.

Os participantes do estudo de Freitas (2006) e do estudo de Andrade (2008) reportam-se a uma melhor assistência de saúde em Portugal, comparativamente com a dos seus países de origem, onde se inclui Cabo Verde. Nesse sentido, a população Cabo Verdiana tende a assumir um padrão de utilização indiscriminado dos vários recursos terapêuticos disponíveis no seu país de origem (Bäckström, 2009). Contudo, em Portugal recorre, essencialmente, ao centro de saúde (Bäckström, 2009), questão que, face ao apresentado, poderá relacionar-se com uma maior oferta ou com uma melhor organização dos serviços disponíveis.

1.4.2 As vivências da população Brasileira...

Contrariamente ao parece verificar-se para a população Cabo Verdiana, a população de origem Brasileira tende a valorizar as questões da promoção da saúde, considerando que em Portugal se verifica um desinvestimento na medicina preventiva, comparativamente com o que acontece no seu país. Por isso, mesmo emigradas em Portugal, algumas Brasileiras tendem a recorrer aos serviços de saúde do Brasil quando lá se deslocam (Dias *et al.*, 2009).

Sopa (2009) realizou um estudo sobre as representações e as práticas de maternidade de imigrantes em Portugal, onde se incluem algumas mulheres de origem Brasileira. Nesse âmbito, e tal como se verifica para a população Cabo Verdiana, que recorre às medicinas tradicionais, importa referir que as Brasileiras utilizam chás e ervas tradicionais do seu país de

origem para afastar o que consideram como mau-olhado e para alívio de alguns desconfortos comuns nos recém-nascidos, nomeadamente, as cólicas e a icterícia neonatal.

Para além disso, no que se reporta, também, a práticas de saúde infantil, as avós maternas adquirem especial relevância na responsabilidade pelos cuidados aos recém-nascidos nos seus primeiros tempos de vida, assumindo esse suporte social informal elevada importância para as mulheres Brasileiras. Assim, algumas delas referem a necessidade de um contacto periódico com os familiares que permanecem no seu país de origem para aconselhamento e para partilha de experiências sobre os cuidados aos seus filhos. No que se refere a outras práticas de saúde infantil da população Brasileira, torna-se relevante mencionar a tradição de enterrar o coto umbilical dos recém-nascidos, após a sua queda (Sopa, 2009).

Tal como se verifica para a população imigrante de origem africana, e particularmente para os imigrantes Cabo Verdianos, alguns imigrantes Brasileiros caracterizam a assistência de saúde em Portugal como melhor do que a do seu país de origem (Rosa, 2007).

Dos dados apresentados conclui-se que em Portugal não se encontram disponíveis estudos que se dediquem à “Vigilância de Saúde Infantil de Crianças Imigrantes”, existindo apenas trabalhos que relacionam as temáticas da “Imigração” e da “Saúde” em geral, pelo que o enquadramento anterior se reporta, muitas das vezes, a literatura internacional. No entanto, também ao nível da relação entre “Saúde e Imigração”, e de acordo com o “Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal” (Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2009), a investigação desenvolvida no país manifesta-se como escassa e inconsistente, face às necessidades crescentes de intervenção com estas populações. De referir que os estudos em causa têm sido desenvolvidos, essencialmente, por áreas como as ciências médicas e a saúde pública, sendo que as ciências sociais e humanas têm dado, também, alguns contributos nesse sentido (Fonseca *et al.*, 2009). O trabalho aqui apresentado pretende ser uma continuidade desse empenho, realçando a saúde das crianças imigrantes como uma preocupação central na intervenção em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores. A nível internacional verifica-se, também, uma carência de estudos sobre a “Saúde Infantil das Crianças Imigrantes”, pelo que Mendoza (2009) propõe, como prioridades de investigação, trabalhos que permitam melhorar o acesso aos serviços de saúde por parte das crianças imigrantes e a qualidade dos cuidados que recebem, e que concluam sobre os factores culturais que contribuem para resultados positivos na sua saúde. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido tem como propósito aumentar o campo de conhecimentos científicos relativamente à saúde das crianças imigrantes ou filhas de imigrantes, baseando-se na proposta de Mendoza...

2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

De acordo com o enquadramento anterior, torna-se relevante compreender, em primeira instância, a forma como as famílias de imigrantes vivenciam e percebem o acesso e a utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil, sendo este o objectivo geral da investigação em causa. Nesse sentido, propomo-nos a dar voz a grupos de mães Brasileiras e Cabo-Verdianas, tendo em conta duas questões essenciais. Por um lado, segundo o estudo realizado por Andrade (2008), de entre os vários elementos da família, são, habitualmente, as mulheres quem mais utiliza os serviços de vigilância de saúde infantil, no que se refere à população africana em geral, sendo isto verdade para a população Cabo Verdiana em particular (Bäckström, 2009). Por outro lado, tal como apresentado inicialmente, a população Brasileira e a população Cabo-Verdiana constituem-se como os grupos de imigrantes mais representativos da região de Lisboa, local onde será levada a cabo a investigação; acresce-se o facto de a população Brasileira ser a mais representativa em Portugal e a Cabo-Verdiana a terceira com maior importância numérica no país (SEF, 2010).

De referir que a opção por tentar apreender especificamente as vivências de saúde infantil de dois grupos de imigrantes, neste caso Cabo Verdianos e Brasileiros, se relaciona com o facto de a maioria dos estudos efectuados no âmbito da “Saúde e Imigração” incluírem a população imigrante como um todo, não atendendo a particularidades culturais específicas do país de origem das participantes, que podem assumir, em alguns casos, uma especial relevância. Esse facto torna-se evidente no que se refere às questões de saúde, pois, tal como se pode depreender do enquadramento anteriormente apresentado, a saúde e a envolvente sócio-cultural dos indivíduos assumem uma relação de reciprocidade. Nesse sentido, importa, neste estudo, aceder às questões sociais e culturais específicas destes dois grupos de imigrantes em particular, que poderão assumir uma, eventual, influência na vigilância de saúde infantil. Assim, um dos objectivos específicos do estudo relaciona-se com a possibilidade de captar as crenças, atitudes e práticas particulares de imigrantes Cabo Verdianos e Brasileiros com influência nos processos de vigilância de saúde infantil.

Relativamente aos dois últimos objectivos, percebe-se que a revisão de literatura realizada permitiu reconhecer algumas das barreiras com que as famílias imigrantes se defrontam no acesso e na utilização dos serviços de saúde em geral e, particularmente, na vigilância de saúde das suas crianças. Nesse sentido, proponho-me a identificar as barreiras percebidas por estes grupos de imigrantes, em particular na vigilância de saúde dos seus filhos.

Contudo, consideramos que importa, também, compreender se as famílias imigrantes Brasileiras e Cabo-Verdianas identificam nos serviços de vigilância de saúde infantil elementos que facilitem o seu acesso e a utilização dos mesmos, para que estes possam vir a ser considerados nos serviços de saúde e pelos profissionais que, habitualmente, intervêm com estas famílias.

Face ao apresentado propõe-se como objectivos para a investigação a realizar:

- Explorar as representações e as vivências subjectivas de mães Brasileiras e Cabo-Verdinas de Lisboa no acesso aos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil. Mais especificamente, pretendemos compreender:

- a) Quais as crenças, atitudes e percepções sobre práticas destes grupos de imigrantes com influência nos processos de vigilância de saúde infantil;
- b) Quais as percepções desses grupos de imigrantes acerca dos elementos facilitadores ao acesso e à utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil;
- c) Quais as barreiras percebidas pelos grupos em causa no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil.

3. MÉTODO

De acordo com Firmino da Costa (1999), a produção de conhecimento científico encontra-se dependente, por um lado, da teoria anteriormente produzida no âmbito de uma dada realidade, a que se pretende estudar, e, por outro lado, da necessidade de recolha de informação sobre essa realidade. Assim, tendo em conta que no capítulo anterior nos centrámos, essencialmente, sobre os estudos anteriormente realizados no âmbito da “Saúde/Saúde Infantil e Imigração”, importa, nesta fase, atender à metodologia de investigação que permite que a recolha de dados vá de encontro aos objectivos deste trabalho.

A escolha de uma metodologia de investigação depende do conhecimento que se pretende obter com determinado estudo (Punch, 1998; Breakwell & Rose, 2000). Compreender as experiências de mães Brasileiras e Cabo-Verdinas no acesso aos serviços de vigilância de saúde infantil implica que se tenha optado por um estudo qualitativo de carácter exploratório. Por um lado, a escassez de estudos sobre a “Vigilância de Saúde Infantil de Populações Migrantes” não permitiria indagar sobre uma teoria previamente existente, tal como propõe o método quantitativo (Flick, 2005). Por outro lado, é a abordagem qualitativa a que melhor permite captar a perspectiva dos participantes sobre um determinado contexto do seu quotidiano (Flick, 2005) e a que melhor explicita as vivências indivíduos relativamente a um dado processo (Punch, 1998; Breakwell & Rose, 2000), neste caso, de mães imigrantes relativamente à utilização dos serviços de vigilância de saúde dos seus filhos.

Neste capítulo começaremos, então, por descrever a amostra de participantes do estudo, passando, posteriormente, para uma explicitação sobre a técnica de recolha de dados utilizada e sobre o processo de recolha de dados. Abordaremos, ainda, a técnica de análise de dados utilizada, apresentando alguns critérios de qualidade da pesquisa qualitativa realizada.

3.1 Participantes

Nos estudos de carácter qualitativo, como o apresentado, a selecção dos participantes tem como base, não a sua importância numérica em termos de representatividade, mas o seu cunho de exemplaridade (Ruquoy, 1997). Nesse sentido, a escolha das mulheres a participarem nesta investigação tomou como ponto de partida determinadas características destas, que permitiam responder aos objectivos específicos do estudo em causa. De entre os vários grupos de imigrantes que poderíamos seleccionar para participarem na investigação,

propusemo-nos a dar voz a grupos de mães Brasileiras e Cabo-Verdianas, face aos critérios de representatividade destes grupos na população portuguesa, anteriormente apresentados. Para além disso, pensou-se, inicialmente, na selecção das participantes para o estudo tendo como base os seguintes critérios de inclusão na amostra:

1) Terem filhos com idades compreendidas entre os 3 meses e os 3 anos, uma vez que estas idades corresponderão a um acompanhamento mais regular das crianças em termos de vigilância de saúde infantil;

2) Terem chegado a Portugal há pelo menos um ano, de forma a terem tido oportunidade de contactar com os serviços de saúde em Portugal;

3) Que tenham vivido nos países de origem pelo menos até à juventude/idade adulta, para que tenham memórias dos serviços de saúde nesses países e os possam, eventualmente, comparar com os de Portugal;

4) Que falem e compreendam a língua portuguesa;

5) Com vontade e disponibilidade para participarem na investigação.

Contudo, o surgimento de algumas limitações no processo de recrutamento das participantes contribuiu para que a amostra final apresentasse algumas características diferentes das inicialmente delineadas. Alteraram-se, nomeadamente, a condição relativa ao tempo de permanência em Portugal, a idade até à qual as participantes permaneceram nos seus países de origem e a condição respeitante ao intervalo pretendido para a idade de um dos filhos das participantes; questões discriminadas em seguida. No entanto, pensamos que as variações em causa não terão assumido especial relevância nos resultados obtidos.

Considera-se, então, que para o estudo apresentado foi utilizada uma amostra de conveniência de 13 mulheres Cabo-Verdianas (68,4%) e de 6 mulheres Brasileiras (31,6%).

As participantes desta investigação tinham idades compreendidas entre os 22 anos e os 41 anos de idade, sendo a média de idades das mesmas de 28,67 anos (DP=6,24). A idade média em função da naturalidade das participantes não difere significativamente entre si, sendo que as mães imigrantes Cabo Verdianas têm uma idade média de 28,77 anos (DP=6,03) e as mães imigrantes Brasileiras uma idade média de 28,40 anos (DP=7,50).

Relativamente ao estado civil, a maioria das participantes deste estudo é solteira (63,2%), sendo que existem participantes na condição de casadas (26,3%) e na situação de divorciadas (5,3%). De referir que 1 das participantes da investigação não respondeu a este item. A Tabela 3.1 representa a distribuição do estado civil das participantes deste estudo em função da sua naturalidade, embora os resultados apresentados não sejam estatisticamente significativos, $\chi^2(2)=2,475$, $p=0,290$.

Tabela 3.1

Estado Civil das Participantes do Estudo em Função da sua Naturalidade

Variável: Estado Civil	Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
Solteira	9 (69,2%)	3 (50%)
Casada	2 (15,4%)	3 (50%)
Divorciada	1 (7,7%)	0

No que se refere à nacionalidade das participantes neste estudo, a maioria delas mantém a nacionalidade dos seus países de origem (79%), sendo que apenas 21% destas mães imigrantes apresentam nacionalidade Portuguesa. As participantes no estudo que adquiriram nacionalidade Portuguesa são todas de origem Cabo Verdiana, não havendo nenhuma mãe imigrante de origem Brasileira nessa situação.

Quando nos reportamos ao tempo de permanência das participantes desta investigação no país de acolhimento, apercebemo-nos que existem valores muito díspares. Contudo, o tempo médio de permanência em Portugal por estas mães imigrantes é de 7,30 anos (DP=4,77), sendo o tempo mínimo de permanência de 3 meses e o tempo máximo de 20 anos.

Relativamente à situação em que se encontram no país de acolhimento, a maioria das participantes do estudo beneficiam de uma autorização de residência temporária (42,1%), sendo que 21,1% destas mães imigrantes possuem uma autorização de residência permanente no país, 10,5% encontram-se em processo de legalização e as restantes (10,5%) em outras situações; verificaram-se 3 “não respostas” a este item. A Tabela 3.2 representa a situação em Portugal destas mães imigrantes, em função dos seus países de origem, embora as variáveis em causa sejam independentes, $\chi^2(3)=5,867$, $p=0,130$.

Tabela 3.2

Situação em Portugal das Participantes no Estudo em Função da sua Naturalidade

Variável: Situação em Portugal	Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
Em Processo de Legalização	1 (7,7%)	1 (16,7%)
Autorização de Residência Temporária	3 (23,1%)	5 (83,3%)
Autorização de Residência Permanente	4 (30,8%)	0
Outras Situações	2 (15,4%)	0

No que se refere à constituição do agregado familiar, apenas 8 das 19 participantes responderam a este item do inquérito de caracterização sócio-demográfica. Contudo,

apercebemo-nos que a maioria destas mães imigrantes vive com o(s) filho(s) e com o marido/companheiro (31,6%), 15,8% das participantes desta investigação habitam com o(s) filho(s) e com outro(s) familiar(es), e 10,5% delas vivem apenas com o(s) filho(s). Nesse âmbito, a Tabela 3.3 apresenta a constituição do agregado familiar das participantes no estudo em função da sua naturalidade, embora os resultados em causa não sejam estatisticamente significativos, $\chi^2(2)=5,238$, $p=0,073$.

Tabela 3.3

Constituição do Agregado Familiar das Participantes em Função da sua Naturalidade

Variável: Constituição do Agregado Familiar	Participantes	Participantes
	Cabo Verdianas	Brasileiras
Própria e Filho(s)	2 (15,4%)	4 (66,7%)
Própria, Filho(s) e Marido/Companheiro	2 (15,4%)	0
Própria, Filho(s) e Outro(s) Familiar(es)	3 (23,1%)	0

Relativamente ao número total de filhos de cada participante do estudo, apercebemo-nos que a maioria (42,1%) destas mães imigrantes tem apenas 1 filho, sendo que 36,8% têm 2 filhos, 10,5% têm 3 filhos e 5,3% delas têm 7 filhos; havendo 1 “não resposta” a este item. Tal como se pode observar na Tabela 3.4, as mães imigrantes de origem Cabo Verdiana são as que apresentam uma maior variação no número de filhos, embora essa diferença não seja estatisticamente significativa, $\chi^2(3)=1,848$, $p=0,604$.

Tabela 3.4

Número de Filhos das Participantes no Estudo em Função da sua Naturalidade

Variável: Número de Filhos	Participantes	Participantes
	Cabo Verdianas	Brasileiras
1	5 (38,5%)	3 (50%)
2	4 (30,8%)	3 (50%)
3	2 (15,4%)	0
7	1 (7,7%)	0

Para além do número de filhos, questionámos, também, as participantes acerca da idade dos mesmos. Nesse sentido, concluímos que as mães imigrantes desta investigação têm filhos com idades muito variadas, compreendidas entre os 3 meses e os 19 anos de idade.

Relativamente às habilitações académicas das participantes nesta investigação, consideramos, também, existir uma diversidade de respostas nesse âmbito. Contudo, estas

mães imigrantes possuem em média 9,3 anos de escolaridade (DP=3,16), possuindo no mínimo 4 anos de escolaridade e no máximo 12 anos de escolaridade. As participantes de origem Cabo Verdiana possuem, tendencialmente (M=8,5, DP=3,26), menos habilitações académicas do que as participantes de origem Brasileira (M=11,8, DP=0,50); resultados estatisticamente significativos, $t(14)=-1,941$, $p=0,073$.

No que se refere à situação laboral destas mães imigrantes, a maioria delas encontra-se activa/empregada (63,2%), sendo que as restantes (31,6%) se encontram numa situação de desemprego, não existindo, ninguém na condição de reforma; 1 das participantes desta investigação não respondeu a este item. Reportando-nos, especificamente, às mães imigrantes de origem Cabo Verdiana, apercebemo-nos que aquelas que se encontram em situação de desemprego (46,2%) sobrepõem-se com as que exercem uma actividade profissional (46,2%), enquanto as mães imigrantes de origem Brasileira se encontram todas empregadas. Assim, por outras palavras, existem mais mães Cabo Verdianas desempregadas do que Brasileiras, $\chi^2(1)=4,500$, $p=0,034$; sendo estes dados estatisticamente significativos.

Relativamente à actividade profissional destas mães imigrantes, podemos concluir que a maioria delas (42,1%) desempenha funções como empregada de limpeza/empregada doméstica, sendo que um número significativo das mesmas (21,1%) desenvolve actividades como cabeleireira/esteticista, 10,5% desempenham funções como administrativa/recepcionista e 5,3% delas enquanto cozinheiras. A distribuição destas áreas profissionais, tendo por base a nacionalidade das participantes no estudo encontra-se representada na Tabela 3.5.

Tabela 3.5

Actividade Profissional das Participantes no Estudo em Função da sua Naturalidade

Variável: Actividade Profissional	Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
Empregada de Limpeza/Empregada Doméstica	6 (46,2%)	2 (33,3%)
Cabeleireira/Esteticista	0	4 (66,7%)
Administrativa/Recepcionista	2 (15,4%)	0
Cozinheira	1 (7,7%)	0

Finalmente, no que se refere ao rendimento mensal do agregado familiar das participantes no estudo, também neste item se verificaram respostas muito díspares. Apesar das diferenças verificadas nesse âmbito, centrando-nos na nacionalidade das participantes desta investigação, podemos concluir que as mães imigrantes Cabo Verdianas auferem apenas entre 485€ e 750€ nesse rendimento, enquanto as mães imigrantes Brasileiras podem dispor até de valores

superiores a 1500€. Assim, as participantes Cabo Verdianas desta investigação pertencem, tendencialmente, a uma classe sócio-económica mais desfavorecida, comparativamente com as mães imigrantes Brasileiras deste estudo, $\chi^2(4)=13,156$, $p=0,011$.

3.2. Técnica e Procedimento de Recolha de Dados

3.2.1 Descrição da Técnica de Recolha de Dados: os Grupos de Discussão Focalizada

De acordo com Gaskell (2003), a entrevista qualitativa surge como a metodologia de recolha de dados privilegiada para a compreensão das vivências dos indivíduos, num determinado contexto social, tal como se pretende com o estudo em causa, em que optámos por dar voz a grupos de mães Brasileiras e Cabo-Verdianas.

As experiências das mães Cabo-Verdianas e Brasileiras, relativamente à vigilância de saúde infantil, poderiam ser expressas através de entrevistas qualitativas individuais ou de grupo. Neste caso, optou-se pela realização de grupos de discussão focalizada, pois possibilitam aceder às percepções de várias pessoas em simultâneo, perante um assunto que acaba por ser de interesse comum (Morgan, 1988; Gaskell, 2003), neste caso, a vigilância de saúde dos seus filhos. Para além disso, os “focus group” permitem estudar opiniões, atitudes, crenças e valores (Millward, 2000), tal como se pretende, e são muito utilizados para compreender o que as pessoas pensam sobre determinados produtos ou serviços (Krueger & Casey, 2000), como é o caso dos serviços de vigilância de saúde infantil. Percebeu-se, ainda, que os “focus group” seriam mais vantajosos que, por exemplo, as entrevistas individuais, pois esta técnica de recolha de informação pauta por um carácter de interacção entre os participantes, permitindo recolher, numa mesma sessão, diferentes perspectivas sobre um tópico comum, através da discussão activa entre os participantes (Krueger & Casey, 2000).

3.2.2 Descrição do Procedimento de Recolha de Dados

A opção pelo número de grupos focais a realizar encontrava-se dependente do cumprimento dos objectivos do estudo e da informação que se ia conseguindo recolher nesse âmbito (Morgan, 1988). Como um grupo focal realizado com adultos pode demorar, em média, entre uma a duas horas (Morgan, 1988; Millward, 2000), estabeleceu-se como meta a realização, à partida, de seis “focus group”: três com mães Cabo-Verdianas e três com mães Brasileiras, respectivamente. Contudo, esta decisão foi sendo validada com a análise da informação recolhida após a realização dos primeiros grupos focais, tendo em conta a,

eventual, saturação da informação obtida, e com a facilidade de recrutamento de participantes para o estudo. Realizaram-se no total cinco “focus group”: dois com mães Brasileiras e três com mães Cabo-Verdianas, respectivamente; sendo considerada a origem das participantes.

Para que fosse possível a máxima participação de todas as mães em cada grupo de discussão focalizada pensou-se na realização de grupos com seis participantes cada, sendo que os autores sugerem uma constituição de cada “focus group” com seis a oito pessoas (Krueger & Casey, 2000; Gaskell, 2003). Assim, foram recrutadas entre seis a oito mulheres para cada sessão, mas, em alguns casos, não compareceram a totalidade das pessoas contactadas.

Para a recolha da informação foram utilizados dois instrumentos: um guião para a condução dos grupos focais e um questionário individual. O guião do grupo de discussão focalizada (Anexo A) pode classificar-se como pouco estruturado, uma vez que é constituído por tópicos gerais, de acordo com os objectivos do estudo, apenas para situar o investigador relativamente aos assuntos mais importantes a abordar no decorrer das sessões (Millward, 2000; Gaskell, 2003). Constituído por três partes, a primeira tinha como principal objectivo agradecer às participantes do grupo focal a sua presença e disponibilidade, e apresentar de forma breve o tópico geral a discutir, indicando algumas regras de participação no estudo. Por seu lado, as questões centrais do guião do “focus group” reportavam-se aos objectivos da investigação, tendo sido introduzidas em cada sessão através das seguintes expressões: “*o que vos vem à cabeça quando pensam em consultas de vigilância dos vossos filhos?*”, “*falem-me sobre a vossa experiência nessas consultas*” e “*como eram essas consultas no vosso país de origem?*”. No final, optou-se por resumir a informação mais importante a retirar de cada grupo focal, questionando as participantes sobre se gostariam de acrescentar algo mais ao que foi apresentado (Krueger & Casey, 2000). O questionário construído (Anexo B) teve como principal objectivo a caracterização sócio-demográfica das participantes no estudo. Nesse âmbito, solicitou-se a cada participante, no final de cada grupo de discussão focalizada, o preenchimento do mesmo, mais uma vez, reforçando a questão da manutenção do anonimato e da confidencialidade dos dados recolhidos. O questionário em causa inclui questões relativas à informação sócio-demográfica destas mães imigrantes e relacionadas com o papel parental de cada uma (e. g. número de filhos, idade dos filhos).

O recrutamento das participantes para o estudo teve como base o recurso a uma listagem elencada pelo ACIDI [Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural] (2006), de onde constam as Associações de Imigrantes nacionais consideradas por este organismo como credíveis no trabalho que desenvolvem. De entre as várias associações constantes da referida listagem, foram seleccionadas apenas as que destinam a uma intervenção com imigrantes

Brasileiros e Cabo-Verdianos, e as que situam na Região Metropolitana de Lisboa, visto ser esta a área geográfica onde se pretendia realizar a investigação. Procedeu-se, então, ao contacto com essas associações, apresentando-lhes de forma sumária os objectivos do estudo, e solicitando-lhes que sinalizassem potenciais colaboradoras para a investigação, tendo em conta a sua posição privilegiada de proximidade com as populações imigrantes, e o contacto de outras associações, com quem mantivessem relação. Solicitou-se, também, às associações em causa a disponibilização de um espaço físico para realização dos “focus group”, de forma a garantir, o mais possível, algumas das condições referidas pelos autores como influenciadoras do sucesso desta técnica: o conforto e a neutralidade do local onde se realiza a investigação, e a facilidade de acesso ao local pelas participantes (Krueger & Casey, 2000). Acederam ao nosso contacto as seguintes Associações: Associação de Melhoramentos e Recreativo do Talude, Associação “Casa Seis” e Associação “Olho Vivo”; sendo que as três desenvolvem intervenção, essencialmente, com população Cabo Verdiana. Assim, no que respeita à população Brasileira, tendo em conta algumas dificuldades no processo de recrutamento das participantes, recorreu-se, sobretudo, a redes informais de contacto, nomeadamente com responsáveis de espaços comerciais da região de Lisboa, com uma forte presença de população feminina de origem Brasileira, quer como clientes, quer como colaboradoras.

Contactaram-se telefonicamente as mulheres Brasileiras e Cabo-Verdianas, através dos contactos disponibilizados pelas associações ou pelos responsáveis dos espaços comerciais, de forma a perceber a sua disponibilidade em participarem na investigação. Nesse contacto, foi indicado um nome considerado como de referência para as potenciais participantes no estudo (e.g. o responsável da associação), de forma a mais facilmente sensibilizá-las a acederem integrar-se no estudo. Num segundo contacto telefónico confirmou-se a intenção de cada pessoa em participar no grupo de discussão focalizada e questões logísticas relativas à realização do mesmo (e. g. dia, horário, local). Para garantir a comparência das mulheres nos “focus group”, foi realizado, ainda, um contacto via carta, (Anexo C) e um último contacto telefónico, no dia anterior à realização de cada sessão (Krueger & Casey, 2000).

Todos os grupos de discussão focalizada foram moderados pela presente investigadora, contando com a colaboração de uma co-moderadora, que tinha como principais funções auxiliar nas questões logísticas relativas ao espaço físico onde decorreram os “focus group” (e.g. iluminação, funcionamento dos gravadores áudio), e anotar a disposição das participantes na sala e os principais pontos de vista de cada uma (Krueger & Casey, 2000).

O tempo de duração de cada grupo de discussão focalizada variou entre cerca de quinze minutos e uma hora e trinta minutos. Os grupos focais realizaram-se no período de tempo entre Março de 2011 e Setembro de 2011.

Procedeu-se à gravação integral, em suporte de áudio, de cada um dos grupos focais realizados, de forma a ser possível a posterior transcrição da informação recolhida em cada sessão, para que pudesse depois proceder-se à análise e ao tratamento dos dados obtidos.

No início de cada sessão, as participantes foram informadas acerca dos objectivos da investigação, da necessidade de gravação em áudio das sessões e da forma como iria decorrer o grupo de discussão focalizada. Para além disso, foi-lhes explicitada a sua voluntariedade relativamente à participação no estudo, bem como a liberdade para desistirem em qualquer momento da sessão, se assim o entendessem. A garantia da liberdade de participação na investigação, bem como das questões do anonimato e da confidencialidade, foram acordadas com a investigadora através da assinatura de um consentimento informado, criado para o efeito (Anexo D). Este procedimento teve como base os princípios éticos propostos pela American Psychological Association [APA] (2010), nomeadamente no que se reporta ao princípio ético do respeito pelos direitos das pessoas e pela sua dignidade.

A transcrição integral da informação recolhida em cada sessão constituiu o corpo de material a analisar desta investigação (Bardin, 2004; Vala, 2005), sujeito posteriormente a um processo de análise de conteúdo, que será descrito de forma pormenorizada adiante.

3.3 A Metodologia de Análise de Dados

3.3.1 Breve Introdução à Técnica de Análise de Conteúdo

Tal como referido, considerou-se pertinente utilizar a técnica da análise de conteúdo, como metodologia de análise dos dados recolhidos no âmbito deste estudo. Por um lado, porque a análise de conteúdo é uma das técnicas de análise de dados privilegiada pelas ciências sociais e humanas (Vala, 2005; Quivy & Campenhoudt, 2008;) e, por outro lado, porque a análise de conteúdo permite o tratamento de informação pouco estruturada, como é o caso do corpo de material proveniente dos grupos focais realizados (Vala, 2005).

Segundo Vala (2005), a análise de conteúdo foi definida em 1952 por Berelson como “(...) a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.”. Por seu lado, Krippendorff (1980) contribuiu para acentuar o carácter de cientificidade desta técnica, ao considerar a análise de conteúdo como “(...) uma técnica de

investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto” (p.21). As definições apresentadas enumeram características essenciais da análise de conteúdo: a possibilidade de replicar a informação e a possibilidade de quantificação.

A característica de replicabilidade, atribuída à análise de conteúdo por Krippendorff, é sobreponível com o seu carácter objectivo e sistemático, da definição de Berelson, e contribui para que os resultados do material analisado através desta técnica por um investigador A sejam semelhantes, em momentos e em lugares distintos, aos de um investigador B, que siga o mesmo procedimento que o anterior (Krippendorff, 1980). Nesse sentido, Vala (2005) alerta para a necessidade de explicitação de todos os procedimentos realizados, aquando a utilização da análise de conteúdo, questão será explicitada no próximo ponto deste capítulo. Para além disso, Vala (2005) reporta-se à questão da fidelidade dos dados recolhidos, não garantida, por si só, através da quantificação do material analisado, questão que será descrita no último ponto deste capítulo, aquando a referência à qualidade da pesquisa efectuada.

A manutenção dos pressupostos referidos por Vala (2005) permite que a análise de conteúdo cumpra com a sua finalidade principal, a construção de inferências válidas a partir do material analisado. Nesse processo, o investigador dissocia os dados da fonte original em que foram produzidos e encontra em cada um deles significações comuns/indicadores, que permitam enquadrá-los em determinados conceitos, respectivamente (Krippendorff, 1980; Vala, 2005). O processo em causa possibilita a definição das categorias/subcategorias em cada estudo, o que no âmbito da investigação apresentada, será explicitado em seguida.

3.3.2. Descrição do Procedimento de Análise de Dados

A análise dos dados recolhidos concretizou-se tendo como base as quatro principais fases propostas por Vala (2005), para a técnica da análise de conteúdo. Nesse sentido, as etapas em causa serão, posteriormente, descritas de forma sequencial, embora na prática se tenham vindo a operacionalizar de forma articulada.

A primeira fase diz, então, respeito à construção de um referencial teórico relativo à problemática a estudar e à definição dos objectivos da investigação, tendo sido apresentada de forma pormenorizada no início deste trabalho (capítulos 1 e 2).

A segunda fase, por sua vez, relaciona-se com a produção do corpo de material a analisar, que, neste caso, correspondeu à realização dos grupos de discussão focalizada e à posterior transcrição da informação gravada no decorrer dos mesmos.

A terceira etapa teve como principal objectivo a definição de um sistema de categorias/subcategorias, pois a categorização permite simplificar a complexidade da

informação recolhida e facilitar a sua posterior explicitação e apreensão (Bardin, 2004; Vala, 2005). De referir que todo esse processo teve como base o recurso a um suporte informático desenvolvido para o efeito, neste caso o programa Atlas.Ti (Bauer, 2000; Flick, 2005).

De acordo com Vala (2005), a construção de um sistema de categorias pode ser operacionalizada de duas formas distintas: (1) tendo como base exclusivamente o quadro teórico existente sobre a problemática em estudo, cujo objectivo é detectar a presença ou a ausência de cada categoria no corpo de material analisado (construção de categorias “à priori”); (2) a inexistência de qualquer base teórica que se constitua como suporte para a formulação do sistema de categorias (construção de categorias “à posteriori”). Neste caso, tendo em conta o carácter exploratório do estudo desenvolvido, mas também o referencial teórico apresentado no início deste trabalho, pode considerar-se que a definição do sistema de categorias deste estudo teve como base uma combinação dos dois processos apresentados.

A construção do sistema de categorias implicou, numa primeira fase, a determinação de unidades de análise, ou seja, a selecção de determinados excertos (frases ou parágrafos) de entre o “corpus” do material a analisar, face à sua relevância, e a sua definição através de um conceito-chave respectivo (Bardin, 2004; Vala, 2005). Numa fase inicial, essa definição teve como base a proximidade, o mais possível, ao discurso das participantes do estudo, sendo que, em alguns casos, se utilizaram a(s) própria(s) palavra(s) das mesmas na nomeação desses conceitos. No total, identificaram-se, nesta fase, cerca de 100 conceitos-chave.

Reflectiu-se, então, sobre a possível semelhança e diferença entre os conceitos-chave identificados, resultando dessa análise a sua inclusão em categorias e em subcategorias respectivas, tendo em conta que cada categoria/subcategoria é composta por um termo-chave, que indica o significado central de um conceito e por um conjunto de determinados indicadores, que descrevem o sentido desse conceito (Vala, 2005). De referir que a organização em causa se operacionalizou de uma forma não linear, pois esteve sujeita a constantes reestruturações, para que os critérios de validade e de fidelidade, descritos posteriormente, fossem cumpridos, na elaboração final do sistema de categorias deste estudo.

Após essa fase, procedeu-se à definição pormenorizada, e de forma escrita, de cada uma das categorias e das subcategorias então consideradas. Esse processo conduziu, por sua vez, à determinação de categorias supra-ordenadas às anteriormente definidas, as quais denominámos de “Dimensões” e de “Temáticas”. A organização dos dados recolhidos desta forma teve como base os objectivos desta investigação e alguns critérios específicos, que serão descritos de forma pormenorizada no capítulo 4 deste trabalho.

3.3.3 Critérios de Qualidade da Pesquisa

Consideramos que a qualidade dos dados apresentados ao longo deste trabalho advém de alguns dos pressupostos sugeridos por Guba e Lincoln (1985), que permitem a manutenção do rigor nos processos de investigação, aquando o recurso a uma metodologia de carácter qualitativo. Nesse sentido, pensamos terem sido levados a cabo procedimentos que possibilitam aumentar a credibilidade dos resultados do estudo, ou seja, que garantem que foi estudado aquilo que se pretendia estudar. Assim, foram tidas em conta as seguintes questões:

- Adequação dos Referenciais: cada um dos grupos de discussão focalizada foi integralmente gravado em formato de áudio, após consentimento informado de todas as participantes do estudo, e transcrito na íntegra pela presente investigadora, o que permite o acesso por parte de outros ao material recolhido e o seu, eventual, posterior tratamento;
- Triangulação de Fontes: as participantes do estudo tinham histórias pessoais diversas e experiências diferentes ao nível do acesso e da utilização dos serviços de saúde em Portugal, pois eram provenientes de diferentes zonas da Região Metropolitana de Lisboa, a que correspondem diferentes instituições de saúde/centros de saúde;
- Triangulação de Investigadores: em todos os grupos de discussão focalizada esteve presente uma co-moderadora da sessão, que anotou a disposição das participantes na sala e os principais pontos de vista de cada uma, permitindo que as transcrições das sessões fossem sobreponíveis com o que foi realmente referido pelas participantes do estudo;
- Consulta de Pares: a análise dos dados recolhidos foi sendo, regularmente, discutida com a orientadora desta dissertação, tendo resultado de cada uma dessas sessões importantes reajustes nas definições das categorias/subcategorias inicialmente propostas.

Desenvolveram-se, ainda, actividades que permitem garantir a validade interna e a fiabilidade dos dados apresentados, de forma a confirmar que os resultados apresentados medem aquilo que afirmamos medir, estando afastados o mais possível de, eventuais, enviesamentos, inerentes a interpretações pessoais da investigadora. Para isso, tiveram-se em consideração dois pressupostos defendidos por Vala (2005): a validade interna e a fidelidade inter-codificadores.

No que se refere à validade interna do sistema de categorias criado, definimos as categorias e as subcategorias das dimensões I, II e III deste estudo garantindo o seu carácter de exaustividade e de exclusividade. Nesse sentido, assegurámo-nos que todas as unidades de análise podiam ser integradas numa das categorias/subcategorias definidas e que nenhuma delas podia ser incluída em mais do que uma categoria/subcategoria (Vala, 2005).

De forma a avaliar a fidelidade inter-codificadores das categorias/subcategorias definidas, foram elaboradas cinco “Dicionários de Categorias”, correspondentes, cada um deles, respectivamente, a cada uma das dimensões desta investigação (Anexo E). Cada “Dicionário de Categorias” encontrava-se identificado pela sua respectiva dimensão no estudo, contendo as temáticas que lhe correspondiam, e de onde constavam as definições das várias categorias e subcategorias nelas incluídas. Para além disso, foram criados dois documentos, com cem unidades de análise cada um, distribuídas nos documentos em causa de forma aleatória (Anexo E). Foi solicitado, então, a duas pessoas, que fizessem corresponder as unidades de análise do primeiro documento realizado às categorias/subcategorias incluídas nos três primeiros “Dicionários de Categorias” disponibilizados (dimensão I, II e III deste estudo). Posteriormente, solicitou-se a essas pessoas que fizessem corresponder as unidades de análise do segundo documento elaborado com as categorias/subcategorias dos outros “Dicionários de Categorias” (dimensão IV e V deste estudo). No final do procedimento em causa, calculou-se a fidelidade inter-codificadores dos resultados desta investigação tendo por base a proposta de Vala (2005): “(...) o índice de fidelidade calcula-se dividindo o número de acordos entre codificadores pelo total de categorizações efectuadas por cada um.” (p.117). Assim, a média do índice de fidelidade inter-codificadores para as categorias/subcategorias incluídas nas dimensões I, II e III deste estudo é de 81% e a média do índice de fidelidade inter-codificadores para as categorias/subcategorias das dimensões IV e V é de 87%.

De referir que o procedimento descrito anteriormente permitiu, ainda, reflectir sobre uma possível reformulação da definição de algumas categorias/subcategorias. Nesse sentido, analisámos quais as categorias e as subcategorias em que se verificou menor acordo entre a codificação das unidades de análise realizada por nós e a codificação realizada pelos dois colaboradores envolvidos nesse processo, de forma a especificar o mais possível a sua definição.

O resultado dos vários procedimentos detalhados nesta fase do trabalho será apresentado no próximo capítulo.

4. RESULTADOS

A definição inicial das dimensões e das temáticas apresentadas neste capítulo teve como base os discursos das participantes (abordagem “bottom up”), que surgem na sequência das três questões centrais que constam do guião do grupo de discussão focalizada elaborado (Anexo A). Assim, optou-se por subdividir as categorias/subcategorias inicialmente elaboradas e definidas em três dimensões principais, que correspondem, neste caso, ao resultado da análise do discurso das participantes face às questões em causa:

- Dimensão I: Percepção das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa sobre a Saúde nos seus Países de Origem;
- Dimensão II: Percepção das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa sobre a Saúde no País de Acolhimento, neste caso, Portugal;
- Dimensão III: Atitudes das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa, face a essas percepções, com Influência nos Processos de Vigilância de Saúde Infantil.

Das três dimensões referidas constam, então, as percepções das participantes no estudo relativamente a práticas e a crenças de saúde, quer nos países de origem, quer no país de acolhimento, e as atitudes das mesmas nesse âmbito. Assim, nesta fase da análise dos dados, considerou-se que a informação recolhida permitia ir de encontro ao primeiro objectivo específico deste estudo: “Quais as percepções de mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa sobre crenças, práticas e atitudes com influência nos processos de vigilância de saúde infantil.”.

Contudo, ter-se-iam delineado, também, para este trabalho, os seguintes objectivos específicos: “Identificar as barreiras percebidas pelas mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil” e “Identificar os elementos facilitadores percebidos pelas mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil”. Neste caso, a análise e a organização dos dados recolhidos teve como base critérios de abordagem “bottom up” e “top down”.

Numa primeira fase, tentaram identificar-se as barreiras e os elementos facilitadores, no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil, através das respostas directas das participantes do estudo às questões moderadoras do guião do grupo de discussão focalizada, que introduziram os tópicos em causa (Anexo A).

Posteriormente, a identificação das barreiras e dos elementos facilitadores, no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil, realizou-se através da sobreposição dos

dados provenientes dos discursos das participantes com os resultados de outros estudos, realizados no âmbito da “Saúde/Saúde Infantil e Imigração”, e apresentados no enquadramento teórico deste trabalho. Obtiveram-se, então, uma quarta e uma quinta dimensão para o trabalho em causa:

- Dimensão IV: Barreiras Percepcionadas pelas Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal;

- Dimensão V: Elementos Facilitadores no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal, Percepcionados por Mães Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa.

Existirão, então, categorias/subcategorias pertencentes às dimensões I, II e III deste estudo sobreponíveis com as incluídas nas dimensões IV e V do mesmo, face à pertinência da apresentação dos resultados desta forma. As dimensões referidas, bem como as respectivas temáticas e as categorias/subcategorias que nelas se incluem, serão apresentadas, de forma pormenorizada, em seguida. Esses dados dizem respeito, não apenas a questões relacionadas especificamente com a vigilância de saúde infantil, mas reportam-se também à realidade dos serviços de saúde em geral, sobretudo ao contexto dos cuidados de saúde primários, onde a vigilância de saúde infantil se inclui, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde Português. A opção em causa baseia-se no facto de a vigilância de saúde infantil se constituir como parte integrante de um sistema mais abrangente, considerando-se, por isso, que ambas as partes desse sistema se poderão influenciar reciprocamente.

4.1 Dimensão I: Percepção das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa sobre a Saúde nos seus Países de Origem

Da análise dos dados realizada concluímos que a dimensão I deste estudo compreende duas temáticas principais: a) a percepção das mães imigrantes deste estudo acerca do sistema de saúde nos seus países de origem e b) a percepção que estas têm sobre comportamentos de saúde que ocorrem nos seus países de origem, com eventual influência nos processos de vigilância de saúde infantil. Em cada uma dessas temáticas incluem-se várias categorias, algumas delas com respectivas subcategorias, tendo sido identificadas um total de 9 categorias para a dimensão em causa. Nesse âmbito, as tabelas 4.1 e 4.2 representam, respectivamente, as categorias e as subcategorias incluídas em cada uma das temáticas da

dimensão I deste trabalho, bem como a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%) das suas unidades de análise correspondentes. Cada uma das temáticas em causa e as suas respectivas categorias/subcategorias serão, posteriormente, analisadas.

Tabela 4.1

Temática a): Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde nos Países de Origem

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise (n / %)	
		Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
1. Ausência de Recursos de Apoio à Saúde		10 / 100%	0
2. Mecanismos Informais de Acesso aos Serviços de Saúde		8 / 100%	0
3. Características da Assistência de Saúde	3.1 Características Positivas da Assistência de Saúde	2 / 15,38%	11 / 84,62%
	3.2 Não Aposta na Promoção da Saúde	16 / 88,9%	2 / 11,1%
	3.3 Más Práticas de Saúde	9 / 100%	0
4. Formação/Qualificação Inadequada dos Profissionais de Saúde		3 / 100%	0
5. Não Existência de Médico de Família		5 / 83,3%	1 / 16,7%
6. Vigilância de Saúde Infantil em Sistema de Saúde Privado		0	18 / 100%
7. Elementos de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	7.1 Instituições de Referência para as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	10 / 100%	0
	7.2 Actividades nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	5 / 83,3%	1 / 16,7%
	7.3 Pediatra como Profissional de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	0	3 / 100%

Tendo em conta que a tabela 4.1 se encontra organizada numa lógica de estreitamento da informação, ou seja, do contexto geral para o particular, serão descritas, em primeira instância, as categorias que se reportam ao sistema de saúde em geral nos países de origem das participantes deste estudo, particularizando-se, posteriormente, para as categorias relativas às questões específicas da vigilância de saúde infantil nesse países.

Ausência de Recursos de Apoio à Saúde

Importa atender, numa primeira fase, à percepção das participantes da investigação sobre os recursos de apoio à saúde nos seus países de origem. Neste caso, de acordo com a análise dos dados obtidos, considera-se que estas mães imigrantes se reportam a uma “Ausência de Recursos de Apoio à Saúde”, expressa pela escassez de apoios económicos e de meios que favoreçam a existência de um serviço de saúde de qualidade nos seus países de origem:

“Lá [em Cabo Verde] (...) Tem que consultar, não tem dinheiro para comprar remédios, você é que se lixa... Não há ajuda!” (R6, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Porque lá [em Cabo Verde] não há... Não há recursos como aqui, não. É diferente.” (R3, Cabo Verdiana, 4ºFG)

De referir que apenas as participantes Cabo Verdianas se referem à categoria em causa, sendo que as mães imigrantes Brasileiras nada mencionaram nesse âmbito.

Mecanismos Informais de Acesso à Saúde

Quando nos debruçamos sobre as questões relacionados com o acesso aos serviços de saúde nos países de origem das participantes do estudo, concluímos que os dados obtidos nos indicam o recurso àquilo que definimos como “Mecanismos Informais de Acesso à Saúde”. Assim, de acordo com os relatos destas mães imigrantes, o acesso aos serviços de saúde nos seus países de origem parece encontrar-se condicionado para as pessoas/famílias de condição sócio-económica mais desfavorecida:

“Mas lá em Cabo Verde não. Eles [os profissionais de saúde] vêem é as pessoas que têm, que têm o bem e que têm o poder, o resto deixa estar a passar.” (R1, Cabo Verdiana, 5ºFG)

Nesse sentido, tal como expresso no relato apresentado, são tidas em conta pelos profissionais de saúde apenas “as pessoas com dinheiro”, a quem o acesso aos serviços de saúde parecer ser facilitado através do “suborno” aos profissionais ou pela existência de alguém de referência nos serviços de saúde, que as participantes denominam de “padrinho”:

“(...) lá em Cabo Verde eles só vêem as pessoas que têm dinheiro (...) temos duzentos escudos, há quem chega lá que tem mil escudos passa à frente da consulta e nós ficamos... “É possível vir para casa e voltar amanhã, porque já não tem médico para dar consulta.” Mas eles vêem é o bolso das pessoas, não vêem quem precisa.” (R1, Cabo Verdiana, 5ºFG)

“Lá em Cabo Verde tem que ter... Como diz? Um padrinho.” (R6, Cabo Verdiana, 1ºFG)

De ter em conta que, mais uma vez, esta categoria foi expressa apenas pelas mães imigrantes Cabo Verdianas, não existindo referência à mesma pelas participantes Brasileiras.

Características da Assistência de Saúde

Relativamente à descrição das participantes do estudo sobre a forma como acontece a própria assistência de saúde em Cabo Verde e no Brasil, estas mães imigrantes reportam-se, essencialmente, a três questões primordiais, consideradas, por isso, como subcategorias da categoria em questão: por um lado, as “Características Positivas da Assistência de Saúde” nos seus países de origem e, por outro lado, uma “Não Aposta na Promoção da Saúde” e “Más Práticas de Saúde” em geral nesses países.

Assim, de entre as “Características da Assistência de Saúde” de Cabo Verde e do Brasil, enunciadas pelas participantes, a subcategoria que surge com maior frequência é a “Não Aposta na Promoção da Saúde”, sendo esta, essencialmente, evidenciada pelas mães imigrantes Cabo Verdianas. De acordo com o discurso das participantes do estudo a “Não Aposta na Promoção da Saúde” nos seus países de origem evidencia-se por um desinvestimento em comportamentos de promoção da saúde em geral, pelo recurso aos serviços de saúde apenas em situação de doença/urgência ou, no caso das situações de gravidez, também relatadas, pela ida aos serviços de saúde apenas numa fase tardia:

“Vai no hospital assim, não... Não tem aquele acompanhamento como deve de ser.” (R2, Brasileira, 3ºFG)

“Eu acho que aquilo é mais, hã... Ali [em Cabo Verde] o que funciona mais é a urgência, não é? Quando a pessoa já está na, na... Coiso, vai.” (R1, Cabo Verdiana, 4ºFG)

“Quando estava grávida em Cabo Verde fui à médica e já tinha seis meses de grávida... (risos)” (R3, Cabo Verdiana, 5ºFG)

Reportando-nos, ainda, às “Características da Assistência de Saúde” em Cabo Verde e no Brasil, as participantes deste estudo relatam situações onde transparecem “Características Positivas na Assistência de Saúde” nesses países, comparando-as, em alguns casos, com as características da assistência de saúde em Portugal. Essas características dizem, sobretudo, respeito à forma como se estabelece a interação entre os profissionais dos serviços de saúde e os utentes e às particularidades do “atendimento/tratamento” de que os utentes usufruem, referindo-se, em alguns casos, uma maior humanização dos cuidados prestados:

“Eu chego lá [a Cabo Verde], qualquer médico que eu encontro lá me trata bem. Qualquer médico! Eu ou o meu filho...” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Olha, pelo menos lá na minha cidade, é mais assistida.” (R1, Brasileira, 2ºFG)

“(...) lá as pessoas chamam as pessoas pelo nome, conhecem... Então eu acho assim, que quando a minha filha passava mal eu já sabia onde eu ia... E ele [o médico] já chamava a minha filha pelo nome. É, mas aí é outro país, é outra cultura, aqui.” (R1, Brasileira, 2ºFG)

Apesar da referência às “Características Positivas da Assistência de Saúde” no seu país de origem, as participantes Cabo Verdianas deste estudo reportam-se, também, àquilo que considerámos como “Más Práticas de Saúde”. Nesse âmbito, o discurso destas mães imigrantes revelam situações de quebra de sigilo profissional e a pouca atenção demonstrada pelos profissionais de saúde relativamente aos utentes:

“Lá em Cabo Verde se você tem alguma doença (por exemplo, HIV) (...) Enfermeiras... Diz... Vai dizer para fora, que você tem Sida, tem esta doença...” (R6, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“É mau! Não só a pobreza, as pessoas [neste caso, os profissionais de saúde] não ligam, não ligam... Ah, a gente vai com dor de cabeça, dor de barriga, fica lá no chão... Não liga!”
(R6, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Formação/Qualificação Inadequada dos Profissionais de Saúde

Na sequência do que se verifica para a referência às “Más Práticas de Saúde”, os discursos das participantes Cabo Verdianas deste estudo deixam transparecer a percepção de uma formação/qualificação inadequada por parte dos profissionais de saúde do seu país de origem:

“Lá em Cabo Verde tem resto de médico e enfermeira...” (R6, Cabo Verdiana, 1ºFG)

A referência em causa centra-se, não na conduta adoptada pelos profissionais nos serviços de saúde em Cabo Verde, mas na questão das poucas habilitações académicas dos mesmos.

Não Existência de Médico de Família

Dos discursos das participantes desta investigação concluímos não existir nos seus países de origem o conceito de médico de família, pelo menos não da forma como este é definido e entendido em Portugal:

“Eu quase tinha médica... (...) Não diz médica de família...” (R6, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“(...) você escolhe o médico que você quer que te acompanhe.” (R2, Brasileira, 3ºFG)

“Não é como aqui, que tem médica de família, você tem que ter, é esta que é a tua médica, e não sei quê... Não!” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Vigilância de Saúde Infantil em Sistema de Saúde Privado

Centrando-nos, a partir desta fase, no que se refere especificamente às consultas de vigilância de saúde infantil, apercebemo-nos, através dos relatos das participantes Brasileiras deste estudo, que estas têm lugar num sistema de saúde privado no seu país de origem:

“Há pessoas que podem ter um médico, tipo, para acompanhar, mas assim (...) você vai pagar as consultas. Como se fosse uma consulta particular. E na verdade é uma consulta particular!” (R2, Brasileira, 3ºFG)

A vigilância de saúde infantil no Brasil parece funcionar em regime privado e não através de um sistema de saúde estatal e tendencialmente gratuito, implicando, por isso, custos e, em alguns casos, a necessidade de se usufruir de um “Plano de Saúde”:

“Quando eu cheguei lá no Brasil, eu tive que ir no pediatra e tive que pagar, para ir no pediatra. Eu fiquei um mês lá com ele, eu tive que levar, para saber como é que ele estava, e eu tive que pagar.” (R1, Brasileira, 3ºFG)

“Eu quando tive a minha filha eu tive lá no Brasil também e... Assim, ela tinha plano de saúde, não é? Foi assistida por um médico particular e assim...” (R2, Brasileira, 2ºFG)

Elementos de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil

Tendo em conta, mais uma vez, especificamente as consultas de vigilância de saúde infantil nos países de origem das participantes deste estudo, as mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa descrevem alguns dos elementos que considerámos como sendo de referência para essas consultas. Nesse sentido, optámos por definir cada um desses elementos como uma subcategoria da categoria em causa.

As mães imigrantes reportam-se ao centro de saúde e ao hospital como “As Instituições de Referência para as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil” nos seus países de origem:

“Tem tipo centro de saúde, não é? Cada zona tem um sítio e... Onde eles, onde eles lá... Quando era só assim coisas pequenas, quando vamos ao centro de saúde e depois tem um hospital grande, coiso...” (R1, Cabo Verdiana, 4ºFG)

“Porque lá é hospital, é hospital e mais nada.” (R1, Cabo Verdiana, 5ºFG)

Contudo, os relatos apresentados deixam transparecer algumas dúvidas nesse âmbito, pois a referência ao centro de saúde e ao hospital parece surgir de forma indiscriminada, entre as duas instituições apontadas, e verificam-se algumas incertezas sobre a real existência e sobre a efectiva função de cada uma dessas instituições de saúde. De referir que esta subcategoria é apenas reportada pelas participantes Cabo Verdianas deste estudo.

Considerando, também, os “Elementos de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil”, as participantes desta investigação descrevem algumas das principais

actividades desenvolvidas no âmbito destas consultas, no que se refere aos seus países de origem. Essas actividades relacionam-se, essencialmente, com a avaliação de parâmetros antropométricos (peso e altura) e com a administração de vacinas:

“Lá [no Brasil] as crianças são pesadas, medidas... Pelo menos com a B. era todo o mês.” (R1, Brasileira, 2ºFG)

“Pois, depois de ter a minha filha, ela tinha as vacinas, depois ia pesá-la todos os meses, ou de vezes que ela tinha vacina... Pronto, de resto...” (R1, Cabo Verdiana, 5ºFG)

O Pediatra surge, também, como uma figura de referência nas consultas de vigilância de saúde infantil, neste caso, no Brasil, existindo, por vezes, uma certa comparação com o que se verifica em Portugal a esse nível:

“Mas lá [no Brasil] era um pediatra mesmo e... Lá funciona diferente daqui, não é? Por exemplo, o posto de saúde que atende tem três pediatras...” (R1, Brasileira, 2ºFG)

“Porque lá é um pediatra mesmo. Esse senhor [o médico em Portugal] não é pediatra. E... O R. R. não é pediatra... (...) Mas lá era um pediatra mesmo (...)” (R1, Brasileira, 2ºFG)

Tabela 4.2

Temática b): Percepção das Mães Imigrantes sobre Comportamentos de Saúde nos seus Países de Origem

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise (n / %)	
		Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
8. Utilização de Medicinas Tradicionais		11 / 100%	0
	9.1 Tradições nos Cuidados aos Bebés	18 / 81,8%	4 / 18,2%
9. Cuidados aos Bebés	9.2 Fontes de Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés	5 / 71,4%	2 / 28,6%

A temática representada na tabela 4.2 contempla, essencialmente, dois tipos de categorias: uma categoria referente a comportamentos de saúde em geral, a “Utilização de Medicinas

Tradicional”, e outra categoria respeitante a comportamentos no âmbito específico da saúde infantil, os “Cuidados aos Bebés”. Cada uma dessas categorias e as respectivas subcategorias serão exploradas de forma pormenorizada em seguida.

Utilização de Medicinas Tradicionais

Da análise dos discursos das participantes Cabo Verdianas deste estudo podemos concluir que estas se reportam à “Utilização de Medicinas Tradicionais” no seu país de origem, como forma de alívio de sintomas ou como meio de tratamento de algumas doenças:

“(...) quando uma pessoa está com, tipo, dor de barriga “Ah, toma esse chá que passa, a gente recolhe...”” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Importa referir que a própria denominação destas práticas, enquanto “Medicinas Tradicionais”, se encontra presente em alguns dos relatos destas mães imigrantes:

“(...) lá em Cabo Verde usam muito as medicinas tradicionais...” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

As participantes em causa referem, ainda, a defesa da “Utilização de Medicinas Tradicionais” pelos próprios profissionais de saúde em Cabo Verde e parecem privilegiar o recurso a estas práticas, ao invés de métodos considerados como de origem química:

“Eles mesmos [os médicos] aconselham aquelas medicinas tradicionais...” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Por acaso eu vou mais por aqueles métodos, métodos tradicionais, natural, do que aqueles métodos químicos!” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Cuidados aos Bebés

Centrando-nos, nesta fase, especificamente, em comportamentos de saúde infantil, podemos concluir que as mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa se reportam a tradições e a práticas culturais particulares nos cuidados aos bebés, e à forma como estas são transmitidas e apreendidas. Nesse sentido, optámos por agregar à categoria em causa duas

subcategorias distintas: as que se referem a relatos sobre as próprias “Tradições nos Cuidados aos Bebés” e as que dizem respeito às “Fontes de Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés”.

Relativamente à subcategoria “Tradições nos Cuidados aos Bebés”, esta reporta-se, essencialmente, à descrição feita pelas participantes do estudo de algumas das práticas tradicionais utilizadas nos seus países de origem, no que se refere aos cuidados aos bebés:

“Em Cabo Verde até sabão, sabão, mesmo sabão em barra... Tu tiras um bocadinho de sabão, enrola aquele sabão...” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Em Cabo Verde eu não tinha condições de comprar fralda D., usava fraldas de pano.” (R2, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“E lá não, o médico incentiva a gente logo a dar os alimentos sólidos, no Brasil...” (R2, Brasileira, 2ºFG)

Dos relatos das participantes da investigação apercebemo-nos que as “Tradições nos Cuidados aos Bebés” nos seus países de origem se relacionam, essencialmente, com práticas de estimulação da função intestinal (R4, 1ºFG), com cuidados de higiene e de conforto (R2, 1ºFG) e com questões de hábitos alimentares (R2, 2ºFG). De referir que essas tradições parecem distinguir-se, em alguns casos, das práticas adoptadas em Portugal nesse âmbito:

“Por isso eu estou a dizer algumas coisas que eu já fiz na minha filha em Cabo Verde, não é? Só que aqui em Portugal já é diferente...” (R2, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“No Brasil isso não existe, não é? A criança come sopa com dois meses... (risos) Mas isso também é questão de cultura, porque você não tem a cultura de comer a sopa antes do prato.” (R2, Brasileira, 2ºFG)

Relativamente às “Fontes de Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés”, a definição desta subcategoria inclui as referências das participantes do estudo à forma como são transmitidos e apreendidos os cuidados aos bebés nos seus países de origem:

“Ela é que me ensinou... A minha mãe... Que eu morava com a minha mãe. Foi ela que me ensinou. Quando a minha filha chorava, ela é que fazia isso, fazia aquilo... Pronto, foi ela que me ensinou tudo. Chegou cá em Portugal, eu já sabia tudo.” (R2, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Lá no Brasil, a gente... As nossas mães, as nossas avós, são meio que médicas... Pensam tão diferente, entendeu?” (R2, Brasileira, 2ºFG)

Dos relatos apresentados podemos concluir que as principais “Fontes de Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés” são as mães ou as avós das participantes, ou ainda pessoas mais velhas da comunidade, sendo, por isso, esses cuidados veiculados através de um processo de transmissão de saberes inter-geracional. De acordo com o discurso de R2, 2ºFG, essa difusão de saberes parece diferir do que se verifica em Portugal nesse âmbito.

Consideramos que os resultados anteriormente descritos permitem traçar uma panorâmica geral acerca das percepções das participantes neste estudo sobre a saúde nos seus países de origem. Numa lógica de congruência na apresentação dos dados recolhidos, iremos em seguida centrar-nos sobre as percepções de mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa acerca da mesma realidade, mas agora referente ao contexto do país de acolhimento.

4.2 Dimensão II: Percepção das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa sobre a Saúde no País de Acolhimento

A dimensão II deste estudo refere-se à percepção das mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa acerca da saúde em Portugal, e compreende, por isso, três temáticas principais: a) a percepção destas mães imigrantes sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde no país de acolhimento, b) a percepção das mesmas sobre comportamentos de saúde que ocorrem em Portugal, com eventual influência nos processos de vigilância de saúde infantil e c) práticas pessoais adoptadas pelas participantes da investigação, com implicações ao nível da saúde. Cada uma dessas temáticas abrange várias categorias e subcategorias, tendo sido definidas um total de 10 categorias para a dimensão em causa. As tabelas 4.3, 4.4 e 4.5 representam as categorias e as subcategorias incluídas em cada uma das temáticas da dimensão II deste trabalho, bem como a frequência absoluta (n) e relativa (%) das suas unidades de análise correspondentes, e serão descritas pormenorizadamente adiante.

Tabela 4.3

Temática a): Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde em Portugal

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise (n / %)	
		Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
1. Pouca Organização dos Serviços de Saúde	1.1 Dificuldades de Inscrição no Centro de Saúde	5 / 100%	0
	1.2 Não Ter Médico de Família	19 / 100%	0
	1.3 Dificuldades de Marcação de Consulta no Centro de Saúde	23 / 100%	0
	1.4 Elevado Tempo de Espera	19 / 100%	0
2. Características da Assistência de Saúde	2.1 Características Positivas da Assistência de Saúde	18 / 56,3%	14 / 43,8%
	2.2 Características Negativas da Assistência de Saúde	26 / 42,6	35 / 57,4%
3. Formação/Qualificação dos Profissionais de Saúde	3.1 Formação/Qualificação Adequada dos Profissionais de Saúde	5 / 100%	0
	3.2 Formação/Qualificação Inadequada dos Profissionais de Saúde	0	11 / 100%
4. Transportes para Acesso ao Centro de Saúde		7 / 100%	0
5. Más Condições do Centro de Saúde		10 / 100%	0
6. Ter Médico de Família		10 / 90,9%	1 / 9%
7. Elementos de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	7.1 Instituições de Referência para as Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	3 / 42,9%	4 / 57,1%
	7.2 Actividades nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	13 / 81,3%	3 / 18,8%
	7.3 Médico de Família como Profissional de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	0	5 / 100%
8. Vacinas Extra Plano Nacional de Vacinação Muito Dispendiosas		0	10 / 100%

Mais uma vez, a apresentação dos dados tem por base uma lógica de afunilamento da informação. Assim, a organização da tabela 4.3 e, conseqüentemente, da descrição de cada uma das categorias/subcategorias representadas na mesma, faz menção, em primeira instância, a questões relacionadas com os serviços de saúde em geral, particularizando-se, posteriormente, para áreas específicas da vigilância de saúde infantil no país de acolhimento.

Pouca Organização dos Serviços de Saúde

Numa primeira fase, importa centrarmo-nos sobre a percepção que as participantes do estudo têm sobre a organização em geral dos serviços de saúde em Portugal, sendo que os relatos das mesmas neste âmbito deixam transparecer aquilo que considerámos como “Pouca Organização dos Serviços de Saúde”. A conclusão de que estas mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras se reportam a uma certa desorganização dos serviços de saúde em Portugal advém de algumas das dificuldades apontadas na utilização desses serviços, e que se espelham em quatro questões essenciais, definidas como subcategorias da categoria em causa: “Dificuldades de Inscrição no Centro de Saúde”, “Não Ter Médico de Família”, “Dificuldades de Marcação de Consultas no Centro de Saúde” e “Elevado Tempo de Espera”.

No âmbito da categoria “Pouca Organização dos Serviços de Saúde”, a subcategoria que surge com maior frequência nos relatos das participantes do estudo diz respeito a dificuldades para marcação de consulta nos centros de saúde em Portugal, quer por crianças, quer por adultos:

“Centro de saúde. Perdi o meu tempo, o sono... E fiquei com a menina doente, e foi para a escola doente, porque não tive a consulta.” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Para, para ver se está tudo bem comigo ou quê, se tiver alguma coisa assim... Eu tenho que ir lá, tenho que levantar naquele dia de madrugada que é para marcar consulta.” (R2, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“A consulta já foi em Junho, e ela marcou-me consulta para vinte e nove de Setembro. E eu por acaso, até achei que era para vinte e nove de Agosto. Depois fui ver há dias... Não, vinte e nove de Setembro. Eu acho que é muito(...)” (R1, Cabo Verdiana, 5ºFG)

O discurso da participante R2, 1ºFG indicia que as “Dificuldades de Marcação de Consulta no Centro de Saúde” em Portugal implicam, em alguns casos, acorrer aos serviços

de saúde muito cedo, “de madrugada”, sendo que esta dificuldade parece acentuar-se no caso das participantes que não têm médico de família atribuído no país de acolhimento:

“Eu também tinha que vir às seis da manhã para a consulta sem médico, se eu queria uma consulta.” (R1, Cabo Verdiana, 5ºFG)

Assim, também se verifica no discurso das mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa a referência ao facto de “Não Ter Médico de Família” em Portugal:

“Aqui não há médico de família, aqui [no centro de saúde] em Q.” (R2, Cabo Verdiana, 5ºFG)

“(…) eu não tenho médico de família. Eu perguntei o que é que é necessário para ter médico de família disseram a mim (risos) “Ah, eu também já estou para cá há quanto tempo e também não tenho médico de família.”” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

A “Pouca Organização dos Serviços de Saúde” em Portugal reflecte-se, também, nas “Dificuldades de Inscrição no Centro de Saúde” no país de acolhimento; questão mencionada pelas participantes desta investigação:

“Eu assim “Vim inscrever os meus miúdos aqui, no posto médico de coiso...”. Depois a senhora assim “Ah, já não temos vaga, não sei quê, assim...”” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Algumas das questões anteriormente referidas poderão contribuir para um outro indício da “Pouca Organização dos Serviços de Saúde” em Portugal, o “Elevado Tempo de Espera” para atendimento nos serviços de saúde, também referido pelas participantes deste estudo:

“Se é onze e meia a consulta, tu estás lá onze e meia, meio-dia, meio-dia e meia, uma, e ainda estás lá sentada à espera da consulta...” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Com o meu filho, a primeira vez que eu fui lá, numa, era de urgência, chegámos lá e ficámos lá muito tempo... Muito tempo, mesmo, para ser chamado. Muito tempo, com o bebé!” (R4, Cabo Verdiana, 5ºFG)

De realçar que apenas as participantes Cabo Verdianas se reportaram às questões da “Pouca Organização dos Serviços de Saúde” em Portugal, não sendo esta categoria enumerada por nenhuma das mães imigrantes de origem Brasileira.

Características da Assistência de Saúde

À semelhança do que se verificou para os países de origem das participantes neste estudo, as mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa reportam-se, também às “Características da Assistência de Saúde”, mas desta vez relativas ao país de acolhimento. Nesse âmbito, referem-se àquilo que considerámos, por um lado, como “Características Positivas da Assistência de Saúde” em Portugal e, por outro lado, a “Características Negativas da Assistência de Saúde” no país de acolhimento; constituindo estas referências as subcategorias da categoria em causa. Tendo por base os relatos das participantes da investigação, a definição da categoria “Características da Assistência de Saúde” contempla, essencialmente, a descrição de situações relacionadas com a forma como acontece a interacção profissional dos serviços de saúde/utente e com a natureza do “atendimento/tratamento” a que são sujeitos os utentes nos serviços de saúde em Portugal.

De acordo com a análise dos dados efectuada, a subcategoria “Características Negativas da Assistência de Saúde” em Portugal tende a destacar-se, pois é a surge com maior frequência nos relatos das mães imigrantes, de entre as duas apresentadas:

“Quando eu estava grávida do outro filho, antes de ter essa, também trataram-me mal ali no Hospital do...” (R2, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Colegas, assim (...) que já reclamaram... Que não quer ter um filho mais nunca aqui. Que foi no hospital e não gostou... Ou que foi mal atendido, ou que ficou lá sentindo dores, sabe?” (R2, Brasileira, 3ºFG)

De acordo com os discursos das participantes do estudo, as “Características Negativas da Assistência de Saúde” expressam, também, práticas adoptadas pelos vários profissionais a exercerem funções nos serviços de saúde em Portugal, quer sejam profissionais de saúde, quer sejam profissionais auxiliares:

“Aqueles secretárias que estão ali tratam mal as pessoas...” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Para além disso, a subcategoria em causa reporta-se, ainda, a situações de más práticas de saúde em Portugal (e.g. negligência médica) e à desconfiança das participantes no estudo face a essas situações:

“Porque eu perdi o meu bebé no mesmo dia da consulta do mês... (...) eu fui para o médico, ao meio-dia tinha consulta marcada, consultei e tudo (...) E ela [a médica] disse, simplesmente “Está tudo bem”. Saí de lá eram duas horas da tarde, quando cheguei quatro horas comecei a passar mal, comecei a passar mal, e cheguei no Hospital S. ele já estava morto...” (R4, Brasileira, 2ºFG)

“Eu prefiro esperar. Quando eu for embora para o Brasil, ele faz lá a cirurgia. Ele faz todos os exames de novo e faz lá, porque... Eu já sei o que é que ele sofreu aqui [em Portugal].” (R2, Brasileira, 2ºFG)

Relativamente à subcategoria “Características Positivas da Assistência de Saúde” em Portugal, as mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa reportam-se à adequação do atendimento nos serviços de saúde em Portugal, em geral, comparando-o, por vezes, com o que se verifica nos seus países de origem:

“Porque por mais que aqui reclamam, reclamam, mais aqui em termos assim... De saúde, comparando com o Brasil, aqui pode ser considerado 100%!” (R2, Brasileira, 3ºFG)

“Mas aqui a diferença é que eu acho que aqui [em Portugal], se calhar, são, é, somos melhores tratados, não é?” (R1, Cabo Verdiana, 4ºFG)

Para além disso, inclui-se na subcategoria em causa a descrição de situações em que se verifica uma conduta adequada por parte dos profissionais de saúde do país de acolhimento:

“(...) eles falam bem, brincam com as crianças... Ah, faz festinhas, essas coisas assim... O médico a mesma coisa, a enfermeira... Saímos de lá contentes! (R2, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Conheço outras amigas que têm filho aqui e têm a médica no centro de saúde da P., que acompanha e... Não têm queixa nenhuma, antes pelo contrário. Maravilhosa... (R2, Brasileira, 2ºFG)

Formação/Qualificação dos Profissionais de Saúde

À semelhança do que se verifica para a caracterização feita pelas participantes do estudo relativamente aos seus países de origem, estas reportam-se, também, à “Formação/Qualificação dos Profissionais de Saúde” em Portugal. Contudo, neste caso, consideram-nos, por um lado, como bem qualificados e, por outro lado, como pouco qualificados, comparando, em alguns casos, com o que se verifica em Cabo Verde e no Brasil nesse âmbito. Daí que tenhamos definido como subcategorias da categoria em causa: a “Formação/Qualificação Adequada dos Profissionais de Saúde” em Portugal e a “Formação/Qualificação Inadequada dos Profissionais de Saúde” no país de acolhimento.

De acordo com a análise dos dados recolhidos, a subcategoria “Formação/Qualificação Inadequada dos Profissionais de Saúde” em Portugal é aquela que surge com maior frequência nos discursos das participantes no estudo:

“Aqui só dá Benuron. Na verdade, o que eu acho, aqui em Portugal (desculpa, te dizer!), é que eles [os profissionais de saúde] não sabem. (...) O obstetra aqui, ele não sabe fazer cesareana. É por isso que ele não faz! E ele também não sabe fazer parto normal, ele sabe arrancar a ferro. Eu já observei isso...” (R1, Brasileira, 2ºFG)

“É como a B. disse, um médico só, que faz tudo e... O que é diferente do Brasil... Lá não, lá você, por exemplo, você está estudando agora para ser médica... Você não vai ser médico no geral.” (R2, Brasileira, 2ºFG)

Tal como se pode observar dos relatos apresentados, incluem-se na subcategoria em causa a percepção que estas mães imigrantes têm acerca de situações de desconhecimento por parte dos profissionais do país de acolhimento (R1, 2ºFG) ou a referência à pouca especialização desses profissionais (R2, 2ºFG). De referir que apenas as participantes Brasileiras desta investigação se reportaram a esta subcategoria.

Contudo, também, neste estudo se verificou a referência àquilo que considerámos como uma “Formação/Qualificação Adequada dos Profissionais de Saúde” em Portugal:

“Mas eu acho que aqui [em Portugal] os médicos mesmo têm aquela parte do estudo...” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Aqui [em Portugal] as pessoas são formadas, não é? São formadas, assim...” (R2, Cabo Verdiana, 4ºFG)

Neste caso, ao contrário do que se verificou para a subcategoria “Formação/Qualificação Inadequada dos Profissionais de Saúde” em Portugal, apenas as participantes Cabo Verdianas se referiram à adequação da formação dos profissionais de saúde do país de acolhimento.

Transportes para Acesso ao Centro de Saúde

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde em Portugal, nomeadamente ao acesso ao centro de saúde, apenas as mães imigrantes Cabo Verdianas de Lisboa reportam a questão dos “Transportes para Acesso ao Centro de Saúde”, realçando, sobretudo a sua escassez:

“(...) o meu centro de saúde é na C., eu apanho o comboio até B., apanho a sessenta e sete, ou qualquer autocarro para lá...” (R2, Cabo Verdiana, 5ºFG)

“Agora, quem não tem carro tem que esperar o autocarro até à hora de chegada. Isso já é perda de tempo...” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Más Condições do Centro de Saúde

Centrando-nos, mais uma vez, nas questões relacionadas, especificamente, com os centros de saúde em Portugal, importa mencionar a referência que as mães imigrantes Cabo Verdianas fazem relativamente às condições precárias de um centro de saúde do país de acolhimento. Nesse âmbito, reportam-se, sobretudo, às condições do espaço físico do mesmo:

“Isso já nem é um posto de saúde, acho que é um posto de morte! (risos). Não há condições, nem no espaço sequer.” (R1, Cabo Verdianas, 1ºFG)

Ter Médico de Família

As mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa referem-se ao facto de terem médico de família atribuído em Portugal, sendo que essa situação encontra-se, por vezes, dependente do facto de algum familiar já ter médico de família “à priori” no país. Nesse casos, o processo de atribuição de médico de família parece ser facilitado:

“Nasceu o meu filhote... (risos) É através dele que eu consegui médico de família.” (R4, Cabo Verdiana, 5ºFG)

“Depois chegou aqui [a Portugal], numa semana o meu irmão meteu no médico de família.” (R3, Cabo Verdiana, 5ºFG)

Elementos de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil

Centrando-nos, a partir desta fase, especificamente, nas consultas de vigilância de saúde infantil, importa referir quais os elementos que considerámos como sendo de referência para essas consultas, aquando realizadas em Portugal, à semelhança do que se verificou para os países de origem das participantes no estudo. Assim, incluíram-se na categoria em causa questões como a descrição sobre as instituições onde habitualmente ocorrem essas consultas, as actividades desenvolvidas nas mesmas e os profissionais de saúde nelas envolvidos.

Quando se reportam às “Instituições de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil” no país de acolhimento, as mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa referem-se especificamente ao centro de saúde, como o local onde ocorrem essas consultas:

“É no centro de saúde, não é?” (R1, Brasileira, 3ºFG)

“Sim, eu sou de Q., consulta aqui mesmo no centro de saúde de Q.” (R3, Cabo Verdiana, 5ºFG)

Considerando, também, os “Elementos de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil” em Portugal, importa referir que as participantes deste estudo descrevem algumas das principais actividades desenvolvidas no âmbito dessas consultas.

“Consultas de rotina vou sempre para a sala de vacinação, a saúde infantil, depois vou para o médico.” (R5, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Se tem vacina, toma vacina... Pesam as crianças, medimos...” (R3, Cabo Verdiana, 4ºFG)

“Sim, fala. Introduzir a sopa, depois de um certo tempo introduz carne, introduz isso...” (R2, Brasileira, 2ºFG)

As actividades em causa relacionam-se, essencialmente, e tal como se verificou para as consultas em Cabo Verde e no Brasil, com a avaliação de parâmetros antropométricos e com a administração de vacinas. Contudo, como se pode observar no discurso de R2, 2ºFG, as “Actividades nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil” em Portugal incluem, também, o aconselhamento/educação para a saúde, neste caso, sobre alimentação infantil.

Apesar de alguns dos relatos das participantes nesta investigação indicarem a referência às enfermeiras, como profissionais de saúde que intervêm nas consultas de vigilância de saúde infantil em Portugal, optámos por considerar o “Médico de Família como Profissional de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil”, tendo por base o contraste com o que se verificou para o Brasil neste âmbito, em que essa referência diz respeito ao pediatra:

“Tem diferença porque é assim aqui é médico de família, não é? Não é criança com pediatra e adulto com especialista e assim vai... É um clínico, é um médico de família.” (R4, Brasileira, 2ºFG)

De referir que apenas as mães imigrantes Brasileiras se reportaram à questão em causa, não tendo as mães imigrantes Cabo Verdianas feito qualquer menção nesse âmbito.

Vacinas Extra Plano Nacional de Vacinação Muito Dispendiosas

Tendo em conta que a administração de vacinas se constitui como uma das actividades desenvolvidas nas consultas de vigilância de saúde infantil, tal como é descrito pelas próprias participantes deste estudo, importa referir que as mães imigrantes de origem Brasileira consideram as “Vacinas Extra Plano Nacional de Vacinação Muito Dispendiosas”:

“(...) só que uma coisa que eu acho que é demais... Que é muito caro... É as vacinas, as que são pagas.” (R2, Brasileira, 3ºFG)

“Eu consegui também pagar essa vacina. Mas foi suado!” (R1, Brasileira, 3ºFG)

Tabela 4.4

Temática b): Percepção das Mães Imigrantes sobre Comportamentos de Saúde no País de Acolhimento

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise (n / %)	
		Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
9. Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés		11 / 100%	0

A temática referente à percepção das mães imigrantes de Cabo Verde e do Brasil sobre comportamentos de saúde adoptados em Portugal, com influência nos processos de vigilância de saúde infantil, contempla, neste caso, apenas a referência a uma questão específica da saúde infantil, a “Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés”; categoria explicitada em seguida.

Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés

No que se refere desta vez à realidade do país de acolhimento, as mães imigrantes, neste caso apenas as de origem Cabo Verdiana, também se reportam à forma como são transmitidos e apreendidos os cuidados aos bebés:

“Há consulta na maternidade, que tu vais lá saber como é que lidar com a criança...”
(R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Foi lá no hospital que disseram como é que tem que se fazer o curativo ... Quer dizer, tinha a minha madrinha lá ao pé, mas passava dias e dias... Se eu não curasse a minha filha no umbigo quem é que curava? Ensinarão no hospital como é que eu fazia e fiz tudo.” (R5, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Tal como se pode concluir dos relatos apresentados, essa aprendizagem diz respeito, essencialmente, a um acompanhamento técnico no pré e no pós-parto, em contexto hospitalar, com o objectivo de desenvolvimento de competências parentais.

Tabela 4.5

Temática c): Práticas Pessoais das Mães Imigrantes no País de Acolhimento

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise (n / %)	
		Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
10. Não Adesão Terapêutica	10.1 Não Recurso ao Centro de Saúde	0	3 / 100%
	10.2 Incumprimento de Orientações Médicas nos Cuidados aos Bebés	11 / 91,7%	1 / 8,3%

As mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa reportam-se, ainda, a práticas pessoais, com eventual influência nos processos de vigilância de saúde infantil. Nesse âmbito, considerámos verificar-se por parte das participantes no estudo uma “Não Adesão Terapêutica”, tendo como base o sentido abrangente deste conceito, questão que será explicitada pormenorizadamente em seguida.

Não Adesão Terapêutica

As mães imigrantes desta investigação relatam situações de incumprimento daquilo que se encontra preconizado em termos de saúde no país de acolhimento, daí que tenhamos definido como categoria da temática apresentada a “Não Adesão Terapêutica”. A categoria em causa engloba a descrição de situações relacionadas com o incumprimento das orientações dadas pelos profissionais de saúde, o ocultar desses profissionais de determinadas práticas adoptadas e o facto de algumas destas mães imigrantes não irem ao centro de saúde. Assim, optámos por incluir na categoria “Não Adesão Terapêutica” duas subcategorias: “Não Recurso ao Centro de Saúde” e “Incumprimento de Orientações Médicas nos Cuidados aos Bebés”.

Algumas das participantes neste estudo referem, então, não recorrer ao centro de saúde no país de acolhimento, pelo facto de terem chegado há pouco tempo a Portugal ou face a determinadas experiências negativas vivenciadas anteriormente nessa instituição de saúde:

“Eu cheguei há pouco tempo, tem só três meses que eu estou aqui... Então ainda não foi, ainda não o levei... Num posto de saúde, num centro de saúde (...)” (R3, Brasileira, 2ºFG)

“Até que eu, assim, depois dos últimos acontecimentos, nem vou muito ao médico. Assim, nem vou! Depois do que me aconteceu eu fiz um plano de saúde, e pronto! Fui lá [ao centro de saúde] poucas vezes (...)” (R4, Brasileira, 2ºFG)

De ter em conta que apenas as mães imigrantes Brasileiras se reportaram à subcategoria em causa, não tendo as mães imigrantes Cabo Verdianas relatado nada nesse âmbito.

A “Não Adesão Terapêutica” por parte das participantes nesta investigação reflecte-se, ainda, nos relatos que indiciam o desrespeito pelas orientações médicas e a ocultação dos profissionais de saúde de algumas de práticas adoptadas nos cuidados aos bebés, o que considerámos como um “Incumprimento de Orientações Médicas nos Cuidados aos Bebés”:

“Tem aquelas coisas que dizem que é, que dizem que é a partir de um ano... Não. E chego lá [às consultas] e pergunta “Ela está a comer?”. Eu digo “Não”. “Ah, ainda bem! A partir de agora já pode comer.”” (R5, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Eu não fazia sopa do que o médico mandava, eu fazia do meu jeito.” (R2, Brasileira, 2ºFG)

4.3 Dimensão III: Atitudes das Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa com Influência nos Processos de Vigilância de Saúde Infantil

A dimensão III deste trabalho compreende um total de 3 categorias, que correspondem, por um lado, a atitudes de valorização e, por outro lado, à desvalorização de algo no âmbito da saúde. A tabela 4.6 representa as categorias em causa, bem como a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%) de cada uma das suas respectivas unidades de análise. Como se pode concluir dos dados apresentados na tabela 4.6, as categorias presentes na dimensão III deste estudo surgiram apenas nos discursos das participantes Cabo Verdianas, não tendo sido identificadas nos relatos das participantes Brasileiras. Posteriormente, irão explicitar-se, de forma pormenorizada, cada uma dessas categorias.

Mais uma vez, e à semelhança do que se verificou para as dimensões e para as temáticas anteriores deste trabalho, iremos apresentar, inicialmente, as categorias relativas a questões genéricas no âmbito da saúde, finalizando com uma categoria respeitante especificamente à área da saúde infantil.

Tabela 4.6

Dimensão III: Atitudes das Mães Imigrantes com Influência na Vigilância de Saúde Infantil

Categorias	Unidades de Análise (n / %)	
	Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
1. Valorização do Sigilo Profissional	8 / 100%	0
2. Desvalorização dos Métodos/Cuidados Utilizados em Portugal	8 / 100%	0
3. Valorização das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	18 / 100%	0

Valorização do Sigilo Profissional

Algumas das categorias apresentadas anteriormente reportavam-se a situações em que se verifica o respeito ou o desrespeito pelo sigilo profissional. Nesse âmbito, apercebemo-nos pelos relatos das participantes Cabo Verdianas deste estudo que estas tendem a valorizar o sigilo profissional, reconhecendo-o enquanto um direito dos utentes e, conseqüentemente, como um dever ético dos profissionais de saúde:

“Os médicos estudam para isso, têm que ter o segredo de um paciente, não pode está a dizer “O paciente tem isso mais aquilo”. Porque é só do paciente... Mas não pode, isso é proibido!” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Desvalorização dos Métodos/Cuidados Utilizados em Portugal

Os discursos das mães Cabo Verdianas de Lisboa deixam transparecer uma certa desvalorização face aos métodos/cuidados utilizados em Portugal, no alívio de sintomas e de desconfortos, verificando-se, por vezes, uma equiparação com os métodos/cuidados tradicionais do seu país de origem, onde se realça as vantagens dos mesmos:

“Ah, aqui [em Portugal] ele só está com dor de barriga, ah dá lá um medicamento...” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Eu tinha bebégel em casa, mas nunca pus a ela. Eu, eu usei sempre coisa que eu usava em Cabo Verde...” (R2, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Valorização das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil

No que se refere especificamente às consultas de vigilância de saúde infantil, os relatos das mães imigrantes Cabo Verdianas de Lisboa revelam um reconhecimento da importância dessas consultas, referindo algumas das vantagens associadas às mesmas:

“É importante. Até aos quatro anos... Acho, acho eu, até aos quatro tem que ser mesmo consulta de rotina, de vez em quando.” (R2, Cabo Verdiana, 5ºFG)

“Ah, lógico que as consultas, as consultas de rotina sempre são importantes, não só para nós os pais ficarmos mais, mais tranquilos, a saber de... Em relação à saúde dos nossos filhos, e para eles também (...).” (R1, Cabo Verdiana, 5ºFG)

As dimensões I, II e III, apresentadas até esta fase do trabalho constituem a base dos resultados deste estudo. Isto porque permitiram, por um lado, traçar uma panorâmica global acerca da saúde nos países de origem e no país de acolhimento das participantes desta investigação e, por outro lado, servir de suporte aos resultados apresentados em seguida. Assim, algumas das barreiras e dos elementos facilitadores identificados, no que se refere à vigilância de saúde infantil em Portugal, incluem-se em categorias anteriormente descritas, mas serão reorganizados em outras duas dimensões, tendo em conta os objectivos inicialmente delineados.

4.4 Dimensão IV: Barreiras Percepcionadas pelas Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal

A organização da informação recolhida no âmbito da dimensão IV deste estudo difere, de certa forma, das dimensões anteriores, pois resulta, tal como explicitado no capítulo 3 deste trabalho, de três processos distintos, para a análise dos dados efectuada. Assim, aquando confrontadas directamente com a questão *“Que dificuldades encontram nas consultas de vigilância de saúde infantil?”* (pergunta moderadora do guião do “focus group” elaborado), as mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa, parecem ter dificuldade em identificar as barreiras vivenciadas nessas consultas:

“Eu, pelo menos, não tenho de que me queixar...” (R2, Brasileira, 3ºFG)

“Não, eu para mim é sempre bom (...)” (R2, Cabo Verdiana, 5ºFG)

Apenas o discurso de uma das participantes neste estudo, deixa transparecer uma barreira no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil em Portugal, perante o confronto com a questão em causa, neste caso, relacionada com o não domínio da língua do país de acolhimento:

“É mesmo, é mesmo difícil. Ainda mais não falo um bom Português, já complica...” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Contudo, a sobreposição dos dados de outros estudos sobre a “Saúde/Saúde Infantil e Imigração”, apresentados no capítulo 1 deste trabalho, com as categorias/subcategorias definidas nas dimensões I, II e III deste trabalho, permitem-nos identificar, nos discursos das participantes, outras barreiras no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil em Portugal. Nesse sentido, foram identificadas um total de 11 categorias para a dimensão IV deste estudo, que se encontram organizadas em três temáticas principais: a) barreiras estruturais, essencialmente relacionadas com a organização e com o funcionamento dos serviços de saúde; b) barreiras, comunicacionais, por questões referentes à língua ou por diferenças de concepções/significações; c) barreiras pessoais, por condições das próprias participantes no estudo ou por atitudes/comportamentos adoptados pelas mesmas. As tabelas

4.7, 4.8 e 4.9 representam cada uma das categorias/subcategorias referentes às barreiras em causa, e a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%) das unidades de análise que lhes correspondem. Cada uma dessas temáticas será desenvolvida posteriormente.

Tabela 4.7

Temática a): Barreiras Estruturais no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise (n / %)	
		Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
1. Pouca Organização nos Serviços de Saúde	1.1 Dificuldades de Inscrição no Centro de Saúde	5 / 100%	0
	1.2 Não Ter Médico de Família	19 / 100%	0
	1.3 Dificuldades de Marcação de Consulta no Centro de Saúde	23 / 100%	0
	1.4 Elevado Tempo de Espera	19 / 100%	0
2. Características Negativas da Assistência de Saúde		26 / 42,6	35 / 57,4%
3. Formação/Qualificação Inadequada dos Profissionais de Saúde		0	11 / 100%
4. Escassez de Transportes de Acesso aos Serviços de Saúde		3 / 100%	0
5. Más Condições do Centro de Saúde		10 / 100%	0
6. Vacinas Extra Plano Nacional de Vacinação Muito Dispendiosas		0	10 / 100%

A maioria das categorias representadas na tabela 4.7 foi desenvolvida na dimensão II deste trabalho. Contudo, consideramos pertinente inclui-las nesta temática tendo como base duas questões essenciais. Por um lado, os próprios relatos das participantes neste estudo deixam transparecer, em alguns casos, a forma como algumas das questões apresentadas

acabam por constituir-se como dificuldades importantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal. Para além disso, a nossa reflexão face aos dados recolhidos nesta investigação, permite-nos concluir que as características negativas do funcionamento e da organização dos serviços de saúde, a pouca qualificação dos profissionais que neles intervêm, inúmeras dificuldades de acesso aos serviços de saúde e encargos económicos com determinadas intervenções, podem considerar-se como barreiras importantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal.

Nesta fase iremos, apenas, considerar a categoria “Escassez de Transportes para Acesso ao Centro de Saúde”, que surgiu da categoria anterior “Transportes para Acesso ao Centro de Saúde”, uma vez que ainda não foi descrita de forma pormenorizada anteriormente.

Escassez de Transportes para Acesso ao Centro de Saúde

As mães imigrantes, neste caso apenas as de origem Cabo Verdiana, reportam-se especificamente à escassez de meios de transporte disponíveis para acesso a um centro de saúde do país de acolhimento:

“Sim, é só um autocarro que vai lá [ao centro de saúde], que é o 305, que é uma seca aquele autocarro!” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Tabela 4.8

Temática b): Barreiras Comunicacionais no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal

Categorias	Unidades de Análise (n / %)	
	Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
7. Dificuldades com a Língua	3 / 100%	0
8. Discrepância de Concepções de Saúde/Doença entre Profissionais de Saúde e Utentes	12 / 70,6%	5 / 29,4%

Tal como expresso na tabela 4.8, definimos como barreiras comunicacionais no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal dificuldades ao nível das diferenças linguísticas, relatadas pelas participantes do estudo, mas também as discrepâncias de concepções entre os profissionais de saúde e os utentes.

Dificuldades com a Língua

Algumas das mães imigrantes Cabo Verdianas deste estudo reportam-se a situações de dificuldade no domínio da língua do país de acolhimento:

“É mesmo, é mesmo difícil. Ainda mais não falo um bom português, já complica...” (R4, Cabo Verdianas, 1º FG)

Discrepância de Concepções de Saúde/Doença entre Profissionais de Saúde e Utentes

Para além das diferenças linguísticas, os relatos das participantes na investigação deixam transparecer, ainda, situações em que se verifica uma divergência na percepção/entendimento da situação de saúde da criança, por parte dos profissionais de saúde em Portugal e por parte das mães imigrantes, respectivamente. Consideramos que esse facto se constitui como uma dificuldade na comunicação, pela não clarificação dessa divergência na maioria dos casos:

“Depois viram-se [os profissionais de saúde] “Oh mãe é cólica! Você não sabe o que é que é uma cólica?”. Eu assim “Boa! Eu não sei o que é que é uma cólica, porque se eu soubesse não tinha vindo aqui...”” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“E ela tem até alergia contra picada de insecto... No entanto, ela [a médica] dizia que não tinha nada...” (R4, Brasileira, 2ºFG)

Tabela 4.9

Temática c): Barreiras Pessoais no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise (n / %)	
		Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
9. Estar em Situação Irregular		15 / 100%	0
10. Ausência de Suporte Familiar		0	4 / 100%
11. Desvalorização dos Métodos/Cuidados Utilizados em Portugal		8 / 100%	0

Consideramos que os discursos das participantes na investigação se reportam, ainda, a condições pessoais destas mães imigrantes, que acabam por constituir-se, também, como barreiras no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal. Isto porque se relacionam, por um lado, com dificuldades inerentes à sua condição de migrantes e, por outro lado, com atitudes das mesmas, que advém das diferenças entre as práticas de saúde adoptadas nos seus países de origem e as práticas de saúde do país de acolhimento. Tendo em conta que a categoria “Desvalorização dos Métodos/Cuidados Utilizados em Portugal” já foi desenvolvida anteriormente, iremos centrar-nos apenas nas outras categorias da tabela 4.9.

Estar em Situação Irregular

As mães imigrantes Cabo Verdianas deste estudo referem-se à sua condição de irregularidade no país de acolhimento, revelando os seus discursos que esta se constitui como uma dificuldade no acesso e na utilização dos serviços de saúde:

“Mas só que o pessoal do hospital, não chamaram ele por causa da documentação...”
(R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“E uma enfermeira diz “Uh, aqueles ciganos, que vêm, não têm documento e fazem entrada...”” (R6, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Ausência de Suporte Familiar

Por seu lado, as participantes Brasileiras desta investigação reportam o facto de a família se encontrar distante como uma dificuldade no processo de imigração, por vezes, com influência nas questões referentes à saúde:

“Mas assim, lógico que a dificuldade aumenta porque a gente não tem aquele apoio da família (...)” (R1, Brasileira, 3ºFG)

A identificação de quais as barreiras percebidas pelas mães imigrantes deste estudo no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil em Portugal, pressupõe que nos debruçemos, a partir desta fase, sobre os elementos que podem facilitar esse acesso, pois acabam por constituir-se, em alguns casos, como opositores às dificuldades enunciadas.

4.5 Dimensão V: Elementos Facilitadores Percepcionadas pelas Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa no Acesso e na Utilização dos Serviços de Vigilância de Saúde Infantil em Portugal

A organização da informação recolhida no âmbito da dimensão V deste estudo, agora apresentada, baseia-se, tal como se verificou para a dimensão IV do trabalho, em três processos distintos. Assim, perante a questão “*Que aspectos positivos encontram nas consultas de vigilância de saúde infantil?*” (pergunta moderadora do guião do “focus group” elaborado), as mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa reportam-se às características positivas da assistência de saúde em Portugal, à importância das consultas de vigilância de saúde infantil e à necessidade de melhoria das condições do centro de saúde:

“É saber a saúde do nosso filho, se está tudo bem.” (R1, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Aqui no [centro de saúde] U. eu acho que eles devem mudar daquele sítio...” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Eles [os profissionais de saúde] tratam bem, a minha filha eles tratam bem.” (R2, Cabo Verdiana, 1ºFG)

Para além disso, dos dados de outros estudos realizados no âmbito da “Saúde/Saúde Infantil e Imigração”, apresentados no capítulo 1, e das categorias/subcategorias definidas nas dimensões I, II e III deste estudo, consideramos poder depreender dos relatos das participantes, outros elementos facilitadores no acesso e na utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil Portugal. Nesse sentido, consideramos que as categorias que representam os elementos em causa podem ser agrupadas em duas temáticas principais: a) elementos facilitadores relacionados com a organização e com o funcionamento dos serviços de saúde em Portugal; b) elementos facilitadores relativos a atitudes e a comportamentos das participantes no estudo.

Foram identificadas um total 7 categorias para a dimensão V deste trabalho. As tabelas 4.10 e 4.11 incluem as respectivas categorias, bem como a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%) das suas unidades de análise, sendo descritas em pormenor adiante.

Tabela 4.10

Temática a): Elementos Facilitadores Relacionados com o Funcionamento/Organização dos Serviços de Saúde em Portugal

Categorias	Unidades de Análise (n / %)	
	Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
1. Características Positivas da Assistência de Saúde	18 / 56,3%	14 / 43,8%
2. Formação/Qualificação Adequada dos Profissionais de Saúde	5 / 100%	0
3. Ter Médico de Família	10 / 90,9%	1 / 9%
4. Melhoria das Condições do Centro de Saúde	5 / 100%	0

A maior parte das categorias incluídas na temática representada na tabela 4.10 foram desenvolvidas na apresentação da dimensão II deste estudo. Contudo, consideramos pertinente inclui-las nesta fase do trabalho, pois a conotação positiva que lhes advém, em alguns casos, dos próprios discursos das participantes na investigação, permite-nos encará-las como facilitadores no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal. Nesta fase, iremos centrar-nos apenas na categoria “Melhoria das Condições do Centro de Saúde”, uma vez que não foi explorada anteriormente.

Melhoria das Condições do Centro de Saúde

As mães imigrantes de origem Cabo Verdiana que integram esta investigação referem que melhorar as condições de um centro de saúde em Portugal pode constituir-se como uma forma de facilitar o acesso ao mesmo:

“Aqui no [centro de saúde] U. eu acho que eles devem mudar daquele sítio...” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

“Para além do espaço, tem que melhorar as condições das funcionárias que trabalham lá (...)” (R4, Cabo Verdiana, 1º FG)

De referir que, e tal como se pode observar dos relatos apresentados, a melhoria proposta se relaciona com questões da organização e do espaço físico em geral, mas também, com os profissionais que intervêm no centro de saúde em causa.

Tabela 4.11

Temática b): Elementos Facilitadores Relacionados com Atitudes e Comportamentos das Participantes no Estudo

Categorias	Unidades de Análise (n / %)	
	Participantes Cabo Verdianas	Participantes Brasileiras
5. Valorização do Sigilo Profissional	8 / 100%	0
6. Valorização das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil	18 / 100%	0
7. Solicitação do Livro de Reclamações	6 / 100%	0

À semelhança do que se verifica para a temática anteriormente apresentada, a maioria das categorias incluídas na tabela 4.11 já foram exploradas em dimensões anteriores do trabalho. Assim, iremos desenvolver, apenas, a categoria “Solicitação do Livro de Reclamações”, ainda não referida.

Solicitação do Livro de Reclamações

As participantes Cabo Verdianas desta investigação relatam situações em que a “Solicitação do Livro de Reclamações” por parte das mesmas se constituiu como uma estratégia para mais facilmente acederem e utilizarem os serviços de saúde em Portugal:

“O meu filho chamaram, o meu filho, e ele não chamaram. Eu pedi o livro de reclamações. Vieram todos os médicos, mandaram entrar...” (R4, Cabo Verdiana, 1ºFG)

A apresentação inicial deste trabalho caracteriza o processo de imigração como um balancear entre encontros, desencontros e contrastes, espelhados aqui através dos resultados apresentados, neste caso, no que se refere especificamente à vigilância de saúde infantil. Concluímos, essencialmente, sobre a forma como as mães imigrantes desta investigação caracterizam os serviços de saúde de Cabo Verde e do Brasil e, ainda, de Portugal. Nessa caracterização reportam-se a crenças, atitudes e práticas de saúde infantil, dos seus países de origem e do país de acolhimento, e a barreiras e elementos facilitadores vivenciados por elas nos serviços de saúde em Portugal. Consideramos que a mais-valia destas conclusões não estará completa sem reflectirmos sobre as suas implicações, de forma a integrá-las, com vista a uma melhoria das experiências de vigilância de saúde infantil destas e de outras famílias. É a isso que nos propomos no capítulo seguinte...

5. DISCUSSÃO

De uma forma geral, o presente estudo pretendia compreender as experiências de vigilância de saúde infantil de dois grupos de mães imigrantes de Lisboa, procurando dar sentido a algumas das questões que podem influenciar esse processo, tais como as atitudes, crenças e práticas dessas mães, e as barreiras e elementos facilitadores percebidos por elas no acesso aos serviços de vigilância de saúde infantil em Portugal. Consideramos que os resultados apresentados constituem um importante contributo nesse âmbito, pois, por um lado, vão de encontro a dados de outras investigações sobre a “Saúde/Saúde Infantil e Imigração” e, por outro lado, fazem emergir novas pistas acerca de uma realidade ainda pouco estudada.

5.1 Uma Análise sobre as Experiências de Vigilância de Saúde Infantil de Mães Imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa

5.1.1 Percepções das Mães Imigrantes deste Estudo sobre os Sistemas de Saúde dos seus Países de Origem e sobre o Sistema de Saúde do País de Acolhimento

Aceder às percepções das participantes no estudo acerca dos sistemas de saúde nos seus países de origem permitiu-nos reflectir sobre os argumentos que indiciam a existência de uma relação entre a envolvente sócio-cultural dos indivíduos e a sua saúde (Gurung, 2006; Steg et al., 2008). Assim, quando analisamos as categorias deste estudo, que caracterizam os sistemas de saúde de Cabo Verde e do Brasil, apercebemo-nos que algumas delas se referem exclusivamente aos discursos de mães imigrantes Cabo Verdianas e que outras se reportam especificamente a relatos de mães imigrantes Brasileiras. Consideramos que as diferenças em causa deixam transparecer a adopção de práticas de saúde específicas em cada um dos países de origem das participantes deste estudo ou, pelo menos, perspectivas distintas acerca das mesmas, o que pode ter por base desigualdades no “background” cultural de cada um dos grupos estudados e, por isso, confirmar, eventualmente, a premissa indicada.

As disparidades enunciadas parecem estar presentes na própria caracterização global do sistema de saúde de cada um dos países de origem das participantes do estudo. As percepções das mães imigrantes Cabo Verdianas acerca do sistema de saúde do seu país de origem contribuem para que o consideremos como pouco consistente na sua organização, face às referências de escassez de apoios económicos, de mecanismos informais de acesso ao mesmo e da pouca qualificação dos seus profissionais. Talvez por isso, estudos anteriores no âmbito

da “Saúde/Imigração” tenham concluído que alguns imigrantes de origem africana em geral, e Cabo Verdiana em particular, tendem a considerar o sistema de saúde Português como melhor do que o sistema de saúde dos seus países de origem (Freitas, 2006; Andrade, 2008). Esse facto parece, também, verificar-se para alguns imigrantes de origem Brasileira (Rosa, 2007). Contudo, os discursos das participantes Brasileiras desta investigação deixam transparecer uma certa estruturação dos serviços de saúde do seu país de origem, reportando-se estas, frequentemente, a características positivas da assistência de saúde no país e ao recurso, em alguns casos, a um sistema de saúde privado, onde usufruem de um “Plano de Saúde”.

Os resultados apresentados permitiram-nos aceder a algumas práticas especificamente relacionadas com a saúde infantil em Cabo Verde e no Brasil. Nesse âmbito, determinados autores reportam-se ao recurso às medicinas tradicionais por parte da população africana em geral, e pelos Cabo Verdianos em particular, sobretudo para tratamento de doenças típicas da infância (Gonçalves et al., 2003; Andrade, 2008; Bäckström, 2009). As participantes Cabo Verdianas desta investigação também referem a utilização de medicinas tradicionais no seu país de origem, embora nem sempre a relacionem com questões de saúde infantil. Para além disso, as mães imigrantes deste estudo reportam-se a tradições específicas do Brasil e de Cabo Verde nos cuidados aos bebés, sobretudo relacionadas com a estimulação da função intestinal, cuidados de higiene e conforto e alimentação. Os seus relatos vêm, mais uma vez, alertar para a possibilidade de relação entre o contexto cultural das pessoas e a sua saúde (Gurung, 2006; Steg et al., 2008), pois, em alguns casos, as próprias mães imigrantes reconhecem que a disparidade existente, entre as práticas de cuidados aos bebés nos seus países de origem, comparativamente com o que se verifica em Portugal, tem por base diferenças culturais genéricas. Face à identificação dessas tradições, os resultados apresentados permitiram, ainda, reconhecer a importância que a transmissão de saberes por via inter-geracional assume para estas populações imigrantes, tal como havia sido já reportado por alguns autores. Assim, Bäckström (2009) e Sopa (2009) reconhecem a relevância das avós na difusão de saberes sobre os cuidados aos bebés, tal como acaba por ser referido pelas participantes deste estudo.

As percepções das mães imigrantes desta investigação, por um lado, sobre os sistemas de saúde de Cabo Verde e do Brasil e, por outro lado, acerca do sistema de saúde de Portugal, permitiram-nos reflectir sobre a possibilidade de existência de eventuais pontos comuns e divergentes entre os sistemas de saúde dos países em causa. Assim, apercebemo-nos que as instituições de referência para as consultas de vigilância de saúde infantil em Portugal parecem diferir das instituições existentes nesse âmbito em Cabo Verde, pois em relação a Portugal menciona-se apenas o centro de saúde como referência e no que se reporta a Cabo

Verde indica-se, também, o hospital. Importa realçar o facto de os relatos das mães imigrantes Cabo Verdianas deste estudo deixarem transparecer dúvidas sobre as instituições onde ocorrem as consultas de vigilância de saúde infantil no seu país de origem, pois consideramos que essa questão poderá relacionar-se com o que Bäckström (2009) classifica de um padrão de utilização indiscriminado dos recursos de saúde disponíveis no país.

Dos resultados apresentados, parecem verificar-se, também, divergências na percepção das mães imigrantes Brasileiras desta investigação acerca do profissional de referência nas consultas de vigilância de saúde infantil do Brasil e de Portugal, respectivamente. Os próprios discursos de algumas dessas mães imigrantes deixam transparecer essa discrepância, ao contraporem a referência ao pediatra do Brasil com o médico de família em Portugal, relacionando esse facto, em alguns casos, com o que consideram como a formação inadequada dos profissionais de saúde no país de acolhimento, pela sua menor especialização. As mães imigrantes Cabo Verdianas deste estudo não se reportaram a nenhum profissional de referência nas consultas de vigilância de saúde infantil, o que pensamos poder relacionar-se com o facto de referirem, algumas vezes, não existir médico de família no seu país de origem.

A forma de transmissão e de apreensão dos cuidados aos bebés parece ser, também, discrepante, nos países de origem das participantes deste estudo, comparativamente com o que se verifica em Portugal. As mães imigrantes Cabo Verdianas desta investigação reportam-se a uma difusão de saberes, essencialmente, técnica, pela relação profissional de saúde/utente em Portugal, em oposição à transmissão de saberes de carácter familiar, referida para Cabo Verde, e também para o Brasil, neste e em outros estudos (Bäckström, 2009; Sopa, 2009).

Os resultados sobre as percepções das participantes desta investigação acerca do sistema de saúde em Portugal, permitem-nos, ainda, reflectir sobre a referência das mães imigrantes Brasileiras desta investigação relativamente às vacinas que não se encontram contempladas no Plano Nacional de Vacinação recomendado (DGS, 2002). Apesar de considerarem as vacinas em causa como muito dispendiosas, pensamos que os relatos das mães Brasileiras nesse âmbito deixam transparecer, também, a sua preocupação em possibilitarem a administração dessas vacinas aos seus filhos, o que pode, de certa forma, relacionar-se com a valorização atribuída pela população Brasileira às questões da promoção da saúde (Dias et al., 2009).

5.1.2 Percepções das Mães Imigrantes deste Estudo sobre as Barreiras no Acesso e na Utilização dos Serviços de Saúde em Portugal

Os resultados acerca da percepção das participantes deste estudo sobre as barreiras vivenciadas por elas no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal, permitem-

nos reflectir sobre duas questões essenciais. Por um lado, a aparente dificuldade das mães imigrantes desta investigação em assumirem explicitamente essas barreiras, pois perante uma pergunta directa neste âmbito, apenas se reportam a uma questão, embora os seus discursos deixem transparecer a identificação de inúmeras dificuldades neste âmbito. Consideramos que esse facto vem, de certa forma, comprovar a adequação da técnica de recolha de dados utilizada, em comparação, por exemplo, com a entrevista individual, pois a criação de um espaço de interacção entre as participantes, permitida pelos “focus group”, poderá ter possibilitado um acesso mais eficaz à informação pretendida. Até porque a renitência demonstrada por estas mães imigrantes em reportarem a vivência de dificuldades nos serviços de saúde em Portugal poderá encontrar-se relacionada com questões de desajustabilidade social. Por outro lado, importa referir que grande parte das barreiras enunciadas pelas mães imigrantes desta investigação, no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal, vão de encontro às identificadas, nesse âmbito, por outros autores. Consideramos que esse facto vem confirmar a sua importância no que respeita aos serviços de saúde em geral, realçando-a para o que se reporta, especificamente, à vigilância de saúde infantil em Portugal.

Dos resultados apresentados verifica-se que algumas das dificuldades vivenciadas pelas mães imigrantes desta investigação foram definidas como barreiras relacionadas com a organização e com o funcionamento dos serviços de saúde em Portugal, tendo estas sido, também, identificadas em outros estudos: elevado tempo de espera para atendimento (Gonçalves et al., 2003; Sousa, 2006; Rosa, 2007; Andrade, 2008; Dias et al., 2009; Fonseca & Silva, 2010), dificuldades de marcação de consultas (Andrade, 2008; Dias et al., 2009; Fonseca & Silva, 2010), não ter médico de família atribuído em Portugal (Gonçalves et al., 2003; Andrade, 2008). Mas as mães imigrantes desta investigação reportam-se a outra barreira neste âmbito, não descrita anteriormente, a dificuldade de inscrição no centro de saúde, que consideramos assumir relevantes implicações práticas; questão abordada posteriormente. Seria importante perceber que razões poderão estar na origem do facto de estas barreiras serem referidas apenas por mães imigrantes Cabo Verdianas, e não mencionadas por nenhuma mãe imigrante Brasileira. Isto porque os relatos reportam-se a grupos distintos de mães Cabo Verdianas, de diferentes zonas da região de Lisboa, não sendo provável que incluam, por isso, dificuldades vivenciadas nas mesmas instituições de saúde.

Outras barreiras no acesso e na utilização dos serviços de saúde pela população imigrante, identificadas neste trabalho, são as questões relativas às características negativas da assistência de saúde em Portugal, expressas numa relação desadequada profissional de saúde/utente, e a situação irregular da população imigrante no país; amplamente reportadas,

também, em outros trabalhos (Gonçalves et al., 2003; Freitas, 2006; Sousa, 2006; Paredes et al., 2007; Rosa, 2007; Dias et al., 2008; Dias et al., 2009; Moleiro et al., 2009; Sopa, 2009).

A sobreposição dos dados desta investigação com as ideias de outros autores revela-se, ainda, nas barreiras ao nível da comunicação, onde as dificuldades no domínio da língua do país de acolhimento assumem especial relevância (Flores et al., 2005; Schwarzwald, 2005; Sousa, 2006; Rosa, 2007; Silva & Martingo, 2007; Soares Machado, 2007; Andrade, 2008; Dias et al., 2008; Javier et al., 2009; Mendoza, 2009, Fonseca & Silva, 2010). Como previsível, a dificuldade em causa não foi reportada por nenhuma mãe imigrante de origem Brasileira, pois, neste caso, a língua do país de origem é comum à do país de acolhimento. Contudo, ambos os grupos de mães imigrantes deste estudo, à semelhança do se havia verificado em outros trabalhos, relataram situações de discrepância entre as concepções de saúde dos profissionais e as dos utentes, respectivamente (Schwarzwald, 2005; Sousa, 2006; Silva & Martingo, 2007; Mendoza, 2009; Moleiro et al., 2009).

Também as dificuldades relacionadas com os meios de transporte disponíveis para acesso aos serviços de saúde, por parte das populações imigrantes, são, simultaneamente, identificadas neste trabalho e nos estudos de Andrade (2008), e de Weathers e colaboradores (2008). Nesta investigação, as dificuldades em causa foram reportadas apenas num dos “focus group” realizado, podendo, por isso, questionar-se a sua relevância.

A ausência de suporte familiar, identificada neste estudo como uma barreira no acesso e utilização dos serviços de vigilância de saúde infantil em Portugal, deixa transparecer, na nossa opinião, duas questões importantes. Por um lado, vem confirmar a ideia de outros autores, que a caracterizam também como uma dificuldade das populações imigrantes, com eventuais riscos para a sua saúde. Por outro lado, uma vez que foi referida apenas pelas mães de origem Brasileira, poderá constituir-se como um reforço da elevada importância atribuída por este grupo de imigrantes às relações familiares (Sopa, 2009).

Dias e colaboradores (2009) reportam-se ao desconhecimento dos profissionais dos serviços de saúde relativamente aos direitos dos imigrantes, definindo-o como uma barreira no acesso e na utilização dos serviços de saúde por parte da população imigrante. Os resultados deste trabalho indiciam a percepção de uma qualificação inadequada dos profissionais de saúde em Portugal, mas relacionada, essencialmente, com questões técnicas e científicas. O tema em causa foi identificado, apenas, nos discursos de mães imigrantes de origem Brasileira. Atendendo à globalidade dos seus relatos, seria pertinente compreender a, eventual, relação existente entre a percepção de pouca formação dos profissionais de saúde em Portugal e outras categorias deste estudo (e.g. qualificação adequada dos profissionais de

saúde do seu país de origem, características negativas da assistência de saúde em Portugal, não recurso ao centro de saúde). É que as descrições das participantes Brasileiras desta investigação referem-se a uma maior especialização dos profissionais de saúde no seu país de origem, onde identificam o pediatra como o profissional de referência nas consultas de vigilância de saúde infantil, e ao qual tendem a contrapor a pouca especialização do médico de família e a ocorrência de inúmeras situações de negligência em Portugal, o que parece gerar desconfiança nos serviços de saúde do país de acolhimento e o conseqüente não recurso ao centro de saúde.

Face às inúmeras barreiras descritas, torna-se, de certa forma, expectável que as populações imigrantes tendam a desvalorizar algumas das práticas de saúde adoptadas no país de acolhimento, tal como expresso nos resultados deste trabalho. Consideramos que a questão em causa assume especial relevância no contexto desta investigação, pois, por um lado, reporta-se, em muitos dos casos, a cuidados de saúde infantil, e, por outro lado, deverá ser reflectida em termos das suas eventuais implicações práticas; questão abordada adiante.

5.1.3 Percepções das Mães Imigrantes deste Estudo sobre os Elementos Facilitadores no Acesso e na Utilização dos Serviços de Saúde em Portugal

À semelhança do que se verificou para as barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pela população imigrante, alguns dos elementos facilitadores nesse âmbito, considerados neste estudo, haviam sido já identificados por outros autores: a vivência de situações positivas nos serviços de saúde (Dias et al., 2009), que aqui se incluem nas referências a características positivas da assistência de saúde em Portugal, e as melhorias ao nível das infra-estruturas das instituições de saúde (Gonçalves et al., 2003; Dias et al., 2009). No caso específico desta investigação, a sugestão de melhoria do espaço físico do centro de saúde parecia reportar-se a uma instituição em particular, pelo que poderá não assumir grande relevância no contexto do trabalho realizado. Contudo, no que se refere ao outro elemento facilitador descrito, tendo em conta a sua identificação, também, num estudo anterior, pensamos assumir importância na vigilância de saúde infantil de crianças imigrantes.

Consideramos como elementos facilitadores no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal, pelas populações imigrantes estudadas, referências que indicam uma conotação positiva sobre os serviços de saúde no país (e.g. valorização do sigilo profissional), mesmo que não classificadas em estudos anteriores como tal. Isto porque acreditamos que as questões valorizadas pelos grupos de imigrantes analisados podem contribuir para melhorar o acesso dessas populações aos serviços de vigilância de saúde infantil, tendo em conta as suas,

eventuais, implicações práticas nesse âmbito. Para além disso, a escassez de trabalhos sobre a “Saúde Infantil e Imigração” condicionou o carácter exploratório desta investigação, concorrendo para que se considerassem os vários dados recolhidos, desde que a sua relevância neste estudo pareça legitimar-se. Pensamos que o facto das mães imigrantes Cabo Verdianas desta investigação valorizarem questões que, de acordo com elas próprias, parecem não ser valorizadas no seu país de origem acaba por constituir-se como uma questão importante, até para uma, eventual, posterior análise. Para além disso, quando essa valorização se reporta especificamente às consultas de vigilância de saúde infantil em Portugal adquire um especial significado no contexto deste trabalho.

Na análise dos resultados deste estudo, até então descrita, foram surgindo pistas sobre algumas das implicações práticas dos dados apresentados e sobre a necessidade de os complementar com outros trabalhos. Por isso, uma reflexão nesse âmbito será, posteriormente, apresentada.

5.2 Reflexão sobre as Implicações e sobre as Contribuições do Estudo Apresentado

Consideramos que a investigação desenvolvida acarreta importantes contribuições, quer a nível teórico, quer a nível prático. No âmbito teórico, tal como referido, permitiu considerar uma eventual relação entre a envolvente sócio-cultural de cada uma das populações estudadas e, neste caso, as suas experiências de vigilância de saúde infantil; premissa que havia sido reportada por alguns autores para a saúde em geral (Gurung, 2006; Steg et al., 2008). Assim, talvez se torne relevante a realização de estudos posteriores neste âmbito, tendo em conta, ainda, que algumas das crenças e práticas de saúde específicas das populações Cabo Verdianas e Brasileiras, respectivamente, reportadas por outros autores, surgiram, também, nos resultados deste estudo. Para além disso, o trabalho apresentado veio confirmar algumas das barreiras e dos elementos facilitadores, anteriormente identificados, no que se reporta ao acesso e à utilização dos serviços de saúde pelas populações imigrantes, realçando algumas dessas questões especificamente para os serviços de vigilância de saúde infantil em Portugal, de uma forma, de certa maneira, inovadora, face ao seu carácter exploratório. Assim, dos resultados da investigação realizada surgiram, ainda, alguns novos dados.

A nível prático, consideramos que as percepções das mães imigrantes desta investigação acerca dos serviços de saúde nos seus países de origem, embora nem sempre relacionadas directamente com a vigilância de saúde infantil, tendem a assumir relevância. Isto porque

reflectem algumas das experiências anteriores destas mães imigrantes no acesso aos serviços de saúde em Cabo Verde e no Brasil, e os circuitos adoptados dentro dos mesmos, podendo, por isso, influenciar a forma como essas mães utilizam os vários serviços de saúde em Portugal, onde se incluem os serviços de vigilância de saúde infantil. Nesse âmbito, importa realçar a categoria definida como “Não Aposta na Promoção da Saúde”, já evidenciada por alguns autores para a população africana em geral (Gonçalves et al., 2003; Andrade, 2008; Dias et al., 2009; Sopa, 2009), e referida por Bäckström (2009) para a população Cabo Verdiana em particular. É que as percepções das mães imigrantes deste estudo acerca de um desinvestimento nas questões da promoção da saúde nos seus países de origem podem influenciar os seus comportamentos nesse âmbito no país de acolhimento, comprometendo, eventualmente, o cumprimento das acções de vigilância de saúde infantil periódicas, preconizadas pela DGS (2005) em Portugal.

Uma das barreiras identificadas nesta investigação, neste caso as dificuldades de inscrição no centro de saúde, parece assumir, também, importantes implicações a nível prático, pois acreditamos que a restrição em causa poderá impossibilitar, em alguns casos, a vigilância de saúde infantil em Portugal, tal como se encontra preconizada. Isto porque, de acordo com o Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro, em Portugal, são os centros de saúde as instituições que têm como principal objectivo o desenvolvimento de actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, nas várias fases do ciclo de vida.

Os relatos de divergência entre as concepções de saúde/doença das mães imigrantes deste estudo e as dos profissionais de saúde de Portugal realçam a necessidade do desenvolvimento de competências multiculturais por parte dos profissionais que intervêm com as populações imigrantes (Sue et al., 1992; Chin et al., 2000; Gonçalves et al., 2003; Dias et al., 2009). Por isso, seria desejável que se desenvolvessem projectos nesse âmbito, nos serviços de saúde em Portugal, e que estes fossem reconhecidos pelos próprios profissionais de saúde como um elemento facilitador no acesso e na utilização dos serviços pela população imigrante, não se referindo apenas como alternativa nesse âmbito a existência de intérpretes/tradutores nesses serviços (Sousa, 2006; Fonseca & Silva, 2010). Consideramos que se torna essencial o envolvimento de todos os profissionais dos serviços de saúde nos projectos em causa, e não apenas dos técnicos de saúde, pois de acordo com os dados deste estudo, quer os profissionais de saúde, quer os profissionais auxiliares, tendem a adoptar comportamentos negativos para com as mães imigrantes, neste caso, Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa. Talvez se torne relevante, por isso, atender, também à percepção dos profissionais dos serviços de saúde,

relativamente à temática abordada ao longo deste trabalho, podendo ser esse o objectivo principal de outras investigações.

Os resultados apresentados que se relacionam com a conotação, positiva ou negativa, atribuída pelas participantes desta investigação a algumas questões no âmbito da saúde em Portugal, acabam por assumir, também, uma relevância prática. Assim, acreditamos que os dados em causa podem possibilitar uma reflexão acerca da forma como se desenvolvem algumas intervenções de saúde no país e indicar-nos importantes pistas sobre quais poderão manter-se e as que poderão, eventualmente, alterar-se, face à valoração que lhes é atribuída pela população estudada. Para além disso, os próprios princípios de uma relação de ajuda profissional remetem-nos para a importância de se conseguir compreender as mensagens, transmitidas pelos utentes, mesmo que subliminarmente, para que seja possível o estabelecimento efectivo dessa relação (Rogers, 1980). Assim, algumas das questões percebidas pelas participantes deste estudo, como positivas nos serviços de saúde em Portugal, ao serem transmitidas aos profissionais de saúde, poderão contribuir para o desenvolvimento de importantes laços de confiança entre eles e estas ou outras populações de imigrantes, com eventuais ganhos ao nível da saúde das crianças e das suas famílias.

A caracterização sócio-demográfica das participantes deste estudo permitiu-nos concluir sobre algumas diferenças significativas, entre a população Cabo Verdiana e a população Brasileira estudadas, no que se reporta especificamente a: habilitações académicas, situação laboral, rendimento mensal do agregado familiar. Tendo em conta que alguns autores sugerem uma relação entre algumas das características sócio-económicas indicadas e o estado de saúde geral das pessoas (Chin *et al.*, 2000; Gurung, 2006; Antunes, 2010; Bamba *et al.*, 2010), seria importante compreender a relação dessas variáveis com as questões específicas da vigilância de saúde infantil de populações migrantes; temática a incluir em outras investigações.

Consideramos que este ponto do trabalho permite assegurar-nos da relevância teórica dos resultados do estudo apresentado, possibilitando-nos reflectir, também, acerca da necessidade de se desenvolverem outros estudos sobre a vigilância de saúde infantil de populações imigrantes. Para além disso, alguns dos dados recolhidos nesta investigação conduzem-nos a pistas importantes sobre as suas, eventuais, implicações práticas, tornando-se, por isso, relevante considerá-los. Contudo, como em qualquer outro estudo, torna-se incontornável assumir algumas das suas limitações, tal como nos propomos fazer no ponto seguinte.

5.3 Reflexão sobre Limitações do Estudo Apresentado

Consideramos que as principais limitações deste trabalho se relacionam com os processos de recolha de dados. Assim, a principal questão a analisar nesse âmbito diz respeito à constituição da amostra estudada. Por um lado, apesar de terem sido cumpridos alguns dos critérios propostos pelos autores para aumentarem a probabilidade de presença do maior número possível de pessoas em cada “focus group” (Krueger & Casey, 2000), nem sempre compareceram a totalidade das mulheres contactadas. Esse facto contribuiu para que tivéssemos grupos de discussão focalizada com constituições muito heterógeneas, ao nível do número de participantes, podendo ter comprometido, em alguns casos, as interacções que pressupõem estabelecer-se e, conseqüentemente, alguma da riqueza dos dados recolhidos. Por outro lado, verificaram-se dificuldades ao nível do recrutamento, sobretudo de participantes de origem Brasileira, que condicionaram a realização de apenas dois “focus group” com essa população, enquanto com a população de origem Cabo Verdiana se realizaram três sessões; questão que poderá ter gerado desigualdades na consistência dos dados recolhidos.

Para atenuar, eventuais, influências da desejabilidade social, nas interacções estabelecidas entre as participantes do estudo e as investigadoras, pensou-se, inicialmente, em incluir nos “focus group” moderadoras da naturalidade das mães imigrantes deste estudo. Contudo, por condicionantes logísticas, a ideia em causa não veio a concretizar-se, podendo ter assumido importância, por exemplo, na dificuldade que as mães imigrantes desta investigação demonstraram em identificar, de forma directa, barreiras no acesso aos serviços de saúde em Portugal. É que as investigadoras aparentavam naturalidade Portuguesa, quer pelo sotaque distinto do das imigrantes Brasileiras, quer por não terem traços de pertença à etnia negra.

A percepção das mães imigrantes desta investigação acerca, por um lado, dos sistemas de saúde dos seus países de origem e, por outro lado, do sistema de saúde Português, permitiu-nos considerar, eventuais, relações entre as categorias identificadas nesse âmbito. Contudo, a análise de conteúdo realizada não nos permite identificar essas relações de forma rigorosa, tendo sido apresentadas aqui, apenas, de forma hipotética. Nesse sentido, consideramos que seria importante analisar os dados apresentados, complementados eventualmente com os de outros trabalhos entretanto realizados, através, por exemplo, da técnica de “Grounded Theory”. Isto porque a técnica em causa permite aceder ao estabelecimento de interrelações, entre vários dados, recolhidos no âmbito de estudos qualitativos (Glaser & Strauss, 1967).

6. CONCLUSÃO

A investigação apresentada pretendia compreender as experiências de vigilância de saúde infantil de dois grupos de mães imigrantes, considerando alguns elementos com, eventual, influência nesse processo. A escassez de trabalhos sobre a “Vigilância de Saúde Infantil de Populações Imigrantes” ditou o carácter exploratório deste estudo, em que nos propuséssemos a ouvir as percepções de mães imigrantes Cabo Verdianas e Brasileiras de Lisboa acerca, por um lado, dos serviços de saúde dos seus países de origem e, por outro lado, dos serviços de saúde do país de acolhimento. O olhar das participantes desta investigação sobre as duas questões em causa permitiu-nos identificar crenças, atitudes e práticas de saúde, específicas de Cabo Verde e do Brasil, algumas delas com importância no que se refere, especificamente, à saúde infantil. Para além disso, os relatos das mães imigrantes deste estudo deixaram transparecer barreiras e elementos facilitadores vivenciados por estas no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Portugal, alguns deles em contexto de vigilância de saúde infantil.

Os objectivos desta investigação e a análise de conteúdo efectuada, tendo por base a informação recolhida nos cinco “focus group” realizados, permitiu-nos concluir que as categorias/subcategorias definidas podiam incluir-se em cinco dimensões: dimensão I, que se relaciona com a caracterização dos sistemas de saúde de Cabo Verde e do Brasil; dimensão II, que se reporta à caracterização do sistema de saúde em Portugal; dimensão III, relativa a atitudes das mães imigrantes com influência nas questões de saúde; dimensão IV e V que incluem, respectivamente, as barreiras e os elementos facilitadores vivenciados no contexto dos serviços de saúde Portugueses. Face à realização anterior de alguns estudos sobre a “Saúde/Saúde Infantil e Imigração”, concluímos que parte dos nossos dados eram sobreponíveis com os de outros autores, realçando-se, assim, a sua relevância no âmbito da vigilância de saúde infantil de crianças imigrantes em Portugal. Para além disso, apercebemo-nos que alguns dos resultados apresentados tendem a constituir-se como um contributo inovador, pois não haviam sido, ainda, identificados em outros trabalhos.

A globalidade dos relatos das participantes deste estudo contribuiu, ainda, para que tenhamos reflectido acerca de, eventuais, relações entre a forma como são caracterizados os serviços de saúde dos seus países de origem e a forma como se reportam as características dos serviços de saúde em Portugal; questão que poderá ser explorada em outras investigações. Até porque acreditamos que este trabalho, tendo em conta também a descrição de algumas das implicações práticas dos seus resultados, poderá contribuir para uma reflexão crescente sobre as condições de risco e de vulnerabilidade em que se encontram muitas crianças imigrantes...

7. REFERÊNCIAS

- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI] (2006). *Associação de Imigrantes em Portugal*. [On-line] Retirado em Janeiro de 2010 da World Wide Web: <http://www.acidi.gov.pt/es-imigrante/informacao/associacoes-de-imigrantes-em-portugal>
- American Psychological Association [APA]. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. [On-line]. Retirado em Fevereiro de 2010 da World Wide Web: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx?item=3>
- Andrade, I. J. M. (2008). *Geografia da saúde da população imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI].
- Antunes, R. (2010). *Classes sociais e a desigualdade na saúde*. Lisboa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia [CIES], Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa [ISCTE].
- Bäckström, B. (2009). *Saúde e imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI].
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64, 284-291.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto, A. Pinheiro Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Bauer, M. W. (2003). Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2ª ed.), *pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (P. A. Guareschi, Trad.). (189-217). Petrópolis: Vozes (Obra original publicada em 2000).
- Breakwell, G. M. & Rose, D. (2000). Research: Theory and method. In Breakwell, G. M., Hammond, S., & Fife-Schaw C. (2ª ed.), *Research Methods in Psychology* (5-21). London: SAGE.
- Chin, N. P., Monroe, A., & Fiscella, K. (2000). Social determinants of (un)healthy behaviors. *Education for Health*, 13, 317-328.
- Decreto-Lei nº 135/99 de 22 de Abril. *Diário da República nº 94/99 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República nº 38 – I Série*. Lisboa
- Despacho nº 25.360/2001 de 12 de Dezembro. *Diário da República nº 286 – II Série*. Ministério da Saúde. Conselho de Ministros. Lisboa.
- Dias, S. F., Rocha, C. F., & Horta, R. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes Africanas e Brasileiras*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI].
- Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BioMed Central Health Services Research*, 8, 207-215.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2002). *Circular Informativa nº 48*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2005). *Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de actuação*. (2ªed.) Lisboa: DGS.

- Firmino da Costa, A. (1999). *Sociedade bairro: dinâmicas sociais da identidade cultural*. Oeiras: Celta Editora.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. (A. M. Parreira, Trad.). Lisboa: Monitor. (Obra original publicada em 2002).
- Flores, G., Abreu, M., & Tomany-Korman, S. C. (2005). Limited English proficiency, primary language at home, and disparities in children's health care: how language barriers are measured matters. *Public Health Reports*, 120, 418-430.
- Fonseca, M. L., & Silva, S. (2010). *Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do centro de saúde da Graça*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI]
- Fonseca, M. L., Silva, S., Esteves, A., & McGarrigle, J. (2009). *MIGHEALTHNET – Relatório sobre o estado da arte em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos.
- Freitas, C. (2006). *Em busca de um bom médico quando a 'saúde não tem fronteiras': Percepções dos Cabo-Verdianos sobre profissionais de saúde na Holanda*. Porto: Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas [ACIME]
- Gaskell, G. (2003). Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2ª ed.), *pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (P. A. Guareschi, Trad.). (64-89). Petrópolis: Vozes (Obra original publicada em 2000).
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, M. J., & Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, 55-64.
- Gurung, R. A. R. (2006). *Health psychology: a cultural approach*. Belmont: Thomson Higher Education.
- Horta, R., & Carvalho, A. (2007). O gabinete de saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. *Revista Migrações*, 1, 179-186.
- Javier, J. R., Huffman, L. C., & Mendoza, F. S., & Wise, P. H. (2010). Children with special health care needs: how immigrant status is related to health care access, health care utilization, and health status. *Matern Child Health*, 14, 567-579.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Newbury Park: Sage.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research*. (3rd ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. *Diário da República n.º 204 – I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.
- Machado, M. C., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R., & Dias, A. (2007). Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. *Revista Migrações*, 1, 103-127.
- Matos, M. G., Gonçalves, A., & Gaspar T. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: uma questão de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5, 75-85

- Mendoza, F. S. (2009). Health disparities and children in immigrant families: a research agenda. *Pediatrics*, *124*, 187-195.
- Millward, L. J. (2000). Focus groups. In Breakwell, G. M., Hammond, S., & Fife-Schaw C. (2nd ed.), *Research methods in psychology* (303-324). London: SAGE.
- Moleiro, C., Silva, A., Rodrigues, R., & Borges, V. (2009). Health and mental health needs and experiences of minority clients in Portugal. *International Journal of Migration Health and Social Care*, *5*, 15-24.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park: SAGE.
- Paredes Moreira, M. A. S., Silva, A. O., Feitosa Alves, M. S. C., Jseuino, J. C., & Tura, L. F. R. (2007). Pensando a saúde na perspectiva dos imigrantes Brasileiros em Portugal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *28*, 527-533.
- Punch, K. F. (1998). *Introduction to social research: quantitative and qualitative approaches*. London: SAGE.
- Pusetti, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, *19*, 94-113.
- Quivy, R., & Campenhout L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. (J. M. Marques, M. A. Mendes, M. Carvalho, Trad.) Lisboa: Gradiva (Obra original publicada em 1995)
- Rogers, C. R. (1980). *Tornar-se pessoa*. (M. J. C. Ferreira, Trad.). Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1961)
- Rosa, C. F. S. C. (2007). *Saúde mental em contexto migratório: um estudo na região de Lisboa*. Manuscrito não publicado, Universidade Aberta, Lisboa.
- Ruquoy, D. (1997) Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In A. L. (1^a ed.), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. (L. Baptista, Trad.) (84-116) Lisboa: Gradiva. (Obra original publicada em 1995)
- Scwarzwald, H. (2005). Illnesses among recently immigrated children. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, *16*, 78-83.
- Schwebel, D. C., & Brezausek, C. M. (2009). Language acculturation and pediatric injury risk. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *11*, 168-173.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2010). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo*. Oeiras: Departamento de Planeamento e Formação.
- Silva, A. C., & Martingo, C. (2007). Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. *Revista Migrações*, *1*, 155-159.
- Soares Machado, M. C. (2007). Imigrantes, saúde e educação. *Revista Migrações*, *1*, 197-199.
- Sopa, M. J. P. (2009). *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*, Manuscrito não publicado, Universidade Aberta, Lisboa
- Sousa, J. E. X. F. (2006). *Os imigrantes Ucrainianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Porto: Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas [ACIME]
- Steg, L., Buunk, A. P., & Rothengatter, T. (2008). *Applied social psychology: understanding and managing social problems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stevens, G. W. J. M., & Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 276-294.

- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: a call to the profession. *Journal of Counseling & Development, 70*, 477-486.
- Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In Silva, A. S., & Pinto, J. M. (13ª Ed.). *Metodologia das ciências sociais*. (101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Weathers, A. C., Minkovitz, C. S., Diener-West, M., & O'Campo, P. (2008). The effect of parental immigration authorization on health insurance coverage for migrant Latino children. *Journal of Immigrant and Minority Health, 10*, 247-254.

Anexo A – Guião dos Grupos de Discussão Focalizada

Anexo B – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica das Participantes
do Estudo

Anexo C – Carta/Convite para Confirmação da Participação nos Grupos de
Discussão Focalizada

Anexo D – Documento de Consentimento Informado para Participação no
Estudo

Anexo E – Materiais Utilizados no Teste de Fidelidade Inter-Codificadores
Realizado

Anexo A

Guião dos Grupos de Discussão Focalizada

1 – Questão Introdutória (tempo previsto: 10 minutos):

a) Agradecimento às participantes, enfatizando a importância da sua participação enquanto principais detentoras da informação pretendida:

- *“Boa tarde a todas e sejam bem-vindas. Obrigada desde já pela vossa participação.”*

b) Apresentação do moderador da sessão e de quais os objectivos do grupo focal: recolha de informação no âmbito de uma tese de mestrado:

- *“O meu nome é _____ e o da minha colega é _____ e somos estudantes de Mestrado do ISCTE. Por isso, estamos a realizar um estudo sobre as percepções de mãe emigrantes em Portugal relativamente às consultas de rotina dos seus filhos.”*

c) Esclarecimento do principal tópico a abordar durante o grupo focal: a vigilância de saúde dos seus filhos:

- *“Como são mães, gostaríamos de ouvir as vossas experiências sobre as consultas de rotina dos vossos filhos. Não há respostas certas, nem erradas e pode acontecer terem diferentes opiniões sobre o mesmo assunto. O que importa é que falem sobre aquilo que pensam.”*

d) Apresentação das regras de participação no grupo focal: necessidade de gravação da sessão em formato de áudio, salvaguardando as questões da privacidade e da confidencialidade dos dados; ênfase na importância da interacção entre as participantes; salvaguarda de que poderão desistir em qualquer momento da sessão:

- *“Para que possamos depois analisar aquilo que disserem vamos precisar de gravar esta sessão. Podemos garantir que o que for aqui recolhido apenas será ouvido por nós e que os vossos nomes não vão aparecer identificados em nenhum local, ou seja, a vossa participação aqui é anónima”.*

- *“Irei fazer algumas questões e o objectivo é ouvir a opinião de todas. Não têm que me responder directamente a mim às questões, podem ir conversando entre vocês sobre esse assunto. Por isso, podem ir acrescentando algo ao que outra pessoa diga, se acharem importante. Tentem é não falar ao mesmo tempo que a outra pessoa, para conseguirmos recolher a informação de uma maneira clara.”*

- *“É muito importante ouvirmos a opinião de todas vocês. Por isso, se alguma de vocês falar durante muito tempo seguido, pode ser necessário interromper um pouco e pedir a opinião de outra pessoa. Assim, como se alguma de vocês falar menos sobre determinado assunto, pode ser necessário fazer-lhe algumas questões.”*

2 – Questão Inicial mais Abrangente (tempo previsto: 10 minutos):

2.1 Pedir às participantes que se apresentem:

- *“Para começar, gostaria que se apresentassem, dizendo o vosso nome ou o nome pelo qual gostariam de ser tratadas durante a sessão. Escrevam-no nesse papel e coloquem-no à vossa frente, para eu poder lembrar-me do vosso nome e para que possam tratar-se entre vocês pelo nome.”*

3 – Questões Centrais (tempo previsto: 1 hora):

- *“Gostaria, então, que me dissessem o que vos vem à cabeça quando pensam nas consultas de rotina dos vossos filhos.”*

- *“Contem-me como é vossa experiência nessas consultas.”*

- Questões moderadoras (caso seja necessário aproximar as participantes da questão central de investigação):

3.1 Quais os aspectos mais positivos dessas consultas?

3.2 Que dificuldades encontram quando lá vão?

- *“Falem-me sobre como eram essas consultas no vosso país.”*

- Questões moderadoras (caso seja necessário aproximar as participantes da questão central de investigação):

3.3 Que semelhanças encontram relativamente ao que acontece no vosso país?

3.4 E quais as diferenças?

- *“Conhecem outras mães da vossa nacionalidade que também costumem ir a consultas de rotina com os seus filhos? O que elas vos contam sobre essa experiência?”*

5 – Questão Final (20 minutos):

a) Resumo dos principais tópicos abordados:

- *“Para terminar, gostaria que cada uma de vocês fizesse um resumo sobre o que foi aqui conversado e que teve maior importância para vocês.”*

b) Questionar as participantes sobre se querem acrescentar algo ao que foi dito:

- *“Acham que existe alguma coisa que não tenha sido falada e que seja importante partilhar?”*

- *“Gostaríamos de vos pedir para preencherem esse questionário, com alguma informação importante sobre vocês.”*

- *“Mais uma vez, muito obrigada pela vossa participação.”*

Trabalho elaborado por:

Susana Mourão

Estudante de 2º Ano do Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa

ISCTE  **IUL**
Instituto Universitário de Lisboa

Prof.^a Orientadora: Prof.^a Sónia Bernardes

Anexo B

Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica das Participantes do Estudo



Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa –
Instituto Universitário de Lisboa
Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia

Inquérito de Caracterização Sócio-Demográfica

Por favor responda às questões apresentadas com sinceridade, pois não existem respostas certas ou erradas. Todas as respostas são anónimas e confidenciais, e serão utilizadas apenas para este estudo. A sua participação é muito importante!

Idade: _____ anos

Estado Civil (assinale com um X a opção que corresponde ao seu caso):

Solteira Casada Divorciada Viúva União de Facto

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Há quantos anos vive em Portugal? _____

Situação em Portugal (assinale com um X a opção que corresponde ao seu caso):

Em Processo de Legalização

Autorização de Residência Temporária

Autorização de Residência Permanente

Outra Qual? _____

Constituição do Agregado Familiar (pessoas com quem vive):

Número de Filhos: _____

Idade dos Filhos:

Quantos anos de Escolaridade possui?

Situação Laboral (assinale com um X a opção que corresponde ao seu caso):

Empregada

Desempregada

Reformada

Profissão: _____

Rendimento Mensal do Agregado Familiar (pessoas com que vive)

(assinale com um X a opção que corresponde ao seu caso):

Menos de 485 €

Entre 485 € e 750 €

Entre 750 € e 1000 €

Entre 1000 € e 1500 €

Mais de 1500 €

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo C

Carta/Convite para Confirmação da Participação nos Grupos de Discussão Focalizada

Lisboa, ___ de _____ de 2011

Cara _____,

Muito obrigada por ter aceite participar no Estudo sobre “A Saúde das Crianças Imigrantes”! A sua participação será muito importante, pois na realidade pretendemos ouvir a sua opinião, de forma a poder melhorar os serviços de saúde que acompanham crianças como o(s) seu(s) filho(s). As entrevistas de grupo irão decorrer:

- _____, dia ___ de _____ de 2011

- Entre as ___ horas e as ___ horas

- Nas instalações de _____,

Morada: _____

As entrevistas contarão com a presença de um pequeno grupo de outras mães, cerca de 5 pessoas. Irá ser servido um pequeno lanche e alguns brindes, como forma de agradecer a sua disponibilidade para participar no estudo.

Se por alguma razão não puder juntar-se a nós neste dia, contacte-nos o mais cedo possível, para podermos convidar outra pessoa para participar.

Qualquer questão relacionada com o estudo pode contactar-nos através do telemóvel: 91***** ou do e-mail: susanasofia_18@hotmail.com.

Obrigada e até breve!

Cumprimentos,

Susana Mourão

Anexo D

Documento de Consentimento Informado para Participação no Estudo



Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa –
Instituto Universitário de Lisboa
Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia

Mestranda: Susana Mourão

Orientadora: Professora Doutora Sónia Bernardes

Consentimento Informado

É pedida a sua colaboração para participar num estudo de uma tese de mestrado, relacionada com as consultas de rotina do seu(s) filho(s). A sua participação é muito importante!

Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, e apenas serão utilizados para este estudo. Para que os dados possam ser utilizados, as entrevistas de grupo serão gravadas em formato de áudio.

A sua participação no estudo é livre e voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento, caso sinta vontade de o fazer.

A sua autorização para participar no estudo implica a assinatura deste documento.

Data ___/___/___

Assinatura da Investigadora

Assinatura da Participante

Anexo E

Materiais Utilizados no Teste de Fidelidade Inter-Codificadores Realizado

Dicionário de Categorias – DIMENSÃO I: PERCEPÇÃO DAS MÃES IMIGRANTES SOBRE A SAÚDE NOS SEUS PAÍSES DE ORIGEM

Temas	Categorias	Subcategorias
<p>Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde nos seus Países de Origem</p>	<p><u>1. Ausência de Recursos de Apoio à Saúde:</u> - Percepção de uma escassez de apoios económicos e de meios que favoreçam a existência de um serviço de saúde de qualidade nos países de origem.</p>	
	<p><u>2. Mecanismos Informais de Acesso aos Serviços de Saúde:</u> - Referência à existência de mecanismos informais de acesso à saúde nos países de origem, nomeadamente através do “suborno” aos profissionais de saúde ou pela existência de alguém de referência nos serviços de saúde, que facilite o acesso aos mesmos, a quem as participantes denominam de “padrinho”.</p>	
	<p><u>3. Características da Assistência de Saúde:</u> - Referência à forma como as participantes caracterizam a assistência de saúde nos seus países de origem, reportando-se estas, por um lado, a características positivas da assistência</p>	<p><u>3.1 Características Positivas da Assistência de Saúde:</u> - Relatos que indiciam características positivas da assistência de saúde nos países de origem, nomeadamente no que se refere à interação</p>

Temas	Categorias	Subcategorias
<p>Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde nos seus Países de Origem</p>	<p>de saúde nesses países, e, por outro lado, a uma não aposta na promoção da saúde e a más práticas de saúde.</p>	<p>interacção profissional/utente e à forma de “atendimento/tratamento”, reportando-se as participantes, em alguns casos, a uma maior humanização dos cuidados prestados.</p>
		<p><u>3.2 Não Aposta na Promoção da Saúde:</u> Referência ao facto de nos países de origem existir, por vezes, uma não aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença, recorrendo-se aos serviços de saúde apenas em situação de doença/urgência ou, por exemplo, numa fase tardia da gravidez. Em alguns casos relatam-se situações específicas da não vigilância de saúde infantil.</p>
		<p><u>3.3 Más Práticas de Saúde:</u> - Relato sobre situações de práticas de saúde inadequadas nos países de origem, nomeadamente situações em que se verifica uma quebra do sigilo profissional e pouca atenção aos utentes por parte dos profissionais de saúde desses países.</p>

Temas	Categorias	Subcategorias
Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde nos seus Países de Origem (continuação)	<u>4. Não Existência de Médico de Família:</u>	
	- Referência ao facto de não existir o conceito de médico de família nos países de origem, tal como se verifica em Portugal, para as consultas de vigilância de saúde infantil.	
	<u>5. Pouca Qualificação dos Profissionais de Saúde:</u>	
	- Percepção das participantes sobre uma pouca formação/qualificação dos profissionais de saúde nos países de origem.	
	<u>6. Vigilância de Saúde Infantil em Sistema de Saúde Privado:</u>	
	- Relato de que a vigilância de saúde nos países de origem funciona em regime privado e não através de um sistema nacional de saúde estatal e tendencialmente gratuito, implicando, por isso, custos.	

Temas	Categorias	Subcategorias
<p>Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde nos seus Países de Origem (continuação)</p>	<p><u>7. Elementos de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:</u> - Descrição de elementos considerados como de referência nas consultas de vigilância de saúde infantil nos países de origem, nomeadamente, as instituições onde habitualmente ocorrem essas consultas, as actividades desenvolvidas e os profissionais de saúde nelas envolvidos.</p>	<p><u>7.1 Instituições de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:</u> - Descrição sobre as instituições onde habitualmente ocorrem as consultas de vigilância de saúde infantil nos países de origem, referindo-se as participantes ao centro de saúde e ao hospital, por vezes, de forma indiscriminada.</p>
		<p><u>7.2 Actividades nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:</u> - Descrição sobre as actividades desenvolvidas (avaliação de peso, altura, por exemplo) nas consultas de vigilância de saúde infantil nos países de origem das participantes.</p>
		<p><u>7.3 Pediatra como Profissional de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:</u> - Referência ao facto de ser um pediatra o profissional de saúde de referência nas consultas de vigilância de saúde infantil nos</p>

		países de origem e não um médico de família, como acontece em Portugal.
	<u>8. Utilização de Medicinas Tradicionais:</u> - Referência à utilização de medicinas tradicionais nos países de origem e defesa desses métodos como mais vantajosos do que aqueles que as participantes consideram como de origem química.	
Percepção das Mães Imigrantes sobre Comportamentos de Saúde nos seus Países de Origem	<u>9. Cuidados aos Bebés:</u> - Descrição sobre tradições e práticas culturais nos cuidados aos bebés nos países de origem e referência à forma como estas são transmitidas e apreendidas.	<u>9.1 Tradições nos Cuidados aos Bebés:</u> - Descrição de práticas tradicionais dos países de origem utilizadas nos cuidados aos bebés (higiene e conforto, alimentação, por exemplo) de certa forma distintas das habitualmente utilizadas em Portugal.
		<u>9.2 Fontes de Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés:</u> - Referência à forma como são transmitidos e apreendidos os cuidados aos bebés nos países de origem, muitas das vezes veiculados através de um processo de transmissão de saberes intergeracional.

Dicionário de Categorias – DIMENSÃO II: PERCEPÇÃO DAS MÃES IMIGRANTES SOBRE A SAÚDE NO PAÍS DE ACOLHIMENTO

Temas	Categorias	Subcategorias
<p>Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde no País de Acolhimento</p>	<p><u>1. Pouca Organização dos Serviços de Saúde:</u> - Relatos sobre a desorganização dos serviços de saúde no país de acolhimento, traduzindo-se, por exemplo, em dificuldades de inscrição e de marcação de consultas no centro de saúde, em elevado tempo de espera para atendimento nos serviços de saúde e no facto de não se ter médico de família em Portugal.</p>	<p><u>1.1 Dificuldades de Inscrição no Centro de Saúde:</u> - Descrição de situações em que se verificam dificuldades face à tentativa das participantes em se inscreverem num centro de saúde em Portugal.</p>
		<p><u>1.2 Não Ter Médico de Família:</u> - Referência ao facto de não se ter médico de família atribuído em Portugal.</p>
		<p><u>1.3 Dificuldades de Marcação de Consulta no Centro de Saúde:</u> - Descrição de situações em que se verificam dificuldades na marcação de consultas nos centros de saúde em Portugal, quer por adultos, quer por crianças.</p>
		<p><u>1.4 Elevado Tempo de Espera:</u> - Referência a situações em que se verifica um elevado tempo de espera para atendimento nos serviços de saúde em Portugal.</p>

Temas	Categorias	Subcategorias
<p>Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde no País de Acolhimento (continuação)</p>	<p><u>2. Características da Assistência de Saúde:</u> - Referências à forma como as participantes caracterizam a assistência de saúde em Portugal, reportando-se estas, por um lado, a características positivas da assistência de saúde, e, por outro lado, características negativas da assistência de saúde no país de acolhimento.</p>	<p><u>2.1 Características Positivas da Assistência de Saúde:</u> - Relatos que indiciam características positivas da assistência de saúde em Portugal, nomeadamente no que se refere à interacção profissional/utente e à forma de “atendimento/tratamento”, incluindo comportamentos positivos adoptados pelos profissionais dos serviços de saúde.</p>
		<p><u>2.2 Características Negativas da Assistência de Saúde:</u> - Relatos que indiciam características negativas da assistência de saúde em Portugal, nomeadamente no que se refere à interacção profissional/utente e à forma de “atendimento/tratamento” que se reflecte em situações como comportamentos negativos dos profissionais dos serviços de saúde, más práticas de saúde e desconfiança nos serviços de saúde.</p>

Temas	Categorias	Subcategorias
<p>Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde no País de Acolhimento (continuação)</p>	<p><u>3. Transportes para Acesso ao Centro de Saúde:</u> - Relato sobre os meios de transporte disponíveis para acesso ao centro de saúde em Portugal, em que se descreve, sobretudo, a sua escassez.</p>	
	<p><u>4. Más Condições do Centro de Saúde:</u> - Referência a condições precárias de um centro de saúde em Portugal, sobretudo relacionadas com o espaço físico do mesmo.</p>	
	<p><u>5. Ter Médico de Família:</u> - Referência ao facto de se ter médico de família atribuído em Portugal, sendo que esta situação se encontra facilitada aquando algum familiar já tem médico de família atribuído “à priori”.</p>	
	<p><u>6. Formação/Qualificação dos Profissionais de Saúde:</u> - Percepção das participantes sobre a formação/qualificação dos profissionais de</p>	<p><u>6.1 Melhor Formação/Qualificação dos Profissionais de Saúde:</u> - Percepção das participantes sobre uma melhor formação/qualificação dos</p>

Temas	Categorias	Subcategorias
<p>Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde no País de Acolhimento (continuação)</p>	<p>saúde em Portugal, considerando-os elas, por um lado, como mais qualificados que os profissionais de saúde dos países de origem e, por outro lado, como menos qualificados que esses profissionais.</p>	<p>profissionais de saúde em Portugal, comparativamente com os profissionais de saúde dos países de origem.</p> <hr/> <p><u>6.2 Pior Formação/Qualificação dos Profissionais de Saúde:</u></p> <p>- Percepção das participantes sobre uma pior formação/qualificação dos profissionais de saúde em Portugal, comparativamente com os profissionais de saúde dos países de origem, expressa, por exemplo, através de relatos de desconhecimento desses profissionais e pela sua não especialização.</p>
	<p><u>7. Elementos de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:</u></p> <p>- Descrição de elementos considerados como de referência nas consultas de vigilância de saúde infantil em Portugal, nomeadamente, as instituições onde habitualmente ocorrem essas consultas, as actividades desenvolvidas nas mesmas e os profissionais de saúde envolvidos.</p>	<p><u>7.1 Instituições de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:</u></p> <p>- Descrição sobre as instituições onde habitualmente ocorrem as consultas de vigilância de saúde infantil em Portugal, referindo-se as participantes ao centro de saúde.</p>

Temas	Categorias	Subcategorias
Percepção das Mães Imigrantes sobre o Sistema de Saúde no País de Acolhimento (continuação)		<p><u>7.2 Actividades nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:</u></p> <p>- Descrição sobre as actividades desenvolvidas nas consultas de vigilância de saúde infantil em Portugal.</p> <hr/> <p><u>7.3 Médico de Família como Profissional de Referência nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:</u></p> <p>- Referência ao facto de ser o médico de família o profissional de saúde de referência nas consultas de vigilância de saúde infantil em Portugal.</p>
	<p><u>8. Vacinas Extra Plano Nacional de Vacinação Muito Dispendiosas:</u></p> <p>- Relato sobre a necessidade de pagamento das vacinas não contempladas no Plano Nacional de Vacinação, para administração às crianças, considerando-as as participantes como muito dispendiosas.</p>	

Temas	Categorias	Subcategorias
<p>Percepção das Mães Imigrantes sobre Comportamentos de Saúde no País de Acolhimento</p>	<p><u>9. Aprendizagem dos Cuidados aos Bebés:</u> - Referência à forma como se transmitem e apreendem os cuidados aos bebés em Portugal, expresso sobretudo por um acompanhamento técnico no pré e no pós-parto, com o objectivo de desenvolvimento de competências parentais.</p>	
<p>Práticas Pessoais das Mães Imigrantes no País de Acolhimento</p>	<p><u>10. Não Adesão Terapêutica:</u> - Descrição de situações em que se verifica uma não adesão terapêutica por parte das participantes, expressa pelo não cumprimento das orientações dos profissionais de saúde, pelo ocultar dos profissionais de saúde de algumas das práticas adoptadas e pelo facto de não irem ao centro de saúde.</p>	<p><u>10.1 Incumprimento de Orientações Médicas nos Cuidados aos Bebés:</u> - Relato de situações em que se verifica um incumprimento por parte das participantes das orientações médicas em Portugal, relativas aos cuidados aos bebés, expresso através do desrespeito por essas orientações ou pela ocultação aos profissionais de algumas das práticas utilizadas nos cuidados aos bebés.</p> <hr/> <p><u>10.2 Não Recurso ao Centro de Saúde:</u> - Referência ao não recurso ao centro de saúde em Portugal, relacionado com a chegada há pouco tempo ao país ou com a desconfiança</p>

Práticas Pessoais das Mães Imigrantes no País
de Acolhimento
(continuação)

relativamente aos serviços de saúde em
Portugal, face a experiências anteriores
negativas nesse âmbito.

Dicionário de Categorias – DIMENSÃO III: ATITUDES DAS MÃES IMIGRANTES COM INFLUÊNCIA NOS PROCESSOS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL

Categorias

1. Valorização do Sigilo Profissional:

- Relatos em que se verifica o reconhecimento do sigilo profissional como um direito do utente e, conseqüentemente, como um dever ético do profissional de saúde.

2. Desvalorização dos Métodos/Cuidados Utilizados em Portugal:

- Relatos em que as participantes desvalorizam, em certa medida, os métodos/cuidados utilizados em Portugal, no alívio de sintomas e de desconfortos, equiparando-os com os métodos tradicionais originários dos países de origem e contrapondo com as vantagens dos mesmos.

3. Valorização das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil:

- Relatos em que as participantes reconhecem a importância das consultas de vigilância de saúde infantil, referindo algumas das vantagens associadas às mesmas.

Unidades de Análise para Incluir nas Categorias/Subcategorias das Dimensões I, II e III do Estudo

1. *“Isso já nem é um posto de saúde, acho que é um posto de morte! (risos). Não há condições, nem no espaço sequer.”* (R1, 1ºFG)
2. *“Porque lá [no país de origem] não há... Não há recursos como aqui, não. É diferente”.* (R3, 4ºFG)
3. *“Eu consegui também pagar essa vacina. Mas foi suado!”* (R1, 3ºFG)
4. *“Mas lá [no país de origem] era um pediatra mesmo e... Lá funciona diferente daqui, não é? Por exemplo, o posto de saúde que atende tem três pediatras...”* (R1, 2ºFG)
5. *“Chegámos lá no meu centro de saúde, ele teve logo médico. O médico que eu tenho é que ele teve...”* (R5, 1ºFG)
6. *“Há consulta na maternidade, que tu vais lá saber como é que lidar com a criança...”* (R4, 1ºFG)
7. *“Aqui [em Portugal] as pessoas são formadas, não é? São formadas, assim...”* (R2, 4ºFG)
8. *“Tem clínico geral e tem o pediatra... O pediatra acompanha criança até doze, treze anos. Dali, a criança já vai para o clínico geral. Já é outra coisa, é só para adulto, é só para adulto...”* (R2, 2ºFG)
9. *“Por isso eu estou a dizer algumas coisas que eu já fiz na minha filha em Cabo Verde, não é? Só que aqui em Portugal já é diferente...”* (R2, 1ºFG)

10. *“Tem aquelas coisas que dizem que é, que dizem que é a partir de um ano... Não. E chego lá e pergunta “Ela está a comer?”. Eu digo “Não”. “Ah, ainda bem! A partir de agora já pode comer.” (risos)” (R5, 1ºFG)*
11. *“(...) e aquelas senhoras mais velhas ensinaram-me. A minha filha, de vez em quando, ela tinha tosse... (...) Depois uma senhora assim mais velha, assim “Olha tira...” Já me esqueci o nome da flor... Que usa-se em Cabo Verde... Então ela deu-me aquela, ela foi recolher a flor, deu-me, eu fervei a flor, fiz a ela o chá, para aí uns três dias, a miúda parou a tosse. Assim, assim “Olha, bebezinho dá-se esse chazinho. (...)” (R1, 1ºFG)*
12. *“Lá [no país de origem] a gente chama posto médico. Tem posto médico, sim. Tem centro de saúde e tem hospital.” (R2, 5ºFG)*
13. *“Aqui [em Portugal] nas consultas o que é a médica diz é... A médica pergunta como é que a criança se sente em casa, se está a comer bem, como é que se sente em casa, por exemplo (...)” (R2, 5ºFG)*
14. *“Em Cabo Verde eu não tinha condições de comprar fralda D., usava fraldas de pano.” (R2, 1ºFG)*
15. *“Porque por mais que aqui reclamam, reclamam, mais aqui em termos assim... De saúde, comparando com o Brasil, aqui pode ser considerado 100%!” (R2, 1ºFG)*
16. *“Porque lá [no país de origem] é um pediatra mesmo. Esse senhor não é pediatra. E... O R. R. não é pediatra...” (R1, 2ºFG)*
17. *“No Brasil isso não existe, não é? A criança come sopa com dois meses... (risos) Mas isso também é questão de cultura, porque você não tem a cultura de comer a sopa antes do prato.” (R2, 2ºFG)*

18. *“Eu cheguei há pouco tempo, tem só três meses que eu estou aqui [em Portugal]... Então ainda não foi, ainda não o levei... Num posto de saúde, num centro de saúde, aqui...”* (R3, 2ºFG)
19. *“Eu para levantar para ir marcar consulta ali no X tenho que levantar às cinco horas para ficar ali na bicha.”* (R2, 1ºFG)
20. *“Lá [no país de origem] tem muita fruta! A gente introduz...”* (R1, 2ºFG)
21. *“Só que lá [no país de origem] ninguém tem médico de família.”* (R5, 1ºFG)
22. *“Lá [no país de origem] as crianças são pesadas, medidas... Pelo menos com a B. era todo o mês.”* (R1, 2ºFG)
23. *“Aqui, aqui é uma seca... Fui tentar inscrever ali [no centro de saúde]... Uh! Ainda estou ali na lista de espera, nem vale a pena...”* (R1, 1ºFG)
24. *“Não é como aqui [em Portugal], que tem médica de família, você tem que ter, é esta que é a tua médica, e não sei quê... Não!”* (R1, 5ºFG)
25. *“Já estão cá... Quer dizer, nasceram cá [em Portugal], mas não têm médico de família.”* (R4, 1ºFG)
26. *“Também não temos recursos, pá, temos que ser realistas!”* (R1, 1ºFG)
27. *“Isso é, é falta de organização...”* (R1, 1ºFG)

28. *“Só que o atendimento no hospital S., você não pagar nada, é melhor do que muitas clínicas, muitos hospitais particulares no Brasil! É bem melhor do que muitos...”* (R2, 1ºFG)

29. *“O papel de consulta, utente e que diz “sem médico”, não temos médico.”* (R2, 1ºFG)

30. *“E lá não, o médico incentiva a gente logo a dar os alimentos sólidos, no Brasil...”* (R2, 2ºFG)

31. *“Sim, eu sou de Q., consulta aqui mesmo no centro de saúde de Q.”* (R3, 5ºFG)

32. *“Levantei de madrugada fui para lá para tirar um número para marcar a consulta, chegou na minha vez a senhora disse “já não há consulta”. Perdi o meu tempo...”* (R4, 1ºFG)

33. *“Tiveram uma criança em Cabo Verde, e assim que a criança tiver nascido ou quê, daí a um mês, dois meses, a gente começa a dar sopa.”* (R2, 1ºFG)

34. *“Com o meu filho, a primeira vez que eu fui lá, numa, era de urgência, chegámos lá e ficámos lá muito tempo... Muito tempo, mesmo, para ser chamado. Muito tempo, com o bebé!”* (R4, 5ºFG)

35. *“É medicinas, isso são medicinas tradicionais e é uma coisa que não faz mal ao corpo, podemos pensar, não faz mal ao organismo...”* (R1, 1ºFG)

36. *“Desde pequenininho ele tem uma alergia na pele. E... Se eu estivesse no Brasil, não sei se conseguiria cuidar. Dar conta de, de levar, levar ele no médico para, para, para... Estar orientando para o que é que eu fazia. E aqui [em Portugal] não! (...) Porque aqui ele está indo de ano em ano no... No pediatra de alergia.”* (R1, 3ºFG)
37. *“Por exemplo, eu não tenho médico de família.”* (R4, 1ºFG)
38. *“Mas aqui [em Portugal] a diferença é que eu acho que aqui, se calhar, são, é, somos melhores tratados, não é?”* (R1, 4ºFG)
39. *“Pronto, chego lá eu fico lá uma seca à espera do médico, também...”* (R2, 1ºFG)
40. *“Eu acho que a consulta de rotina é para saber que eles estão bem, tanto para tranquilizá-los e a nós também, os pais...”* (R1, 5ºFG)
41. *“(...) dentro da, do atendimento, aqui [em Portugal] eu acho que é melhor! Aqui, assim, eles se preocupam mais... Há mais assistência...”* (R2, 3ºFG)
42. *“Eu quando tive a minha filha eu tive lá no Brasil também e... Assim, ela tinha plano de saúde, não é? Foi assistida por um médico particular e assim...”* (R2, 2ºFG)
43. *“E uma enfermeira diz “Uh, aqueles ciganos, que vêm, não têm documento e fazem entrada...””* (R6, 1ºFG)
44. *“Em Cabo Verde... Tipo, na minha terra eu nunca vi essa coisa bebé e gel, não é? É aqui em Portugal...”* (R2, 1ºFG)

45. *“Eu prefiro esperar. Quando eu for embora para o Brasil, ele faz lá a cirurgia. Ele faz todos os exames de novo e faz lá, porque... Eu já sei o que é que ele sofreu aqui [em Portugal].”* (R2, 2ºFG)
46. *“(...) lá em Cabo Verde eles só vêem as pessoas que têm dinheiro. (...) Por exemplo, temos duzentos escudos, há quem chega lá que tem mil escudos passa à frente da consulta e nós ficamos... “É possível vir para casa e voltar amanhã, porque já não tem médico para dar consulta.” Mas eles vêem é o bolso das pessoas, não vêem quem precisa.”* (R1, 5ºFG)
47. *“Sim, é só um autocarro que vai lá [ao centro de saúde], que é o 305, que é uma seca aquele autocarro!”* (R1, 1ºFG)
48. *“Quando estava grávida em Cabo Verde fui à médica e já tinha seis meses de grávida...”* (risos) (R3, 5ºFG)
49. *“O autocarro para ir lá à consulta, não é? Isso já... Olha quem tem carro dá mais jeito.”* (R4, 1ºFG)
50. *“Quando eu cheguei lá no Brasil, eu tive que ir no pediatra e tive que pagar, para ir no pediatra. Eu fiquei um mês lá com ele, eu tive que levar, para saber como é que ele estava, e eu tive que pagar.”* (R1, 3ºFG)
51. *“(...) aquele centro de saúde realmente não... Não tem condições em nada...”* (R1, 1ºFG)
52. *“Você está entre a vida e a morte, e eles [os profissionais de saúde] não sabem o que fazer... Os pontos, coisa assim... Eles não sabem fazer o parto normal, que é: força, sai a criança e dá um piquezinho... Não! Eu já observei no salão, já fiz a pesquisa. Eu já observei. É ferro, ferro, ferro...”* (R1, 2ºFG)

53. *“Nasceu o meu filhote... (risos) É através dele que eu consegui médico de família.”* (R4, 5ºFG)
54. *“Eu acho que se fosse no Brasil, para já no primeiro dia descobriam o que ele tinha tido.”* (R2, 2ºFG)
55. *“Foi através de meu filho, por causa o pai é, eles são do agregado familiar, e o meu filho entrou. E depois como o meu filho entrou, conseguiu médico, eu também... A médica disse, a médica disse que eu também tenho que entrar. E depois eu, ficámos, fiquei no mesmo processo e agora já tenho médico de família.”* (R4, 5ºFG)
56. *“Pessoas formadas para tratar...”* (R2, 4ºFG)
57. *“Como o meu, o meu centro de saúde é na C., eu apanho o comboio até B., apanho a sessenta e sete, ou qualquer autocarro para lá...”* (R2, 5ºFG)
58. *“Mas eu acho que aqui [em Portugal] os médicos mesmo têm aquela parte do estudo...”* (R1, 1ºFG)
59. *“Colegas, assim, eu não conheço muito, mas que já reclamaram... Que não quer ter um filho mais nunca aqui [em Portugal]. Que foi no hospital e não gostou... Ou que foi mal atendido, ou que ficou lá sentindo dores, sabe?”* (R2, 3ºFG)
60. *“Aquilo que se fores agora no Verão tu estás feita ao bife! Aquele posto de saúde... É mosquito por todo o lado! (risos)”* (R1, 1ºFG)
61. *“Não, lá [no país de origem] não tem essas coisas como aqui, as consultas de rotina, assim...”* (R4, 5ºFG)

62. *“Depois chegou aqui, numa semana o meu irmão meteu no médico de família.”* (R3, 5ºFG)
63. *“Até porque o médico dele, o médico de família dele, é... Sou eu que dou o diagnóstico, não é?”* (R2, 2ºFG)
64. *“Lá em Cabo Verde tem resto de médico e enfermeira...”* (R6, 1ºFG)
65. *“Eu tinha bebégel em casa, mas nunca pus a ela. Eu, eu usei sempre coisa que eu usava em Cabo Verde...”* (R2, 1ºFG)
66. *“Tem médico de família... E há... E também tem um... Ali tem um clínico geral que é ali o pediatra, também...”* (R1, 2ºFG)
67. *“Lá no Brasil é assim, nós estamos aqui, não é, meninas? Todas... Se o meu bebé morre, eu não fico com vocês. Eu não fico com vocês... Eu vou para o outro quarto, com uma pessoa doente. Porque é injusto eu ficar aqui com vocês, vocês segurando o bebé, e eu, vou segurar o quê?”*
(R1, 2ºFG)
68. *“Não. Nunca fui ao centro de saúde. Ainda não...”* (R3, 2ºFG)
69. *“Mas, é, em termos de pagar, de ser atendida e essas coisas, igual aqui lá não se compara, porque lá [no país de origem] você paga muito.”*
(R2, 3ºFG)
70. *“(...) só que uma coisa que eu acho que é demais... Que é muito caro... É as vacinas, as que são pagas.”* (R2, 3ºFG)
71. *“Eu não fazia sopa do que o médico mandava, eu fazia do meu jeito.”* (R2, 2ºFG)

72. *“Lá em Cabo Verde se você tem alguma doença (por exemplo, HIV), ah... Como diz... Enfermeiras... Diz... Vai dizer para fora, que você tem Sida, tem esta doença... Não é suposto diz...”* (R6, 1ºFG)

73. *“Tem diferença porque é assim aqui [em Portugal] é médico de família, não é? Não é criança com pediatra e adulto com especialista e assim vai... É um clínico, é um médico de família.”* (R4, 2ºFG)

74. *“A médica também disse para, para pôr a sopa só uma vez por semana, só que isso eu não pus (...)”* (R4, 5ºFG)

75. *“Ali [no país de origem] o que funciona mais é a urgência, não é? Quando a pessoa já está na, na... Coiso, vai.”* (R1, 4ºFG)

76. *“Vai lá dizer no médico que a filha tinha isso, não sei quê, que tu fizeste medicamento em casa e não sei quê, não sei quê... Vai, escreve tudo o que tu diz, está a provar...”* (R4, 1ºFG)

77. *“Os médicos estudam para isso, têm que ter o segredo de um paciente, não pode está a dizer “O paciente tem isso mais aquilo”. Porque é só do paciente... Mas não pode, isso é proibido!”* (R1, 1ºFG)

78. *““Não estás a dar papa?” Mas eu já estou a dar a papa, mas digo logo não. (risos)”* (R5, 1ºFG)

79. *“Sim, a sopa de cachupa... Com quatro meses. Mas o médico... Para ele é só agora que ela podia comer. Mas não...”* (R5, 1ºFG)

80. *“(...) lá em Cabo Verde usam muito as medicinas tradicionais...”* (R1, 1ºFG)

81. *“Mas lá no Brasil é tão cuidadoso que quando você vai... Você pode não estar grávida, você pode não estar grávida, mas eles perguntam “Mãe, você está grávida? Quando foi a data da sua última menstruação?””* (R3, 2ºFG)

82. *“Por exemplo, você é médica, sou sua paciente, vou assim... Tenho uma doença crónica (ou mesmo que não seja), agora vai dizer para os seus colegas ou pessoas de fora “Ah, essa paciente está com HIV ou tem um cancro ou tem isto mais aquilo”. Se o paciente ouvir pode queixar do médico! Porque não pode é proibido! Isso em qualquer lado!”* (R1, 1ºFG)

83. *“Lá em Cabo Verde tem que ter... Como diz? Um padrinho.”* (R6, 1ºFG)

84. *“É importante. Até aos quatro anos... Acho, acho eu, até aos quatro tem que ser mesmo consulta de rotina, de vez em quando.”* (R2, 5ºFG)

85. *“Quando eu cheguei a Portugal, ah... (...) eu não sabia quando as crianças choravam, é que eu não sabia que é que era... (...) o que é que ela tinha, não sei quê... E à noite no hospital, quando ela chorava no hospital, quando eu estava no hospital, o que me disseram “Olha, quando é assim, que ela estiver a chorar, não sei quê, não é preciso a gente vir cá...””* (R2, 1ºFG)

86. *“Imagina se fosse em Cabo Verde, então... Os médicos “Ah, ela está com HIV.” Toda a gente fica a saber como é que... Ficam a gozá-la, não sei quê, essas coisas todas...”* (R1, 1ºFG)

87. *“Ah, lógico que as consultas, as consultas de rotina sempre são importantes, não só para nós os pais ficarmos mais, mais tranquilos, a saber de... Em relação à saúde dos nossos filhos, e para eles também porque queriam...”* (R1, 5ºFG)

88. *“Não, lá [no país de origem] é um médico comum. Um médico...”* (R1, 5ºFG)

89. *“Eu assim “Vim inscrever os meus miúdos aqui, no posto médico de coiso...”. Depois a senhora assim “Ah, já não temos vaga, não sei quê, assim...””* (R1, 1ºFG)

90. *“Conheço outras amigas que têm filho aqui [em Portugal] e têm a médica no centro de saúde da P., que acompanha e... Não têm queixa nenhuma, antes pelo contrário. Maravilhosa...”* (R2, 2ºFG)

91. *“Demoram, demoram para chamar. As urgências mesmo...”* (R4, 5ºFG)

92. *“Pois, agora tudo é químicos! Em Cabo Verde é tudo tradicional...”* (R1, 1ºFG)

93. *“Nós, os pais, devem incentivá-los para ir à consulta, não só, mesmo quando eles têm a vacina saber, nós sabemos que aquilo vai doer, mas é para o bem deles.”* (R1, 5ºFG)

94. *“Se você levanta às cinco da manhã, vem cá pôr na fila para marcar a consulta, quando você chega às duas horas, não há médico.”* (R2, 5ºFG)

95. *“Tipo, você vai na consulta particular, você vai no consultório. Na clínica, não é? Lá [no país de origem] é assim que funciona (...) você vai pagar (...)”*(R2, 3ºFG)

96. *“Havia médico, mas é... Lá [no país de origem] não tem aquelas consultas como aqui [em Portugal]...”* (R1, 5ºFG)

97. *“Ela é que me ensinou... A minha mãe... Que eu morava com a minha mãe. Foi ela que me ensinou. Quando a minha filha chorava, ela é que fazia isso, fazia aquilo... Pronto, foi ela que me ensinou tudo. Chegou cá em Portugal, eu já sabia tudo.”* (R2, 1ºFG)

98. *“Mas... Para quem não tem condição, você pegar oitenta euros e dar numa vacina é muito dinheiro!”* (R2, 3ºFG)

99. *“Mas há pessoa, olha que há pessoa que vai ao médico, fica lá hora e mais hora e mais hora, e só quando a pessoa já dá por ela aqui, já está lá há monte de tempo à espera (...)”* (R4, 1ºFG)

100. *“Aqui só dá Benuron. Na verdade, o que eu acho, aqui em Portugal (desculpa, te dizer!), é que eles [os profissionais de saúde] não sabem. (...) O obstetra aqui, ele não sabe fazer cesareana. É por isso que ele não faz! E ele também não sabe fazer parto normal, ele sabe arrancar a ferro. Eu já observei isso...”* (R1, 2ºFG)

Dicionário de Categorias – DIMENSÃO IV: BARREIRAS PERCEPCIONADAS PELAS MÃES IMIGRANTES NO ACESSO E NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL EM PORTUGAL

Temáticas	Categorias	Subcategorias
Barreiras Estruturais	<p><u>1. Pouca Organização dos Serviços de Saúde:</u> - Relatos sobre a pouca organização dos serviços de saúde em Portugal, traduzindo-se, por exemplo, em dificuldades de inscrição e de marcação de consultas no centro de saúde, em elevado tempo de espera para atendimento nos serviços de saúde e no facto de não se ter médico de família em Portugal.</p>	<p><u>1.1 Dificuldades de Inscrição no Centro de Saúde:</u> - Descrição de situações em que se verificam dificuldades face à tentativa das participantes em se inscreverem num centro de saúde em Portugal.</p> <p><u>1.2 Não Ter Médico de Família:</u> - Referência ao facto de não se ter médico de família atribuído em Portugal.</p> <p><u>1.3 Dificuldades de Marcação de Consulta no Centro de Saúde:</u> - Descrição de situações em que se verificam dificuldades na marcação de consultas nos centros de saúde em Portugal, quer por adultos, quer por crianças.</p> <p><u>1.4 Elevado Tempo de Espera:</u> - Referência a situações em que se verifica</p>

um elevado tempo de espera para atendimento nos serviços de saúde em Portugal.

Barreiras Estruturais
(continuação)

2. Características Negativas da Assistência

de Saúde:

- Relatos que indiciam características negativas da assistência de saúde em Portugal, sobretudo relacionadas com o “atendimento/tratamento” dos utentes, que se reflecte em situações como comportamentos negativos dos profissionais dos serviços de saúde, más práticas de saúde (negligência médica, por exemplo) e desconfiança nos serviços de saúde em Portugal.

3. Formação/Qualificação Inadequada dos

Profissionais de Saúde:

- Percepção das participantes sobre a pouca formação académica ou os poucos conhecimentos dos profissionais de saúde em Portugal, expressos, por exemplo, através de relatos de desconhecimento desses

	profissionais e pela sua não especialização.
	<u>4. Escassez de Transportes de Acesso ao Centro de Saúde:</u> - Relatos que indiciam a escassez de meios de transporte disponíveis para acesso aos centros de saúde em Portugal.
	<u>5. Más Condições do Centro de Saúde:</u> - Referência a condições precárias de um centro de saúde em Portugal, sobretudo relacionadas com o espaço físico do mesmo.
	<u>6. Vacinas Extra Plano Nacional de Vacinação Muito Dispendiosas:</u> - Relato sobre a necessidade de pagamento das vacinas não contempladas no Plano Nacional de Vacinação, para administração às crianças, considerando-as as participantes como muito dispendiosas.
Barreiras Estruturais (continuação)	
	<u>7. Dificuldades com a Língua:</u> - Referência a situações de dificuldade no domínio da língua do país de acolhimento.
Barreiras na Comunicação	

Barreiras na Comunicação
(continuação)

8. Discrepância de Concepções de Saúde/Doença entre Profissionais de Saúde e Utentes:

- Descrição de situações em que se verifica uma diferença na percepção/entendimento da situação de saúde da criança por parte dos profissionais de saúde em Portugal e por parte das participantes no estudo, respectivamente, não havendo uma clarificação nesse sentido.

Barreiras Pessoais

9. Estar em Situação Irregular:

- Referência à condição de irregularidade/ilegalidade no país de acolhimento, encarando as participantes esta situação, em alguns casos, como uma dificuldade.

10. Ausência de Suporte Familiar:

- Referência ao facto de a família se encontrar distante como uma dificuldade no processo de imigração.

11. Discrepância de Práticas nos Cuidados aos Bebés:

Barreiras Pessoais
(continuação)

- Relatos que indiciam uma discrepância nas práticas de cuidados aos bebés, relativamente ao que se faz no país de origem em comparação com aquilo que se faz em Portugal, existindo, por isso, uma desvalorização dos métodos/cuidados utilizados em Portugal ou incumprimento das orientações médicas nesse âmbito.

Dicionário de Categorias – DIMENSÃO V: ELEMENTOS FACILITADORES NO ACESSO E NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL EM PORTUGAL, PERCEPCIONADOS PELAS MÃES IMIGRANTES

Temáticas	Categorias	Subcategorias
Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde	<u>1. Características Positivas da Assistência de Saúde:</u> - Relatos que indiciam características positivas da assistência de saúde em Portugal, nomeadamente no que se refere à forma de “atendimento/tratamento” dos utentes, incluindo comportamentos positivos adoptados pelos profissionais dos serviços de saúde.	
	<u>2. Formação/Qualificação Adequada dos Profissionais de Saúde:</u> - Percepção das participantes sobre uma formação/qualificação adequada dos profissionais de saúde em Portugal, nomeadamente ao nível das habilitações académicas e dos conhecimentos técnicos, em alguns casos comparada com a formação	

	dos profissionais de saúde dos países de origem.
Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde (continuação)	<u>3. Ter Médico de Família:</u> - Referência ao facto de se ter médico de família atribuído em Portugal, sendo que esta situação se encontra facilitada aquando algum familiar já tem médico de família atribuído “à priori”.
	<u>4. Melhoria das Condições do Centro de Saúde:</u> - Referência à melhoria das condições do centro de saúde em Portugal como forma de facilitar o acesso aos serviços de saúde, essencialmente, relacionadas com questões do espaço físico.
Atitudes e Comportamentos das Participantes	<u>5. Valorização do Sigilo Profissional:</u> - Relatos em que se verifica o reconhecimento do sigilo profissional como um direito do utente e, conseqüentemente, como um dever ético do profissional de saúde.

Atitudes e Comportamentos das
Participantes
(continuação)

6. Valorização das Consultas de Vigilância
de Saúde Infantil:

- Relatos em que as participantes reconhecem a importância das consultas de vigilância de saúde infantil, referindo algumas das vantagens associadas às mesmas.

7. Solicitação do Livro de Reclamações:

- Relato de situações em que a solicitação do “livro de reclamações” por parte das participantes funciona como uma estratégia para melhorar o acesso e a utilização dos serviços de saúde em Portugal.

Unidades de Análise para Incluir nas Categorias/Subcategorias das Dimensões IV e V deste Estudo

1. *“É como a B. disse, um médico só, que faz tudo e... O que é diferente do Brasil... Lá não, lá você, por exemplo, você está estudando agora para ser médica... Você não vai ser médico no geral.”* (R2, 2ºFG)
2. *“Eu assim “Vim inscrever os meus miúdos aqui, no posto médico de coiso...”. Depois a senhora assim “Ah, já não temos vaga, não sei quê, assim...”* (R1, 1ºFG)
3. *“Eu consegui também pagar essa vacina. Mas foi suado!”* (R1, 3ºFG)
4. *“Já estão cá... Quer dizer, nasceram cá, mas não têm médico de família.”* (R4, 1ºFG)
5. *“Só por causa que eu tinha dor, disseram que eu não tinha sangue, não tinha nada. E deixaram-me ali, abandonaram-me mesmo... Eu sofri ali [no hospital] bastante!”* (R2, 1ºFG)
6. *“Eu não tenho médico de família, eu estou a falar por mim. Eu não tenho...”* (R4, 1ºFG)
7. *“É assim, o miúdo não tinha... Não tinha documento... Perguntaram... Ele estava cá há pouco tempo... E... Veio com o avô... Ele não tinha nada, mas eu falei com ela, logo que eu dei, eu dei o documento que ele tinha, eu dei, e dei entrada na consulta junto com o meu....”* (R4, 1ºFG)

8. *“Desde pequenininho ele tem uma alergia na pele. E... Se eu estivesse no Brasil, não sei se conseguiria cuidar. Dar conta de, de levar, levar ele no médico para, para, para... Estar orientando para o que é que eu fazia. E aqui não! (...) Porque aqui ele está indo de ano em ano no... No pediatra de alergia.”* (R1, 3ºFG)

9. *“Eu não tenho médico de família.”* (R4, 1ºFG)

10. *“À hora que eu tinha que marcar uma consulta disseram “Não, já não há vez, já não há vaga, tens de vir outro dia””* (R4, 1ºFG)

11. *“Na maternidade Z... Eu... Eu perdi a minha filha, que era antes de ter a outra, essa que fez um ano... Eu, trataram-me mal.”* (R2, 1ºFG)

12. *“(...) eu levantei um dia de madrugada... E nunca mais fui para lá, nunca mais! Levantei de madrugada fui para lá para tirar um número para marcar a consulta, chegou na minha vez a senhora disse “já não há consulta”. Perdi o meu tempo...”* (R4, 1ºFG)

13. *“Eu acho que a consulta de rotina é para saber que eles estão bem, tanto para tranquilizá-los e a nós também, os pais...”* (R1, 5ºFG)

14. *““Senhora, podia-me falar um bocadinho mais baixo?”. “Ah, eu falo assim!” (risos). E ela [a administrativa] mesmo a berrar! Disse assim “Ah, é assim que eu falo!””* (R1, 1ºFG)

15. *“A consulta já foi em Junho, e ela marcou-me consulta para vinte e nove de Setembro. E eu por acaso, até achei que era para vinte e nove de Agosto. Depois fui ver há dias... Não, vinte e nove de Setembro. Eu acho que é muito, porque já tenho o raio x, já feito há muito tempo, estou ansiosa por saber...”* (R1, 4ºFG)

16. *“Eles assim “Ah, o que é que ela tem?”. Assim “Boa! É mesmo isso que viemos saber... (risos) O que é que ela tem?” Eles assim “Ah, você é mãe e não sabe o que a sua filha tem e não sei quê, não sei quê mais...” “Eu não sei, ela está a chorar muito! Não sei...””* (R1, 1ºFG)
17. *“Pronto, chego lá eu fico lá uma seca à espera do médico, também...”* (R1, 1ºFG)
18. *“Fui lá uma vez, cheguei lá eram onze da noite, saí de lá era as três e meia da manhã.”* (R5, 1ºFG)
19. *““Ela dizia “Oh, você tem médico de família?”. Eu disse “Não.” “Você não tem nada! Não tem residência...” Eu disse “Eu tenho o meu passaporte.” (risos) Ela disse “Não! Esse, esse... Visto está caducado.” Eu disse “É, eu tinha marcado para renovar o visto, eu não tenho nada que fazer...” Falou “É, você tem que inscrever para ser tratada aqui.””* (R6, 1ºFG)
20. *“Dás entrada na consulta, vai lá espera bué tempo... Eu, eu já esperei uma hora!”* (R4, 1ºFG)
21. *“É importante. Até aos quatro anos... Acho, acho eu, até aos quatro tem que ser mesmo consulta de rotina, de vez em quando.”* (R2, 5ºFG)
22. *“Com o meu filho, a primeira vez que eu fui lá, numa, era de urgência, chegámos lá e ficámos lá muito tempo... Muito tempo, mesmo, para ser chamado. Muito tempo, com o bebé!”* (R4, 5ºFG)
23. *“Perdi o meu tempo, o sono... E fiquei com a menina doente, e foi para a escola doente, porque não tive a consulta.”* (R4, 1ºFG)
24. *“(...) eu disse à enfermeira que eu estava com dores e estava a perder sangue... Mas não estava muito, não estava muito, não é? Estava um bocadinho, só que a enfermeira disse “Não, não tens sangue nenhum. Não estou a ver sangue nenhum.””* (R2, 1ºFG)

25. *“Sim, é só um autocarro que vai lá, que é o 305, que é uma seca aquele autocarro!”* (R1, 1ºFG)

26. *“Aqui só dá Benuron. Na verdade, o que eu acho, aqui em Portugal (desculpa, te dizer!), é que eles [os profissionais de saúde] não sabem. (...) O obstetra aqui, ele não sabe fazer cesareana. É por isso que ele não faz! E ele também não sabe fazer parto normal, ele sabe arrancar a ferro. Eu já observei isso...”* (R1, 2ºFG)

27. *“Fui tentar inscrever ali [no centro de saúde]... Uh! Ainda estou ali na lista de espera, nem vale a pena...”* (R1, 1ºFG)

28. *“Agora, quem não tem carro tem que esperar o autocarro até à hora de chegada. Isso já é perdição de tempo...”* (R4, 1ºFG)

29. *“Quando eu estava grávida do outro filho, antes de ter essa, também trataram-me mal ali no Hospital do... Do, do... X não, ali...”* (R2, 1ºFG)

30. *“Isso já nem é um posto de saúde, acho que é um posto de morte! (risos). Não há condições, nem no espaço sequer.”* (R1, 1ºFG)

31. *“Em Cabo Verde... Tipo, na minha terra eu nunca vi essa coisa bebé e gel, não é? É aqui em Portugal...”* (R2, 1ºFG)

32. *“Aquilo que se fores agora no Verão tu estás feita ao bife! Aquele posto de saúde... É mosquito por todo o lado! (risos)”* (R1, 1ºFG)

33. *“Conheço outras amigas que têm filho aqui e têm a médica no centro de saúde da P., que acompanha e... Não têm queixa nenhuma, antes pelo contrário. Maravilhosa...”* (R2, 2ºFG)

34. *“Mas... Para quem não tem condição, você pegar oitenta euros e dar numa vacina é muito dinheiro!”* (R2, 2ºFG)
35. *“Eu também não tinha médica de família.”* (R1, 5ºFG)
36. *“Eu já cá falo português, crioulo misturado imagina quando estou chateada...”* (R4, 1ºFG)
37. *“É mesmo, é mesmo difícil. Ainda mais não falo um bom português, já complica...”* (R4, 1ºFG)
38. *“Ele está dilatado tem de dar isso e... E a senhora nem era preciso vir para aqui gastar o teu tempo. Eu disse a ela “Se eu soubesse eu não vinha, ficava em casa.””* (R4, 1ºFG)
39. *““Ah, a senhora não vê que ele está dilatado, não sei quê?”. Eu disse “Se eu soubesse eu não vinha.””* (R4, 1ºFG)
40. *“Aqui [no centro de saúde] no U. eu acho que eles devem mudar daquele sítio...”* (R4, 1ºFG)
41. *“Diz assim “Ah, o que é que ela tem?”. Disse assim “Boa! É que ela está a chorar muito, por isso vim saber o que é que ela tem, mesmo! Que eu não sei.” “Ah, você é mãe, não sabe o que a sua filha tem.””* (R1, 1ºFG)
42. *“Trataram-me... Ainda por cima eu tive a minha filha em cesariana... Ah, ajudaram-me a levantar, levaram-me, deram-me banho, tudo... Foram espectaculares comigo, eu gostei muito... Eu gostei imenso!”* (R2, 1ºFG)

43. *“Depois viram-se “Oh mãe é cólica! Você não sabe o que é que é uma cólica?”. Eu assim “Boa! Eu não sei o que é que é uma cólica, porque se eu soubesse não tinha vindo aqui...”” (R1, 1ºFG)*

44. *“Eu também tinha que vir às seis da manhã para a consulta sem médico, se eu queria uma consulta.” (R1, 5ºFG)*

45. *““Doutor, passe um exame de sangue” “Não posso mesmo, só em caso extremo”” (R2, 2ºFG)*

46. *“Eu não tenho e, e estava a procurar saber o que é que é necessário para ter um médico de família!” (R4, 1ºFG)*

47. *“Porquê? Porque não tinha documento não podia ser tratado...” (R1, 1ºFG)*

48. *““Ah, é que se ele não... Não tem coiso vai pagar cento e tal euros de consulta.” Eu disse “O quê? Cento e tal euros? Não, eu já dei entrada do documento, eu estou à espera só do documento.”” (R4, 1ºFG)*

49. *“Mas há pessoa, olha que há pessoa que vai ao médico, fica lá hora e mais hora e mais hora, e só quando a pessoa já dá por ela aqui, já está lá há monte de tempo à espera (...)” (R4, 1ºFG)*

50. *“Aquela disse “Ah, aquela cigana, que vem... Que não tem documento...”” (R6, 1ºFG)*

51. *“Você está entre a vida e a morte, e eles [os profissionais de saúde] não sabem o que fazer... Os pontos, coisa assim... Eles não sabem fazer o parto normal, que é: força, sai a criança e dá um piquezinho... Não! Eu já observei (...)” (R1, 2ºFG)*

52. *“Eu tinha bebégel em casa, mas nunca pus a ela. Eu, eu usei sempre coisa que eu usava em Cabo Verde...”* (R2, 1ºFG)
53. *“(...) sempre que as minhas filhas precisam, ou no centro de saúde ou nas urgências, sempre é bem, sempre é bem atendida.”* (R1, 5ºFG)
54. *““Não estás a dar papa?” Mas eu já estou a dar a papa, mas digo logo não. (risos)”* (R5, 1ºFG)
55. *“Nasceu o meu filhote... (risos) É através dele que eu consegui médico de família.”* (R4, 5ºFG)
56. *“Sim, a sopa de cachupa... Com quatro meses. Mas o médico... Para ele é só agora que ela podia comer. Mas não...”* (R5, 1ºFG)
57. *“(...) eles [os profissionais de saúde] falam bem, brincam com as crianças... Ah, faz festinhas, essas coisas assim... O médico a mesma coisa, a enfermeira... Saímos de lá contentes!”* (R2, 1ºFG)
58. *“(...) uma enfermeira muito legal, disse assim “Você, não vai fazer isso, eu vou lá falar com ele. Você sabe a dor que ele está sentindo? Ele é um pai que acabou de perder um filho.” Foi lá, conversou com ele, acalmou ele...”* (R4, 2ºFG)
59. *“(...) só que uma coisa que eu acho que é demais... Que é muito caro... É as vacinas, as que são pagas.* (R2, 3ºFG)
60. *“Que é o médico... Que eu acho ele muito querido! E ele fuça o bebé mesmo, sabe? Ele mexe no bebé, assim...”* (R1, 2ºFG)
61. *“Porque por mais que aqui reclamam, reclamam, mais aqui em termos assim... De saúde, comparando com o Brasil, aqui pode ser considerado 100%!”* (R2, 3ºFG)

62. *“O papel de consulta, utente e que diz “sem médico”, não temos médico.”* (R2, 1ºFG)
63. *“Só que o atendimento no hospital S., você não pagar nada, é melhor do que muitas clínicas, muitos hospitais particulares no Brasil! É bem melhor do que muitos...”* (R2, 3ºFG)
64. *“(...) aquele centro de saúde realmente não... Não tem condições em nada...”* (R1, 1ºFG)
65. *“Quando eu estava fazendo o acompanhamento, até mesmo depois que ela nasceu, assim a atenção da, da enfermeira que me acompanhou na gravidez e depois. Ela me deu o número dela pessoal, e se precisasse de qualquer coisa, eu pudesse ligar... Isso no Brasil, isso não existe.”* (R2, 3ºFG)
66. *“Eu não fazia sopa do que o médico mandava, eu fazia do meu jeito.”* (R2, 2ºFG)
67. *“Mas aqui a diferença é que eu acho que aqui, se calhar, são, é, somos melhores tratados, não é?”* (R1, 4ºFG)
68. *“Mas eu acho que aqui os médicos mesmo têm aquela parte do estudo...”* (R1, 1ºFG)
69. *“Pessoas formadas para tratar...”* (R2, 4ºFG)
70. *“Chegámos lá no meu centro de saúde, ele teve logo médico. O médico que eu tenho é que ele teve...”* (R5, 1ºFG)
71. *“Chegou aqui, estava o meu irmão aqui, chegou daqui a uma semana já tinha médico de família.”* (R3, 5ºFG)

72. *“Para além do espaço, tem que melhorar as condições das funcionárias que trabalham lá [no centro de saúde], acho...”* (R4, 1ºFG)

73. *“Se você levanta às cinco da manhã, vem cá pôr na fila para marcar a consulta, quando você chega às duas horas, não há médico.”* (R2, 5ºFG)

74. *“Ali [no centro de saúde] em U. é preciso muita organização...”* (R1, 1ºFG)

75. *“Aqui [no centro de saúde] tem que mudar tudo! (risos) É, mudar tudo!”* (R4, 1ºFG)

76. *“Por exemplo, você é médica, sou sua paciente (...) Tenho uma doença crónica (ou mesmo que não seja), agora vai dizer para os seus colegas ou pessoas de fora “Ah, essa paciente está com HIV ou tem um cancro ou tem isto mais aquilo”. Se o paciente ouvir pode queixar do médico! Porque não pode, é proibido! Isso em qualquer lado!”* (R1, 1ºFG)

77. *“Se é onze e meia a consulta, tu estás lá onze e meia, meio-dia, meio-dia e meia, uma, e ainda estás lá sentada à espera da consulta...”* (R4, 1ºFG)

78. *“Ah, lógico que as consultas, as consultas de rotina sempre são importantes, não só para nós os pais ficarmos mais, mais tranquilos, a saber de... Em relação à saúde dos nossos filhos, e para eles também (...)”* (R1, 5ºFG)

79. *“Eu para levantar para ir marcar consulta ali no [centro de saúde] X tenho que levantar às cinco horas para ficar ali na bicha.”* (R2, 1ºFG)

80. *“Depois eu logo assim, olha “Quero já o livro de reclamações!””* (R1, 1ºFG)
81. *“Aqui as pessoas [os profissionais de saúde] são formadas, não é? São formadas, assim...”* (R2, 4ºFG)
82. *““Não tenho calma nenhuma! É livro de reclamação!””* (R1, 1ºFG)
83. *“Isso aconteceu comigo, eu pedi o livro de reclamações, vieram todos os médicos.”* (R4, 1ºFG)
84. *“Ter todos os dias, fazerem análises nele... Nunca sabiam o que ele tinha, todos os dias era uma coisa diferente. Nunca sabia!”* (R2, 2ºFG)
85. *“Eu disse “Quero o livro de reclamação, eu vou reclamar isso, isso não pode ser! Ele é um menino. Está aí os meninos, já entraram, entraram, saíram e ele não vai chamar?”* (R4, 1ºFG)
86. *“Depois chegou aqui, numa semana o meu irmão meteu no médico de família.”* (R3, 5ºFG)
87. *“O meu filho chamaram, o meu filho, e ele não chamaram. Eu pedi o livro de reclamações. Vieram todos os médicos, mandaram entrar...”*
(R4, 1ºFG)
88. *“Porque já há pessoas que já, já, já passou duas horas à espera para ser atendida no centro de saúde, que é... No centro de saúde não, nas urgências.”* (R1, 5ºFG)
89. *“Perguntei e disseram a mim “Ah, eu já estou cá há quanto tempo e não tenho médico de família.””* (R4, 1ºFG)

90. *“Aquelas secretárias que estão ali [no centro de saúde] tratam mal as pessoas...”* (R1, 1ºFG)
91. *“Para, para ver se está tudo bem comigo ou quê, se tiver alguma coisa assim... Eu tenho que ir lá, tenho que levantar naquele dia de madrugada que é para marcar consulta.”* (R2, 1ºFG)
92. *“Mas assim, lógico que a dificuldade aumenta porque a gente não tem aquele apoio da família, mas... Também consegui sozinha!* (R1, 3ºFG)
93. *“Longe da família...”* (R2, 3ºFG)
94. *““Quando eu vim para aqui, eu sempre levava ela com tosse, com isso tudo e a única coisa que o médico me dizia (...) era para eu tratar só com nebulização... E eu disse assim “Mas ela está a tossir muito, o que é que eu dou para tosse?” “Não dá nada””* (R4, 2ºFG)
95. *“Eu prefiro esperar. Quando eu for embora para o Brasil, ele faz lá a cirurgia. Ele faz todos os exames de novo e faz lá, porque... Eu já sei o que é que ele sofreu aqui.”* (R2, 2ºFG)
96. *““Aquela [profissional dos serviços de saúde] disse “Ah, aquela cigana, que vem... Que não tem documento...””* (R6, 1ºFG)
97. *“E ele por um erro médico, ele ficou com uma sequela gravíssima!”* (R2, 2ºFG)
98. *“Colegas (...) que já reclamaram... Que não quer ter um filho mais nunca aqui. Que foi no hospital e não gostou... Ou que foi mal atendido, ou que ficou lá sentindo dores, sabe?”* (R2, 3ºFG)

99. *“Pedia livro de reclamação logo! Pedia! E ver o que é que ela, o que é que ela... Ela ficava toda a ferver...”* (R1, 1ºFG)

100. *“Os médicos estudam para isso, têm que ter o segredo de um paciente, não pode está a dizer “O paciente tem isso mais aquilo”. Porque é só do paciente... Mas não pode, isso é proibido!”* (R1, 1ºFG)